

**Indicateur n° 4-11 : Efficacité des blocs opératoires.**

**1er sous-indicateur : Taux d'occupation des blocs opératoires.**

Finalité : les différents travaux de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) montrent que l'efficacité des établissements de santé peut s'analyser au travers de l'efficacité de leurs blocs opératoires.

En effet, les blocs opératoires constituent un élément essentiel du plateau technique, en termes de gestion des risques, en termes financiers (tant au niveau des dépenses que des recettes) et sur le plan organisationnel (haute technicité de l'activité pratiquée, nombre d'acteurs à coordonner, interfaces avec différents services, de la variété des actes pris en charge...).

L'objectif est d'évaluer, chaque année, le taux d'occupation des blocs opératoires, afin de suivre son évolution et ainsi mesurer les efforts effectués au niveau organisationnel.

Résultats :

Dans l'attente de la mise en œuvre d'une enquête à périmètre constant, le tableau ci-dessous présente les données pour 2009 issues du chantier de la MEAH auquel ont participé des établissements volontaires dont le nombre a augmenté de façon significative entre 2006 et 2009.

Ces résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des établissements de santé en France.

A partir de 2010, l'indicateur fournira une distribution des taux d'occupation ventilés par statut d'établissement. Pour 2009, cette donnée n'est disponible que pour l'ensemble des établissements

Année	Statut des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de salles	Nombre d'actes	Médiane des taux d'occupation	Objectif
2009	CH	254	679	45 734	64 %	Augmentation de la valeur médiane et convergence des taux d'occupation entre établissements
	CHU	57	402	19 348	70 %	
	PSPH	52	123	10 139	72 %	
	PRIVE	67	740	77 386	70 %	
	ENSEMBLE	430	1944	152 507		

Source : MEAH.

### Construction des ratios :

L'indicateur retenu est le taux d'occupation des blocs opératoires, qui permet de mesurer la capacité des équipes chirurgicales à utiliser au mieux les capacités de travail offertes par les différents établissements de santé (capacité de programmation). Il est donné par la formule suivante :

$$\text{Taux d'occupation des blocs opératoires} = \text{TROS} / \text{TVO}$$

*Le temps de vacation offert au(x) praticien(s) (TVO)* est le temps compris entre l'entrée en salle théorique du premier patient et la sortie de salle théorique du dernier patient de la journée. Le temps de fermeture de la salle (en fin de journée) ou de bio nettoyage entre la fin de vacation du matin et le début de vacation de l'après-midi n'est pas compris dans le TVO. Ce dernier est donc celui pendant lequel une activité chirurgicale, financée par la tarification à l'activité, est possible.

*Le temps réel d'occupation des salles (TROS)* correspond à la part du temps de mise à disposition des salles par l'établissement, qui est réellement occupée par des interventions chirurgicales. Il est constitué de cinq temps (préparation du patient, induction, acte chirurgical, durée du pansement, remise en état de la salle)

Les valeurs seuils retenues, pour le taux d'occupation sont de 75 % (bloc régulé), de 85 % idéalement (bloc ordonnancé) et de 65 % au minimum (bloc pré-organisé).

### Précisions méthodologiques :

a) Afin de permettre les comparaisons entre systèmes à statuts et organisations différents, il est nécessaire de reprendre la « convention MEAH », qui prévoit :

- la définition du périmètre étudié,
- la délimitation de la période d'observation (4 semaines),
- l'harmonisation des données à recueillir (type d'établissements, type de patients...).

Il est à noter qu'au sein des blocs étudiés, définis dans le périmètre, chacune des salles de ce bloc est prise en compte.

b) A partir de 2010, une enquête à périmètre constant sera diligentée pour permettre d'apprécier l'évolution du taux d'occupation des blocs.

**Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »**

**Objectif n°4 : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses.**

**Indicateur n° 4-11 : Efficacité des blocs opératoires.**

**2ème sous-indicateur : Taux de débordement des blocs opératoires.**

Finalité :

Le précédent sous-indicateur a pour objectif de mesurer l'efficacité des équipes chirurgicales face aux capacités de travail offertes par les établissements et ainsi fournir un élément de diagnostic pour déclencher le changement organisationnel nécessaire.

Il est nécessaire de le compléter par un deuxième sous-indicateur, car le temps réel d'occupation des salles (TROS) ne prend en compte que la durée d'intervention comprise strictement dans le temps de mise à disposition (TMD) par les établissements.

Pour mesurer correctement l'efficacité des blocs opératoires il faut rapprocher le taux d'occupation du taux de débordement, le "temps de débordement" étant le temps d'intervention qui déborde au-delà de la fin du TMD.

Résultats :

Dans l'attente de la mise en œuvre d'une enquête à périmètre constant, le tableau ci-dessous présente les données issues du chantier de la MEAH auquel ont participé des établissements volontaires dont le nombre a augmenté de façon significative entre 2006 et 2009.

Ces résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des établissements de santé en France.

A partir de 2010, l'indicateur fournira une distribution des taux de débordement ventilés par statut d'établissement. Pour 2009, cette donnée n'est disponible que pour l'ensemble des établissements

Année	Statut des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de salles	Nombre d'actes	Médiane des taux de débordement	Objectif
2009	CH	254	679	45 734	7%	Diminution de la valeur médiane et convergence des taux de débordement entre établissements
	CHU	57	402	19 348	6%	
	PSPH	52	123	10 139	6%	
	PRIVE	67	740	77 386	5%	
	ENSEMBLE	430	1 944	152 507		

Source : MEAH.

### Construction des ratios :

Le taux de débordement mesure la capacité des équipes chirurgicales à réguler le temps d'utilisation des salles, c'est donc également un indicateur de perturbation des unités de soins : les débordements engendrent des retours tardifs qui dégradent à la fois les conditions de travail des soignants et la qualité de prise en charge du patient en unité de soins ; Ils génèrent également des heures supplémentaires, donc des surcoûts.

Il est donné par la formule suivante :

$$\text{Taux de débordement} = \text{temps de débordement} / \text{TVO}$$

*Le temps de débordement* est la durée de mobilisation du bloc opératoire au-delà du temps de mise à disposition des salles par l'établissement.

*Le temps de vacation offert au(x) praticien(s) (TVO)* est le temps compris entre l'entrée en salle théorique du premier patient et la sortie de salle théorique du dernier patient de la journée. Le temps de fermeture de la salle (en fin de journée) ou de bio nettoyage entre la fin de vacation du matin et le début de vacation de l'après-midi n'est pas compris dans le TVO.

Le TVO est le temps pendant lequel une activité chirurgicale, financée par la T2A, est possible.

Les valeurs cibles, sont de 10 % au maximum, inférieur ou égal à 5 % idéalement.

### Précisions méthodologiques :

Afin de permettre les comparaisons entre systèmes à statuts et organisations différents, il est nécessaire de reprendre la « convention MEAH », qui prévoit :

- la définition du périmètre étudié ;
- la délimitation de la période d'observation (4 semaines) ;
- l'harmonisation des données à recueillir (type d'établissements, type de patients...).

Il est à noter qu'au sein des blocs étudiés, définis dans le périmètre, chacune des salles de ce bloc est prise en compte.