

Indicateur n°4-12 : Efficacité 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'efficacité des établissements de santé peut en partie s'analyser au travers de l'efficacité 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 récemment 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 efficace. 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 2007-2010 est présentée dans le tableau suivant :

Catégorie d'établissement	Moyenne ICR/salle 2010	Evolution 2008/2007	Evolution 2009/2008	Evolution 2010/2009	Objectif
CHR/U	252 866	6,2%	4,1%	3,2%	Augmentation
CH	190 811	4,2%	3,5%	3,4%	
CLCC	223 764	1,2%	4,8%	0,7%	
ESPIC	235 367	0,6%	-0,1%	5,4%	
Hôpitaux d'instruction des armées	124 077	-	-	2,7%	
Cliniques privées à but lucratif	284 558	-1,1%	3,2%	1,4%	
Ensemble des établissements	249 099	1,9%	4,0%	2,5%	

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'efficacité 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 près de 249 000 en 2010 (soit une augmentation totale de 8,7% entre 2007 et 2010). Des disparités selon les catégories d'établissements demeurent : avec 284 558 ICR par salle, les cliniques privées affichent l'efficacité la plus élevée, devant les CHR/U.

La progression du nombre moyen d'ICR la plus remarquable sur la période 2007-2010 est cependant celle des CHR/U (+14,1%), résultant à la fois d'une augmentation de la production d'ICR et d'un nombre de salles en baisse. Ce gain d'efficacité permet aux CHR/U de réduire sensiblement leur écart avec les cliniques. Cette moindre performance des CHR/U par rapport aux cliniques s'explique en partie par l'obligation de maintenir des salles dédiées aux urgences, disponibles jour et nuit.

Avec un nombre moyen d'ICR de 190 811, les centres hospitaliers se tiennent très en retrait par rapport à l'ensemble des autres types d'établissements, malgré une progression importante de leur efficacité (+11,4% sur 2007-2010). 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 augmentent également l'efficacité de leurs blocs sur la période 2007-2010 mais dans une moindre mesure (+6,9%) avec un nombre de salles stable. Les autres établissements privés à but non lucratif connaissent une progression comparable (+5,9% sur la période). Enfin, les cliniques privées ont enregistré la progression du nombre d'ICR moyen la plus faible sur la période (+3,6%) mais avec un nombre de salles en hausse.

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.

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.