

Indicateur n°4-9 : Efficience des blocs opératoires : nombre d'indice de coût relatif (ICR) réalisé par salle d'intervention chirurgicale

Finalité : les différents travaux de l'agence nationale de l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) montrent que l'efficience des établissements de santé peut en partie s'analyser au travers de l'efficience de leurs blocs opératoires. Les blocs opératoires constituent en effet un élément essentiel du plateau technique, en termes de gestion des risques, de maîtrise financière (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, variété des actes pris en charge...).

L'objectif est d'évaluer, chaque année et pour chaque catégorie d'établissements, la productivité des blocs opératoires. L'indicateur présenté est le nombre de points d'ICR (indice de coût relatif) réalisés par salle de bloc. L'ICR est l'unité d'œuvre des actes médico-techniques, indiquant leur degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles. Il est retenu comme indicateur de performance dans l'outil Hospidiag élaboré à l'initiative de la DGOS par l'ANAP et l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Plus il est élevé, plus l'utilisation du bloc est efficiente. Il fait également partie des indicateurs contractualisés entre les agences régionales de santé (ARS) et le niveau national dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Résultats : l'évolution du nombre d'indice du coût relatif (ICR) par salle d'intervention chirurgicale sur la période 2007-2011 est présentée dans le tableau suivant :

Catégorie d'établissement	Nombre d'ES 2011	ICR Moyen / salle d'intervention chirurgicale 2011	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	Objectif
CHR/U	31	259 925	5,7%	6,3%	4,1%	3,1%	3,3%	Augmentation
CH	329	196 272	0,2%	4,1%	3,5%	3,4%	3,0%	
CLCC	20	197 246	11,9%	0,5%	4,8%	0,5%	-2,2%	
ESPIC	55	253 134	0,6%	14,6%	-0,7%	5,0%	-2,3%	
Hôpitaux d'instruction des armées	9	156 139	n.d.	n.d.	n.d.	2,7%	26,5%	
Cliniques privées à but lucratif	483	292 964	12,5%	-1,5%	3,1%	1,6%	3,9%	
Ensemble des établissements	927	256 724	7,4%	2,4%	3,9%	2,6%	3,3%	

Source : ATIH

Légende : CHR/U : centres hospitaliers régionaux/universitaires ; CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; CLCC : centres de lutte contre le cancer ; ESPIC : établissements de santé privés d'intérêt collectif.

L'efficience des blocs opératoires s'accroît globalement depuis 2007, avec un nombre moyen d'ICR par salle de blocs opératoires passé d'environ 229 000 en 2007 à 256 724 en 2011 (soit une augmentation totale de 12,1% entre 2007 et 2011). Des disparités selon les catégories d'établissements demeurent toutefois : avec 292 964 ICR par salle, les cliniques privées affichent l'efficience la plus élevée, devant les CHR/U (260 000 ICR par salle). Parallèlement, les CHR/U présentent la plus forte progression du nombre moyen d'ICR depuis 2007 avec des taux d'évolution annuels élevés et ininterrompus (de +5,7% en 2007 à +3,3% en 2011) résultant à la fois d'une augmentation de la production d'ICR et d'un nombre de salles en baisse.

Ce gain d'efficience permet aux CHR/U de réduire sensiblement leur écart avec les cliniques privées à but lucratif. Cette moindre performance des CHR/U par rapport aux cliniques peut en partie s'expliquer par l'obligation de maintenir des salles dédiées aux urgences, disponibles jour et nuit.

Avec un nombre moyen d'ICR de 196 272, les centres hospitaliers se tiennent très en retrait par rapport à l'ensemble des autres types d'établissements (hors CLCC et HIA), malgré une progression

importante de leur efficacité. Ils affichent en effet des taux d'évolution annuels soutenus et constants depuis 2008 (de 4,1% en 2008 à 3% en 2011).

Ce résultat recouvre néanmoins des situations très disparates d'un centre hospitalier à l'autre, nombre d'entre eux disposant de petits blocs, en moyenne moins efficaces.

Les CLCC qui avaient augmenté également l'efficacité de leurs blocs sur la période 2007-2010 avec un nombre de salles stable connaissent un infléchissement avec un taux d'évolution négatif en 2011 (-2,2%). Les autres établissements privés à but non lucratif se situent dans la moyenne de l'ensemble des établissements de santé.

Construction des ratios : le champ des actes retenus pour l'appréciation de l'indicateur est défini par l'ensemble des actes opératoires classants, qui recouvrent les actes retenus pour l'affectation d'un séjour hospitalier à un groupe homogène de séjour chirurgical.

Le nombre d'ICR par établissement est issu de la valorisation par leur ICR de l'ensemble des actes opératoires classants réalisés par l'établissement.

Le nombre d'ICR par salle de bloc est calculé comme le nombre total d'ICR rapporté au nombre de salles d'intervention chirurgicale issu de l'enquête SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) de la DREES

Précisions méthodologiques : les résultats présentés ci-dessus sont ceux des établissements publics et privés ayant une activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) qui ont déclaré un bloc opératoire dans la SAE. L'activité interventionnelle est exclue.

Afin d'obtenir des niveaux d'ICR comparables, le référentiel d'ICR par acte du secteur public a été utilisé pour l'ensemble des établissements publics et privés. La comparaison doit néanmoins être faite avec prudence, car les secteurs sont positionnés sur des activités chirurgicales différentes.