



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



appui santé & médico-social

“ Ensemble pour le développement de la *chirurgie ambulatoire* ”

***Recommandations
organisationnelles***

***Pour approfondir
la réflexion***

***Méthodologie et résultats du benchmark
des 15 établissements de santé français les plus performants
et représentatifs en chirurgie ambulatoire***

Mai 2013

Le document source est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.anap.fr

Haute Autorité de Santé

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

**Agence Nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux**

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
2. DISPOSITIF GLOBAL D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES ANAP HAS	6
3. MÉTHODE ET DÉROULEMENT DU <i>BENCHMARK</i>	7
Première phase : préparation de la démarche	8
Deuxième phase : construction des outils et de la méthode	9
Troisième phase : visites des 15 établissements et production des monographies	9
Quatrième phase : benchmark des monographies des 15 établissements	10
Cinquième phase : production des recommandations organisationnelles issues du benchmark	11
Sixième phase : production des recommandations organisationnelles communes ANAP HAS issues des travaux du benchmark et de la gestion des risques.....	11
4. RÉSULTATS DU <i>BENCHMARK</i> (CF. ANNEXE 12)	13
ANNEXES	14
Annexe 1. 18 experts professionnels nationaux.....	14
Annexe 2. Complémentarité des rôles entre les 18 experts, l'ANAP et le prestataire	14
Annexe 3. Algorithmes décisionnels et liste des 15 établissements de santé les plus performants et représentatifs.....	15
Annexe 4. Grille d'analyse externe	17
Annexe 5. Grille d'analyse interne.....	19
Annexe 6. Rapport indépendant de l'expert à la suite de la visite d'établissement	20
Annexe 7. Articulation entre les outils de recueil (grilles d'analyse interne et externe), les rapports d'experts et les monographies.....	42
Annexe 8. Regroupement des freins et leviers en sous-thématiques, thématiques et domaines	43
Annexe 9. Approche quantitative du <i>benchmark</i>	44
Annexe 10. Approche qualitative du <i>benchmark</i>	45
Annexe 11. Actes de la table ronde nationale du 21 novembre 2012. Restitution du <i>benchmark</i> des 15 organisations les plus performantes et représentatives en chirurgie ambulatoire	46
Annexe 12. Résultats du <i>benchmark</i>	46
PARTICIPANTS	47

INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire est un processus organisationnel complexe centré sur le patient, basé sur la gestion de flux multiples à synchroniser (flux physiques et informationnels : patients, professionnels de santé, prestations, information, etc.) et qui nécessite à la fois une anticipation des différentes étapes de la prise en charge du patient, une parfaite coordination des différents acteurs, une harmonisation des pratiques professionnelles et une information adaptée aux patients.

Le socle de connaissance ANAP HAS, publié en avril 2012, n'a pas retrouvé, au travers de la revue de la littérature française et internationale, de production scientifique ciblée sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire et qui aurait pu servir de base à l'élaboration de recommandations organisationnelles. Par contre, de nombreuses publications scientifiques relatives aux recommandations de nature professionnelle sur la chirurgie ambulatoire sont retrouvées dans la littérature, tant étrangère que française. L'absence de publication scientifique sur la thématique organisationnelle ambulatoire peut trouver une explication dans les forts taux constatés de chirurgie ambulatoire dans les pays anglo-saxons. Ces pays considèrent probablement l'absence d'enjeux autour d'une publication scientifique de ce qu'ils fixent comme la norme.

L'élaboration des recommandations organisationnelles françaises sur la chirurgie ambulatoire a donc reposé sur l'adoption de trois grands principes directeurs :

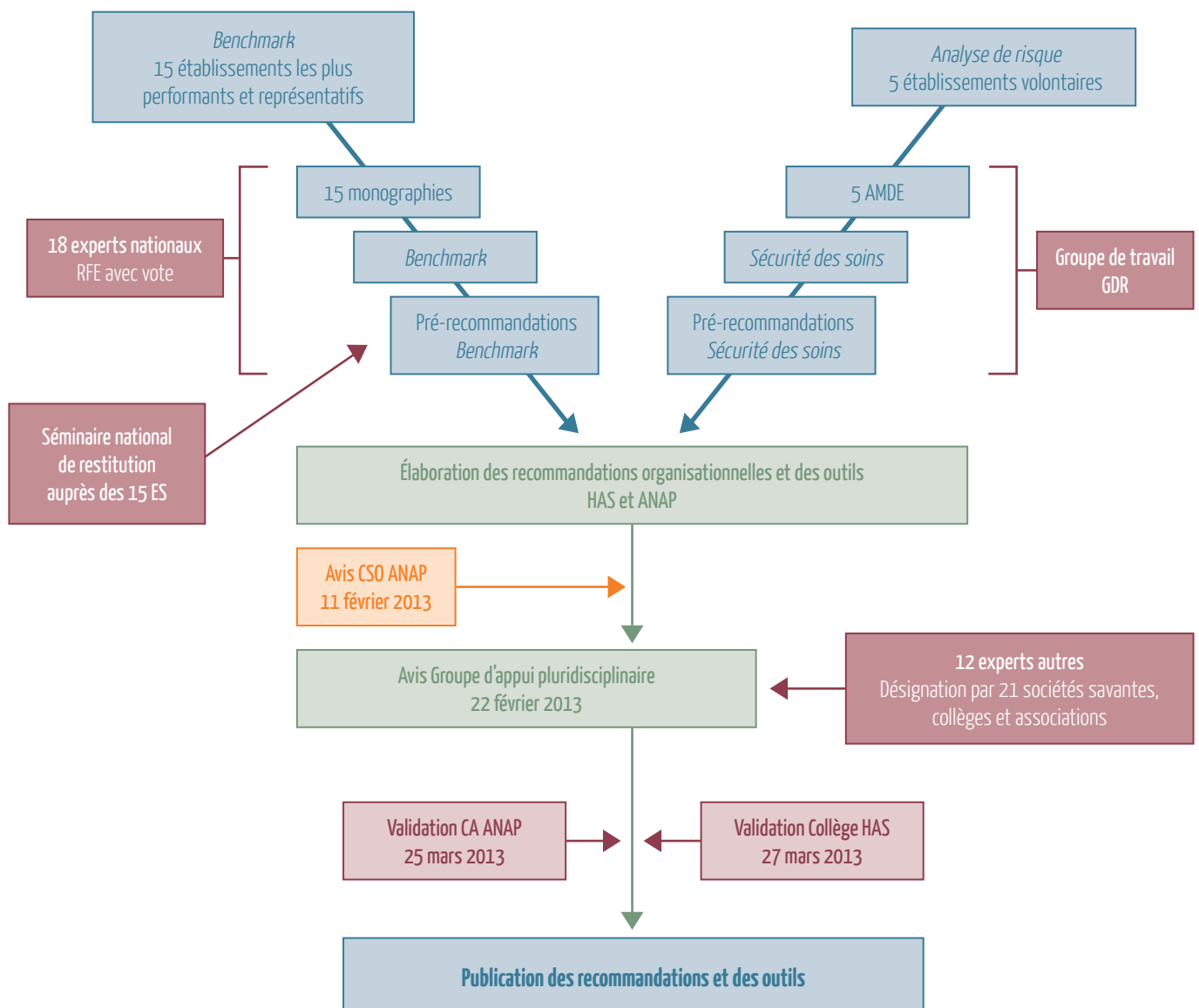
- **conduire une méthodologie d'élaboration des recommandations basée sur une approche ascendante issue du terrain** (et non descendante issue de la revue de la littérature) : un *benchmark* visant à identifier les facteurs clés de succès du développement de la chirurgie ambulatoire chez les 15 établissements français les plus performants et représentatifs (étude conduite par l'ANAP) et une analyse de risques chez 5 établissements de santé visant à identifier leurs défaillances potentielles et les barrières de sécurité à mettre en œuvre (étude conduite par la HAS) ;
- **appuyer l'étude sur la mobilisation de théories et de techniques organisationnelles** issues du monde industriel : approche processus et Lean pour la gestion des flux et méthode d'analyse des modes de défaillance et de leurs effets pour la gestion des risques ;
- **bénéficier de l'expertise de professionnels de terrain** en chirurgie ambulatoire tout au long de la démarche.

2. DISPOSITIF GLOBAL D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES ANAP HAS

Le processus d'élaboration de recommandations organisationnelles ANAP HAS a comporté plusieurs phases de construction qui se sont déroulées entre octobre 2011 et mars 2013 :

- élaboration de pré-recommandations issues du benchmark Anap des 15 établissements de santé les plus performants et représentatifs ;
- élaboration des pré-recommandations issues de l'analyse des risques Has des 5 établissements de santé volontaires ;
- élaboration de recommandations communes ANAP HAS.

Le processus d'élaboration de recommandations organisationnelles ANAP HAS a mobilisé la participation d'expertises multiples : 18 experts nationaux, 12 experts multidisciplinaires, groupe de travail Gestion des Risques, experts en gestion des flux, experts en gestion des risques.



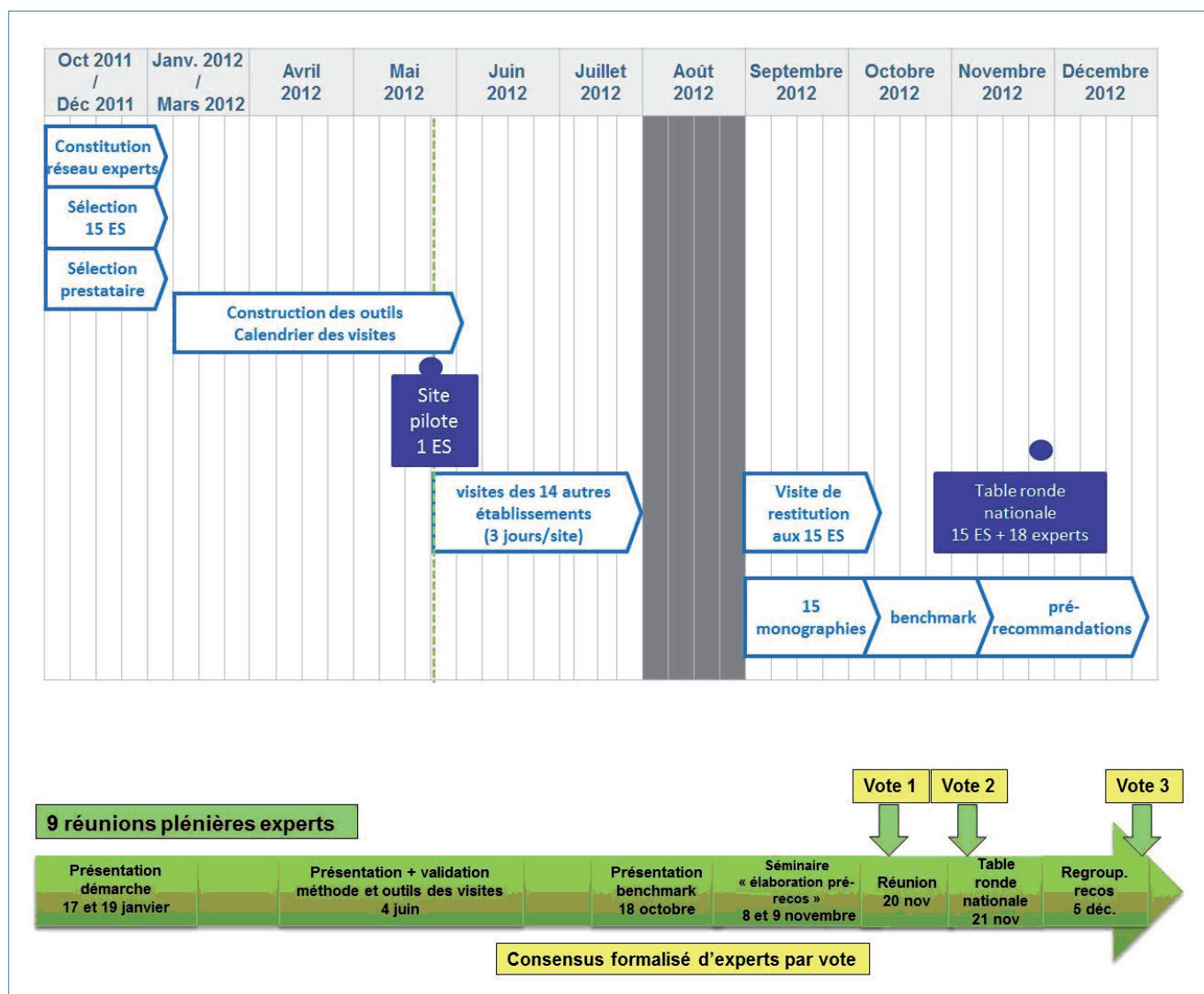
3. MÉTHODE ET DÉROULEMENT DU BENCHMARK

Le calendrier global du benchmark des 15 établissements de santé les plus performants et représentatifs s'est étendu entre octobre 2011 et décembre 2012 selon plusieurs phases :

- préparation de la démarche avec constitution du réseau d'experts, identification des 15 établissements les plus performants et représentatifs et sélection du prestataire (d'octobre 2011 à février 2012) ;
- construction des outils et de la méthode (février à mai 2012) ;
- visites des 15 établissements et production des monographies (mai à septembre 2012) ;

- benchmark des monographies des 15 établissements (octobre 2012) ;
- production des recommandations (novembre à décembre 2012).

La méthodologie globale d'élaboration du benchmark s'est basée sur une approche par consensus formalisé d'experts à partir de l'identification de faits marquants dans les 15 établissements français les plus performants et les plus représentatifs en chirurgie ambulatoire.



Première phase : préparation de la démarche

Constitution du réseau d'experts en chirurgie ambulatoire

Le projet a nécessité de disposer d'une expertise spécifique sur la chirurgie ambulatoire, non disponible au niveau d'un cabinet conseil et dont l'approche était complémentaire de celle de l'ANAP et du cabinet de conseil retenu (prestataire spécialiste dans les théories organisationnelles basées sur la gestion des flux).

Il a donc été fait appel à des experts ayant une compétence spécifique en chirurgie ambulatoire et une expérience reconnue par leurs pairs. Leur légitimité en tant que professionnels de santé reconnus a permis à la fois d'identifier plus facilement les leviers et les freins culturels dans les établissements de santé retenus pour le *benchmark*, la rédaction et la formalisation des recommandations issues de ce *benchmark* et le portage envisagé auprès de leurs pairs des recommandations après leur publication.

La constitution du réseau des experts s'est déroulée selon trois phases :

- validation en octobre 2011 par le conseil d'administration de l'ANAP de la constitution d'un **dispositif expérimental d'experts rémunérés par l'ANAP** pour le projet chirurgie ambulatoire ;
- constitution au dernier trimestre 2011 d'une liste de 26 noms d'experts obtenus à partir d'une pré-liste de 70 noms analysés au travers de 5 critères de sélection (expérience reconnue de la pratique de chirurgie ambulatoire, implication dans le fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire, participation à des congrès ou travaux ou publications sur la chirurgie ambulatoire, répartition équilibrée selon le statut juridique de l'établissement où exerce l'expert, répartition équilibrée selon la spécialité anesthésique ou chirurgicale de l'expert). Un appel à candidatures a été fait auprès de ces 26 noms avec constitution d'un dossier comportant notamment une Déclaration Publique d'Intérêts, une lettre d'engagement, une fiche contact et une adhésion à la charte des professionnels de l'Anap ;
- validation en décembre 2011 par le comité de sélection de l'Anap d'une **liste de 18 experts professionnels** (12 anesthésistes et 6 chirurgiens dont 12 publics et 6 privés, dont 6 professeurs et 12 docteurs, dont 1 expert référent) (cf. annexe 1).

Le rôle des experts a été notamment :

- d'apporter l'expertise en chirurgie ambulatoire et la connaissance de terrain ;
- de participer aux phases de construction et validation de la méthode et des outils afférents (grilles d'analyses, construction du benchmark, méthode de validation, etc.) ;
- de participer aux visites sur site des établissements et de rédiger un rapport de visite indépendant ;
- de valider les monographies et les résultats du *benchmark* ;
- de rédiger et de valider les recommandations.

Indépendamment de son rôle équivalent aux autres experts, un expert référent a été désigné et avait pour rôle d'assister l'ANAP tout au long de la démarche et notamment aux points clés.

Le rôle des experts a été complémentaire de ceux des représentants de l'Anap et du prestataire, la définition précise des rôles respectifs de chacun ayant été partagé collégialement au début de la démarche (cf. annexe 2)

Sélection des 15 établissements de santé les plus performants et représentatifs en chirurgie ambulatoire

Les 15 établissements les plus performants et représentatifs en chirurgie ambulatoire ont été sélectionnés à partir de critères objectifs portant sur :

- des pratiques importantes de chirurgie et de chirurgie ambulatoire (gros volumes) ;
- des types d'organisation ambulatoire variés depuis le centre intégré jusqu'au modèle indépendant ;
- des *case mix* variés (mono et bidisciplinaires, multidisciplinaires) ;
- des répartitions équilibrées entre le secteur public et privé ;
- des pratiques ambulatoires variées depuis la chirurgie classique jusqu'à la chirurgie innovante.

La construction du modèle de sélection des 15 établissements (cf. annexe 3) s'est faite à partir d'une approche par les flux (car la chirurgie ambulatoire est une organisation optimisant les flux) et de l'interrogation de bases de données nationales de l'année 2011 (PMSI et Hospi Diag). Plusieurs algorithmes décisionnels ont été construits (exemple : la sélection d'un centre intégré monodisciplinaire a reposé sur 3 critères successifs - plus de 10 000 actes chirurgicaux par an, plus de 50 %

de chirurgie ambulatoire et plus de 4 000 actes chirurgicaux ambulatoires sur une spécialité - ; 6 établissements France entière ont été retrouvés, le choix s'est fait sur l'établissement qui avait les chiffres les plus élevés).

Les 15 établissements sélectionnés se sont répartis en 8 publics et 7 privés, dont 1 centre indépendant, 5 centres intégrés mono ou bidisciplinaires, 9 centres intégrés pluridisciplinaires. Quatre centres retenus avaient des activités d'enseignement et de recherche (3 CHR et 1 CLCC).

Les 15 établissements sélectionnés ont ensuite été sollicités pour obtenir leur accord de participation à la démarche.

Sélection du prestataire

Une procédure d'appel d'offres a été organisée en vue de retenir un prestataire pour accompagner l'Anap à identifier les facteurs clés de succès pour le développement de la chirurgie ambulatoire en lien avec les freins communément admis, à savoir les freins culturels et organisationnels, au travers d'une démarche de type benchmark. La procédure retenue a été celle de l'appel d'offres ouvert passé en application des articles 33 et 57 à 59 du Code des marchés publics.

Le prestataire choisi (Général Electric Healthcare) a été notamment retenu du fait de son expertise en ingénierie en processus, organisation et gestion des flux (maîtrise des démarches de type Lean, Cap TM et 6 sigma, etc.) et de son aptitude à formuler des propositions innovantes sur le plan de l'organisation et de la conduite de projet organisationnel. Il devait aussi avoir une bonne connaissance du monde de la santé (connaissance du bloc opératoire, dans le milieu privé lucratif ou dans les établissements publics, etc.).

Deuxième phase : construction des outils et de la méthode

Préalablement à la visite sur site des établissements, **deux outils de diagnostics et un modèle de rapport d'expertise** ont été élaborés, testés et validés.

Les outils de diagnostics avaient pour objectifs de préparer la visite en optimisant, structurant et uniformisant le recueil d'information au niveau des 15 établissements.

D'une part, une **grille d'analyse externe** (cf. annexe 4) permettait de situer l'établissement dans son environnement à partir de l'interrogation des bases de données nationales Hospi Diag et PMSI (*case-mix*, parts de marché, pratiques, utilisation des places, pratiques innovantes, etc.). L'objectif était de disposer d'une photographie dynamique de l'activité de l'établissement, de son évolution les quatre dernières années et de son positionnement concurrentiel, ceci pour préparer une liste de points à approfondir ou à étudier précisément lors de la visite.

D'autre part, une **grille d'analyse interne** (cf. annexe 5) avait pour objectif de guider les auditeurs à identifier les leviers organisationnels et culturels mis en place au niveau de l'établissement pour lever les freins au développement de l'ambulatoire. L'objectif était de décrire, d'analyser et de recueillir systématiquement le fonctionnement de la prise en charge ambulatoire avec la même grille de lecture pour l'ensemble des établissements quel que soit l'auditeur. Cette grille interne avec plus de 200 questions comportait 9 chapitres :

- 5 onglets reprenant les 5 étapes du chemin clinique (pré-hospitalisation, pré-opératoire, articulation avec le bloc, post-opératoire et post-hospitalisation)
- 4 onglets portant sur la structure de base, les convictions et pratiques des praticiens, l'historique de la stratégie de développement et le management.

Le modèle de **rapport d'expertise** (cf. annexe 6) avait pour objectif d'optimiser le recueil d'information par l'expert lors de la visite, tout en dégagant des premières pistes de recommandations. Structurée de la même façon que la grille d'analyse interne, en neuf chapitres, ce modèle de rapport d'expertise recueillait le jugement de l'expert sur les principaux faits marquants et les pistes de recommandations.

Troisième phase : visites des 15 établissements et production des monographies

Les visites, après une phase test en mai 2012 (visite de la Clinique Claude Bernard à Metz pour tester les différentes modalités d'organisation de la visite ainsi que les grilles d'analyse interne et externe), se sont déroulées dans les 14 autres établissements entre mai et septembre, chaque établissement étant **audité sur quatre journées**.

Les auditeurs étaient composés le plus souvent de **deux experts indépendants** (un public et un privé pour bénéficier d'une expertise croisée), de **deux membres de l'ANAP** et d'un **consultant prestataire**. Les visites étaient organisées selon un planning précis permettant à la fois de présenter le démarche, de faire des visites et des interviews (soit bilatérales soit de groupes) avec des débriefings réguliers permettant des partages de points de vue entre les auditeurs d'une part, et entre les auditeurs et les décideurs, d'autre part. **Près de 300 personnes ont ainsi été auditées dans les 15 établissements.**

À la suite des visites, un **rapport d'expert** (cf. annexe 6) permettait de recueillir son jugement indépendant sur les principaux faits marquants et d'identifier les premières pistes de recommandations. Une **monographie** a été produite ensuite pour chaque établissement, construite à partir du rapport d'expert et de la grille d'analyse interne remplie par le consultant prestataire, permettant un rapport exhaustif et standardisé des freins et des leviers retrouvés (cf. annexe 7).

Une synthèse de cette monographie a ensuite fait l'objet d'une **restitution auprès de l'établissement** devant les principaux décideurs. Dans un deuxième temps, une restitution collective devant l'ensemble du personnel de l'établissement a été organisée dans la plupart des établissements. Ces différentes réunions avaient pour objectif de partager avec l'établissement les principaux constats faits par les auditeurs, afin de compléter ou d'amender éventuellement ces constats en fonction des remarques exprimées. Cette synthèse ayant été validée par l'établissement, la monographie complète l'a ensuite été collectivement par l'équipe d'auditeurs (expert, ANAP et prestataire) puis transmise en septembre/octobre pour information à l'établissement.

Dans chaque monographie, des bandeaux de différentes couleurs permettaient d'identifier très rapidement les éléments remarquables, tant les atouts et leviers que les freins persistants et les potentielles pistes d'amélioration.

Quatrième phase : benchmark des monographies des 15 établissements

Les 15 monographies produites ont été croisées entre elles sous forme d'un tableau reprenant en lignes les éléments remarquables retrouvés et en colonne les noms des 15 établissements, une croix à l'intersection permettait d'identifier très rapidement chaque fait marquant dans chaque établissement.

281 freins et leviers ont été ainsi produits. Pour s'assurer de leur lisibilité et appropriation par tous, ces 281 freins et leviers ont été regroupés en sous thématiques dès lors que leurs items étaient proches et leurs freins et leviers complémentaires. Puis les 72 sous thématiques¹ retrouvées ont été regroupées en 13 thématiques² puis en 5 domaines³ (cf. annexe 8). Un travail de validation complémentaire a été effectué par les experts, l'ANAP et les prestataires pour s'assurer qu'aucune ligne n'avait été oubliée et pour gommer l'effet « codeur » par validation croisée du tableau du benchmark.

Trois approches ont été déployées pour passer du constat du benchmark aux pistes de recommandations :

- **une approche quantitative** (lecture en ligne) avec le regroupement des 281 leviers et freins retrouvés et regroupés en sous thèmes puis thèmes puis domaines. Chaque sous thème a fait l'objet d'un traitement quantitatif (fréquence à laquelle il a été constaté dans l'établissement et s'il est l'expression de freins, leviers ou d'un mélange des deux) venant enrichir sa lecture (cf. annexe 9). Cette approche statique basée sur la fréquence avait l'avantage d'être exhaustive mais comme inconvénient de ne donner qu'une vision unidimensionnelle de la problématique.
- **une approche qualitative** (lecture en colonne) a apporté une dimension plus dynamique pour gommer « l'effet à plat » de la seule lecture quantitative et remettre ainsi en perspective pour chaque établissement son organisation basée sur les flux (cf. annexe 10). Il a aussi été demandé à chaque auditeur d'identifier pour chaque établissement jusqu'à

1. Exemples de sous thématique : « organisation de la sortie », « gestion de l'ensemble du flux patient ».

2. Exemples de thématique : « alignement des acteurs », « parcours et flux patient ».

3. Exemples de domaine : « processus », « management ».

deux pratiques qui lui semblaient particulièrement innovantes.

- une approche « en creux » du **benchmark**, permettant d'identifier les points non ou très peu retrouvés dans le benchmark (exemple : formation, articulation Ville Hôpital) mais qui ont été jugés par les experts comme essentiels pour faire progresser la chirurgie ambulatoire.

Cinquième phase : production des recommandations organisationnelles issues du benchmark

La construction des recommandations organisationnelles s'est faite selon la **méthode de consensus formalisé d'experts, à partir des faits marquants du benchmark**.

Elle s'est déroulée en quatre phases :

- un séminaire de deux jours en novembre rassemblant les 18 experts, l'Anap et le prestataire a permis de construire les **pré-recommandations organisationnelles** ;

Dans un premier temps, deux groupes de travail ont été constitués : un sur l'organisation, un sur le management. Chaque groupe devait rédiger une première version de 10 à 12 pré-recommandations avec une fiche technique reprenant l'idée forte en quelques lignes, les commentaires étayant l'idée avec la problématique et les enjeux, les principes de mise en œuvre, etc.

Dans un deuxième temps, un travail en réunion plénière avec l'ensemble des experts a permis, parmi cette première version de pré-recommandations, de sélectionner/prioriser/valider une deuxième version de pré-recommandations.

À l'issue de ce séminaire, **un premier vote, effectué selon une méthode de type Grade et organisé électroniquement et anonymement**, a donné à chaque pré-recommandation de cette deuxième version, une note entre 1 et 9 (1 correspondant à un total désaccord avec la pré-recommandation et 9 à un accord total). Les 2 notes extrêmes ont été ensuite éliminées afin de constituer une note moyenne par pré-recommandation : une notation entre 7 et 9 correspondant à une recommandation avec un consensus fort, entre 4 et 7 à une recommandation avec un consensus faible et une note

inférieure à 4 signalait l'absence de consensus. Seules les pré-recommandations avec une note supérieure à 4 continuaient le processus de validation.

- une deuxième réunion plénière, à l'issue du premier vote, a permis de retravailler les pré-recommandations dans sa troisième version. **Un deuxième vote a été conduit selon le même principe.**
- une restitution collective des principaux faits marquants et des pistes de recommandations a ensuite été organisée sous forme d'une **table ronde nationale le 21 novembre 2012** (cf. annexe 11 : actes de la table ronde) **auprès des 15 établissements (59 représentants étaient présents) et en présence des 18 experts.**


L'objectif de ce retour auprès des établissements a permis de restituer les travaux du benchmark en vue d'analyser les réactions des 15 établissements et ainsi d'évaluer la pertinence des analyses et des pré-recommandations. Un questionnaire de satisfaction a permis de recueillir l'avis des 59 participants sur les éléments fondamentaux devant être introduits dans les recommandations au vu des faits marquants qui leur étaient présentés.

- une dernière réunion plénière avec les 18 experts a permis de s'approprier les retours de la table ronde nationale, de faire évoluer les pré-recommandations dans sa quatrième version et de les regrouper ensuite en un nombre limité de recommandations. **Un troisième vote selon le même principe a permis de valider définitivement ces recommandations**, chaque recommandation ayant au final obtenu une note moyenne comprise entre 8,1 et 9 et donc considérée comme recommandation ayant obtenu un consensus fort entre les experts.

Sixième phase : production des recommandations organisationnelles communes ANAP HAS issues des travaux du benchmark et de la gestion des risques

Les recommandations issues des travaux de l'ANAP et de la HAS ont été retravaillées et regroupées en **16 recommandations** pour s'assurer de la lisibilité et de la cohérence du dispositif.

Quatre familles de recommandations organisationnelles sont exprimées sous forme de principes



fondamentaux reprenant les concepts de la chirurgie ambulatoire et considérés comme les bases indispensables et préalables à toute démarche, d'éléments stratégiques de niveau global, d'éléments à visée opérationnelle et d'une vision prospective du développement futur de la chirurgie ambulatoire.

Enfin, un **groupe d'appui pluridisciplinaire** composé de 12 experts, n'ayant participé à aucune des deux démarches, a contribué à la finalisation des recommandations par une lecture des recommandations en donnant son avis sur leur lisibilité, cohérence et opérationnalité, lors de la réunion du 22 février 2013.

4. RÉSULTATS DU *BENCHMARK* (CF. ANNEXE 12)

ANNEXES

Annexe 1. 18 experts professionnels nationaux

Expert référent : Dr Guy Bazin

Dr Gilles Cuvelier

Dr Laurent Delaunay

Dr Alain Delbos

Dr Pierre-Yves Demoulin

Pr Claude Ecoffey

Dr Claire Gatecel

Dr Thierry Gazeau

Dr Marc-Edouard Gentili

Dr Anne Guidat-Tuilard

Pr Jean-Marc Malinovski

Dr Guy Raimbeau

Pr Marc Raucoules-Aime

Dr Jean-François Schuhl

Pr Didier Sciard

Pr Jean-Pierre Triboulet

Dr François Venutolo

Pr Corinne Vons

Annexe 2. Complémentarité des rôles entre les 18 experts, l'ANAP et le prestataire

EXPERTS (18)	<ul style="list-style-type: none">• Apporte l'expertise en chirurgie ambulatoire et la connaissance du terrain.• Participe aux phases de construction et de validation de la méthodologie (grilles d'analyse, construction du benchmark, méthodes de validation, etc.).• Participe aux visites en établissement et rédige un rapport de visite indépendant.• Valide les monographies et les résultats du benchmark.• Rédige et valide les recommandations.
ANAP (4)	<ul style="list-style-type: none">• Réalise le cadrage, le pilotage, le suivi et la validation des phases des travaux.• Participe aux phases de construction et de validation de la méthodologie en s'assurant notamment de la rigueur de la méthodologie et de l'émergence du consensus entre les acteurs (recommandations par consensus formalisé d'experts).• Sollicite la mobilisation des établissements et assure la coordination des travaux entre les différents acteurs (experts, prestataire, etc.).• Participe aux visites en établissement en apportant son expertise d'acteur national.
PRESTATAIRE EXTÉRIEUR (4)	<ul style="list-style-type: none">• Propose les différentes phases de construction et de validation de la méthodologie.• Apporte son savoir faire et sa compétence en matière de gestion des flux.• Participe aux visites en établissement et rédige les monographies.• Construit le benchmark.

Annexe 3. Algorithmes décisionnels et liste des 15 établissements de santé les plus performants et représentatifs

Plusieurs algorithmes décisionnels ont été construits à partir de modèles basés sur la gestion des flux pour identifier les 15 ES les plus performants et représentatifs.

Secteur privé commercial (ex-OQN)

- **Centre indépendant** (taux CA=100%, plus de 2000 actes/an) :
 - monodisciplinaires (cataracte ou main) ;
 - 4 établissements (Centre main Angers, Avicenne, la Phocéane, Hesdin) ;
 - **sélection : centre main Angers.**
- **Centre intégré monodisciplinaire** (taux CA>50%, plus de 10000 actes chirurgicaux/an, plus de 4000 cataractes ou main ambulatoire/an) :
 - monodisciplinaires (cataracte ou orthopédie) ;
 - 6 établissements (1 CH, 1 Espic et 4 cliniques : XV XX, Sourdille, centre thérapeutique chirurgicale Limousin, Rothschild, Jouvenet, Cours Dillon) ;
 - **sélection : Cours Dillon (Medipôle Garonne).**
- **Centre intégré non monodisciplinaire** :
 - 1^{er} critère de sélection : taux CA > 50%, plus de 10000 actes chirurgicaux/an, plus de 6500 actes ambulatoires/an, filtre cataractes entre 2000 et 4000/an ;
 - 2^e critère de sélection (filtre exclusion cataracte et main) : taux CA > 50%, plus de 6000 actes chirurgicaux/an, plus de 3000 actes ambulatoires/an ;
 - soit **bidisciplinaires** : Jouvenet, Claude Bernard, Oxford, Lille sud ;
 - soit **pluridisciplinaires** avec une activité prépondérante mais non dominante en ophtalmologie ou orthopédie ou avec une activité prépondérante mais non dominante hors ophtalmologie et orthopédie : Mathilde, St Roch, Centre Clinical, Clinique du Parc, Hôpital Privé Seine Saint Denis, clinique de la Muette, Cherest, Hôpital Privé d'Anthony ;

- **Sélection :**
 - **Claude Bernard (bidisciplinaire),**
 - **Centre Clinical, Mathilde, Clinique du Parc et Hôpital Privé d'Anthony (pluridisciplinaires).**

Secteur public et Espic (ex-DG)

Le modèle basé sur la gestion des flux de l'algorithme du secteur ex-OQN a été adapté au secteur ex-DG pour tenir compte de certaines spécificités : moindre volume ambulatoire, multisite, chirurgie innovante, etc.

- **Centre intégré monodisciplinaire** (CH, Espic, CLCC) :
 - critère : plus de 6000 actes/an et plus de 2000 ambu/an (conditions particulières pour les CLCC : plus de 1000 séjours chirurgicaux /an avec tri sur les taux de chirurgie ambulatoire et les volumes ambulatoires du sein / innovation sur la chirurgie du sein) ;
 - CH : XV XX (OPH) ou Sincal (ORTHO) ;
 - Espic : Rothschild ;
 - CLCC : Léon Bérard ou CLCC Angers ;
 - **Sélection :**
 - **SINCAL (CH),**
 - **Rothschild (Espic) et Léon Bérard (CLCC).**
- **Centre intégré pluridisciplinaire** (CHU, CH, Espic) :
 - critère : plus de 6000 actes/an et plus de 2000 ambu/an pour les CH et les ESPIC ; plus de 15 000 actes/an et tri sur les taux ambulatoires et les volumes ambulatoires pour les CHU, innovation sur les spécialités digestives et orthopédiques) ;
 - CH : CH Lens, CH saint quentin, CHI Creteil, CHI Poissy Saint Germain ;
 - Espic : Adassa, Mutualiste Grenoble, AHNAC, clinique Mutualiste Aquitaine ;
 - CHU : CHR Metz et Tours (plus forts taux et volumes de chirurgie ambulatoire), CHU Lille (plus gros volume d'ambulatoire sur les spécialités digestives et orthopédiques non gestes marqueurs) ;
 - **Sélection : CH Saint Quentin et CHI Poissy Saint Germain (CH), AHNAC (Espic) CHR Metz et CHU de Lille (CHU).**

.....

Liste des 15 établissements de santé

	Secteur privé commercial	Secteur public et ESPIC
Centre indépendant	Centre de la main, Angers	
Centre intégré mono et bi-disciplinaire	Médipôle Garonne, Toulouse Hôpital clinique Claude Bernard, Metz	Sincal, Nancy Centre Léon Bérard, Lyon Fondation Rothschild, Paris
Centre intégré pluridisciplinaire	Centre Clinical Soyaux, Angoulême Clinique du parc, Saint-Étienne Clinique Mathilde, Rouen Hôpital privé d'Antony	CHR Metz-Thionville CHU de Lille Ahnac CHI Poissy Saint-Germain CH Saint-Quentin

Annexe 4. Grille d'analyse externe

Etablissement 1

Carte d'identité

	2010	vs. France	Par an	2007-2010	Source
Séjours chirurgicaux totaux	13 092	↔↔↔↔↔↔	+11,0%	▬	HD : CHAC2
Séjours chirurgicaux ambulatoire	7 845	↔↔↔↔↔↔	+11%	▬	HD : CHAC5
Séjour endoscope	3 851	↔↔↔↔↔↔	+33,5%	▬	ATM
Nb Lit Chirurgie HC	141	Non dispo	-7%	▬▬▬▬	HD : CHAC6
Nb Place Chirurgie ambu	82	Non dispo	+9%	▬▬▬▬	HD : CLACT
Nb Salle d'intervention	13	Non dispo	-2%	▬▬▬▬	HD : CL_E5

Organisation

	2010	vs. Cat	Δ s/ 4 ans	2007-2010	Source
% Chirurgie ambu.	60%	↔↔↔↔↔↔	-1 pt	▬▬▬▬	HD : P12
% Gestes Marqueurs en Ambu	83%	↔↔↔↔↔↔	-1 pt	▬▬▬▬	HD : P13
Taux Occ. Chir Ambu	56%	↔↔↔↔↔↔	+3 pt	▬▬▬▬	HD : P14
IP DMS Chirurgie (HC)	0,82	↔↔↔↔↔↔	+2%	▬	HD : P2
Taux Occ. Chir HC	53%	↔↔↔↔↔↔	+28 pt	▬	HD : A18

Part de marché en chirurgie (sur la zone d'attractivité de l'établissement du benchmark)

Etablissement	2010		Δ s/ 4 ans 2007-10		Source
	Ambu	HC	Ambu	HC	
Etablissement 1	52%	31%	+6,9 pt	+9,4 pt	HD : A2 et A7
Etablissement 2	22%	17%	+0,2 pt	-1,5 pt	HD : A3 et A7
Etablissement 3	14%	25%	-4,9 pt	-2,0 pt	HD : A3 et A7
Etablissement 4	1%	5%	-0,3 pt	-0,3 pt	HD : A3 et A7

Part de marché en chirurgie régionale

Etablissement	2010		Δ s/ 4 ans 2007-10		Source
	Ambu	HC	Ambu	HC	
Etablissement 1	10%	4%	+1,7 pt	+1,8 pt	HD : A1 et A3

Finances

	2010	vs. Cat	Δ s/ 4 ans	2007-10	Source
Taux de marge brute	-3%	↔↔↔↔↔↔	-1,1 pt	▬▬▬▬	HD : F1

Qualité

	2010	Ref. Cat.	2007-2010	Source
Score de conformité du DP	72 ± 4	71%	Non dispo	HD : G3
Score de conformité du DA	75% ± 3%	79%	Non dispo	HD : G8
Niveau de certification	C	80%	Non dispo	HD : G8
Cotation PEP – Bloc opératoire	Non Dispo	76%	Non dispo	HD : G9

Ressources humaines

	2010	vs. Cat	Par an	2007-2010	Source
Nbre d'anesthésiste	8,0	Non dispo	+25%	▬	HD : CL_RH4
Nbre Chirurgien (hors gyn/obs)	21,4	Non dispo	-4%	▬▬▬▬	HD : CL_RH3
Nbre lade/Anesthésiste	Non Dispo	↔↔↔↔↔↔	#VALUE!		HD : RH5
Nb ICR/ anesthésiste +IADE	126 767	↔↔↔↔↔↔	-10%	▬▬▬▬	HD : RH2
NB ICR / Chirurgien	126 345	↔↔↔↔↔↔	+18%	▬	HD : RH3

Etablissement 1

Carte d'identité

	2010	vs. France	Par an	2007-2010	Sources
Séjours chirurgicaux totaux	13 092	☉☉☉▲	+11,0%		HD : CI-AC2
Séjours chirurgicaux ambulatoire	7 845	☉☉☉☉●	+11%		HD : CI-ACS
Séjour endoscopie	3 851	☉☉☉●	+33,6%		ATIH
Nb Lit Chirurgie HC	141	Non dispo	-7%		HD : CI-A06
Nb Place Chirurgie ambu	82	Non dispo	+9%		HD : CI-AC7
Nb Salle d'intervention	13	Non dispo	-2%		HD : CI-ES

Organisation

	2010	vs. Cat	Δ s/ 4 ans	2007-2010	Sources
% Chirurgie ambu.	60%	☉●	-1 pt		HD : PI2
% Gestes Marqueurs en Ambu	83%	☉●	-1 pt		HD : PI3
Taux Occ. Chir Ambu	56%	●☉	+3 pt		HD : PI4
IP DMS Chirurgie (HC)	0,82	●☉	+2%		HD : PI
Taux Occ. Chir HC	53%	☉☉☉	+26 pt		HD : A19

Part de marché en chirurgie (sur la zone d'attractivité de l'établissement du benchmark)

Établissement	2010		Δ s/ 4 ans 2007-10		Sources
	Ambu	HC	Ambu	HC	
Établissement 1	52%	31%	+6,9 pt	+9,4 pt	HD : A3 et A7
Établissement 2	22%	17%	+0,2 pt	-1,5 pt	HD : A3 et A7
Établissement 3	14%	25%	-4,9 pt	-2,0 pt	HD : A3 et A7
Établissement 4	1%	5%	-0,3 pt	-0,3 pt	HD : A3 et A7

Part de marché en chirurgie régionale

Établissement	2010		Δ s/ 4 ans 2007-10		Sources
	Ambu	HC	Ambu	HC	
Établissement 1	10%	4%	+1,7 pt	+1,6 pt	HD : A4 et A8

Finances

	2010	vs. Cat	Δ s/ 4 ans	2007-10	Sources
Taux de marge brute	-3%	●☉☉	-6,1 pt		HD : FI

Qualité

	2010	Ref. Cat.	2007-2010	Sources
Score de conformité du DP	72 ± 4	71%	Non dispo	HD : O2
Score de conformité du DA	75% ± 3%	79%	Non dispo	HD : O6
Niveau de certification	C	80%	Non dispo	HD : O8
Cotation PEP – Bloc opératoire	Non Dispo	78%	Non dispo	HD : O9

Ressources humaines

	2010	vs. Cat	Par an	2007-2010	Sources
Nbre d'anesthésiste	8,0	Non dispo	+26%		HD : CL-RH4
Nbre Chirurgien (hors gynécos)	21,4	Non dispo	-4%		HD : CL-RH3
Nbre IADE/Anesthésiste	Non Dispo	●	#VALLÉE!		HD : RH5
Nb ICR/ anesthésiste +IADE	126 787	●☉	-10%		HD : RH2
Nb ICR / Chirurgien	126 345	☉☉☉	+18%		HD : RH3

Annexe 5. Grille d'analyse interne

Grille de diagnostic interne des unités de chirurgie ambulatoire

Cliquer sur les liens pour accéder au questionnaire

Schéma des flux patient lors de la journée opératoire

En suivant le parcours patient

Pré-Hospitalisation
Consultation, Programmation, **Sécurisation de l'arrivée du patient**, Admission, Gestion des urgences...

Pré-opératoire
Arrivée du patient

Articulation avec le bloc
Organisation des vacances, Programmation, Ordonnancement, SSPI, Brancardage

Post-opératoire
Fluidité de la sortie, Rotation, **Sécurisation post-hospitalisation**, CR, Repli

Post-hospitalisation
Appel à J+1, Gestion de la PDS, Suivi post-hospitalisation, Lien ville-hôpital

Autres volets

Structure de base
Configuration architecturale, Dossier patient et Passeport Ambulatoire, Informatique, Mutualisation avec d'autres prise en charge, horaires

Conviction et pratique des professionnels
Conviction des médecins, Développement du recrutement, Evolution des pratiques d'anesthésie, Evolution des pratiques de chirurgie

Historique de la stratégie de développement
Jeux des acteurs et conduite du changement, Gestion de l'its, Potentiel, Facteurs médico-économique

Management de l'unité
Equipe de management, Pilotage, Qualité / Amélioration continue, Organisation des PMI, Formation et Compétence

Vision changement

Ces points peuvent être restructurés pour obtenir une grille de lecture du changement. Cliquez sur l'image pour accéder au détail

Les éléments en rouge visent spécifiquement les points d'interface tout au long du parcours de patient

Recueil des documents

Documents de l'établissement à capitaliser

Bilan des innovations et des recommandations

Du point de vue des experts,
* Quelles innovations constatées sur le site souhaiteraient-ils encourager et diffuser ?
* Quelles recommandations feraient-ils pour faire évoluer le site ?

25

Menu schFlux PreH PreO Bloc PostO PostH Struct ConvPra StratDev Management CAP Doc Bilan

Retour au menu
[?] Question

Généralités

38 Pour permettre le développement de l'ambulatoire avez-vous du réorganiser le bloc opératoire en terme de circuit patient ?

288 Disposez-vous d'un bloc dédié à l'ambulatoire ?

Autres questions

48 Comment l'organisation et le développement de l'UCA a été intégré dans la réflexion de l'organisation du bloc opératoire ?

Organisation des vacances

19 Comment le bloc a été adapté pour limiter l'apparition de goulets d'étrangements au fur et à mesure de développement ?

232 Pour permettre le développement de l'ambulatoire vous avez du réorganiser les vacances opératoires ?

232 * Réorganisation des vacances pour limiter l'occupation de l'UCA sur la semaine

232 * Mise en place de vacation dédiée

232 * Mise en place de salle dédiée

268 Pourquoi avez-vous opéré à de telles choix (accèsibilité, masse critique, répartition des opérateurs, etc...)

.....

Annexe 6. Rapport indépendant de l'expert à la suite de la visite d'établissement

Nom de l'établissement :

Expert A :

Expert B :

1. Synthèse générale

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

2. En suivant le parcours patient

1) Pré-Hospitalisation

Consultation

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

.....

Programmation

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Sécurisation de l'arrivée du patient

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Admission

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Gestion des urgences

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

2) Pré-opérateur

Arrivée du patient

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

3) Articulation avec le bloc

Organisation des vacances

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Programmation

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Ordonnancement

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

SSPI

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Brancardage

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

4) Post-opérateur

Fluidité de la sortie

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Rotation

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

.....

Sécurisation post-hospitalisation

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

CR

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Repli

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

5) Post-hospitalisation

Appel à J+1

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Gestion de la PDS

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

.....

Suivi post-hospitalisation, lien ville-hôpital

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

3. Structure de base

Configuration architecturale

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Dossier patient et Passeport Ambulatoire

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

.....

Informatique

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Mutualisation avec d'autres prises en charge

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

4. Conviction et pratique des professionnels

Conviction des médecins

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Développement du recrutement

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Évolution des pratiques d'anesthésie

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Évolution des pratiques de chirurgie

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

5. Stratégie de développement

Jeux des acteurs et conduite du changement

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Gestion de lits

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Potentiel

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Facteurs médico-économiques

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

6. Management de l'unité

Équipe de management

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Pilotage

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Qualité / Amélioration continue

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

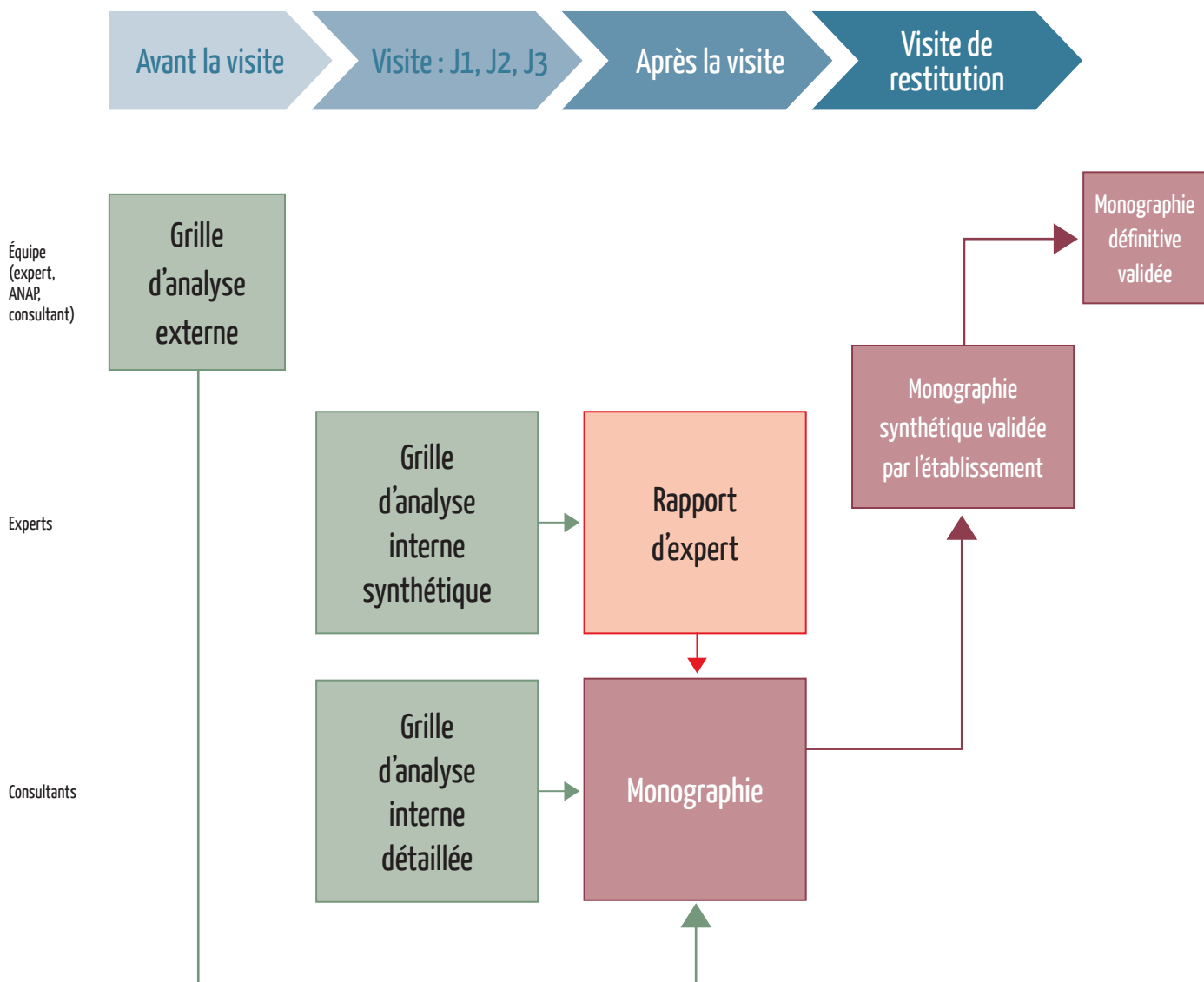
Organisation des PNM

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Formation et compétences

Faits marquants	
Principales pistes de recommandations	Éventuelles limites d'application
Principaux freins et leviers historiques	

Annexe 7. Articulation entre les outils de recueil (grilles d'analyse interne et externe), les rapports d'experts et les monographies



Annexe 8. Regroupement des freins et leviers en sous-thématiques, thématiques et domaines

281 Freins & Leviers	71 Sous-thèmes	13 Thémes	5 Domaines
<p><i>(Texte des freins et leviers non lisible)</i></p>	18	Parcours et flux patient	Processus et organisation
	5	Articulation avec le bloc	
	2	Système d'information	
	1	Impact du case-mix	
	8	Stratégie d'établissement	Management
	3	Périmètre de l'UCA	
	5	Alignement des acteurs	
	2	Gouvernance de l'UCA	
	4	Pilotage opérationnel	
	5	Fonctionnement équipe	Architecture
	8	Configuration architecturale	
	7	Pratiques chirurgicales et anesthésique	
	4	Politique des tutelles	Politique

Annexe 9. Approche quantitative du benchmark

Chaque sous-thème fait l'objet d'un traitement quantitatif qui vient enrichir sa lecture :

- La fréquence à laquelle il a été constatée dans les établissements
- S'il est l'expression de leviers, de freins ou d'un mélange des 2

Thème	Sous-thème	Nb étb concernés	% Levier
Stratégie de l'établissement	Poids de la contrainte capacitaire...	13	57%
	Chir. ambu vecteur de croissance	13	73%
	Recrutement/rémunération des médecins	8	90%
	Autres éléments	8	40%
	Inscription dans les projets institutionnels	7	75%
	Rôle de la comptabilité analytique	4	25%
	Exploitation des situations multisites	3	100%
	Développement des partenariats	2	100%

Comment sont calculées ces 2 valeurs?

Thème	Sous-thème	Nb étb concernés	% Levier
Stratégie de l'établissement	Poids de la contrainte capacitaire...	13	57%
	Chir. ambu vecteur de croissance	13	73%

Comment est calculé le nombre d'établissements concernés ?

Chaque sous-thème agrège des freins et/ou des leviers

Frein/Levier	Nb étb concernés	% Levier	Établissements														
			Metz, Claude Bernard	Rouen	Ronschillid	Bincal	Angers	Foszy St Germain	St Etienne	St Pierre	Alzac	CHU Metz - Thionville	CHU Lille	St Quentin	Médipole	Lyon	
Poids de la contrainte capacitaire	13	57%	9	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Réduction ou insuffisance du nombre de lits d'HC...	0	11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nombre de lits d'HC supérieur au besoin (faible taux d'occupation)	3	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Surdotation initiale (lit, personnel) pour créer un appel d'air vers la CF	0	1															
Absence de contrainte capacitaire incitative à l'organisation de rotat	1	0															
L'absence de contrainte capacitaire n'a pas poussé la substitution ve	1	0															
Notion patrimoniale des lits forte et prégnante	2	0															
Difficulté pour recruter des chirurgiens et des anesthésistes...	2	0															

Chaque établissement disposant d'au moins 1 frein/levier de la sous-thématique est identifié.

C'est ainsi qu'est identifiée la fréquence pour chaque sous-thème

La présence de chaque frein / levier est précisée pour chaque établissement du benchmark

Thème	Sous-thème	Nb étb concernés	% Levier
Stratégie de l'établissement	Poids de la contrainte capacitaire...	13	57%
	Chir. ambu vecteur de croissance	13	73%

Comment est calculé l'indicateur « % levier »

Chaque sous-thème agrège des freins et/ou des leviers

Frein/Levier	Nb étb concernés	% Levier	Établissements														
			Metz, Claude Bernard	Rouen	Ronschillid	Bincal	Angers	Foszy St Germain	St Etienne	St Pierre	Alzac	CHU Metz - Thionville	CHU Lille	St Quentin	Médipole	Lyon	
Poids de la contrainte capacitaire	13	57%	9	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Réduction ou insuffisance du nombre de lits d'HC...	0	11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nombre de lits d'HC supérieur au besoin (faible taux d'occupation)	3	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Surdotation initiale (lit, personnel) pour créer un appel d'air vers la CF	0	1															
Absence de contrainte capacitaire incitative à l'organisation de rotat	1	0															
L'absence de contrainte capacitaire n'a pas poussé la substitution ve	1	0															
Notion patrimoniale des lits forte et prégnante	2	0															
Difficulté pour recruter des chirurgiens et des anesthésistes...	2	0															

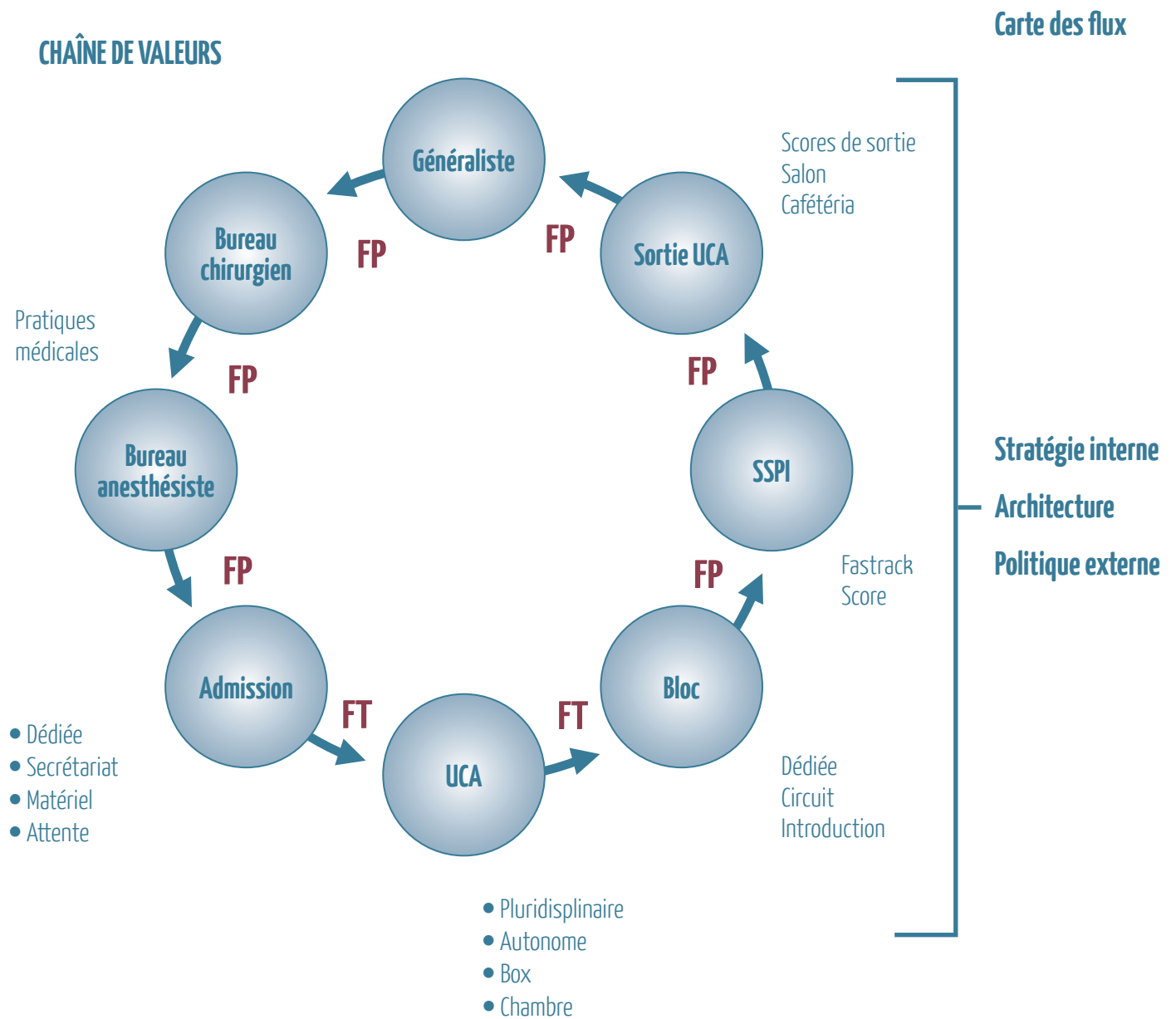
Le « % levier » est le ratio entre :

- la somme des fréquences des leviers
- et la somme des fréquences des freins et des leviers

Ici : 57% = 12/(9+12)

La fréquence de chaque frein et levier est évaluée

Annexe 10. Approche qualitative du benchmark



FT = flux tirés
FP = flux poussés

Annexe 11. Actes de la table ronde nationale du 21 novembre 2012.
Restitution du *benchmark* des 15 organisations les plus performantes et représentatives en chirurgie ambulatoire

Cf. Actes de la table ronde.

Cf. Diaporama de présentation.

Annexe 12. Résultats du *benchmark*

Cf. fichier Excel.

PARTICIPANTS

Maîtrise d'ouvrage

Docteur Gilles Bontemps, directeur associé Anap

Maîtrise d'œuvre

Anap

Dr Gilles Bontemps, directeur associé

Dr Christian Espagno, directeur associé

M. Jamel Mahcer, manager

Mme Anne Bellanger, chef de projet

Mme Magalie Glombard, assistante

Experts

Expert référent : Dr Guy Bazin

Dr Gilles Cuvelier

Dr Laurent Delaunay

Dr Alain Delbos

Dr Pierre-Yves Demoulin

Pr Claude Ecoffey

Dr Claire Gatecel

Dr Thierry Gazeau

Dr Marc-Edouard Gentili

Dr Anne Guidat-Tuilard

Pr Jean-Marc Malinovski

Dr Guy Raimbeau

Pr Marc Raucoules-Aime

Dr Jean-François Schuhl

Pr Didier Sciard

Pr Jean-Pierre Triboulet

Dr François Venutolo

Pr Corinne Vons

Prestataire : GE Healthcare

M. Matthieu Louis, consultant manager

M. Thomas Pignier, consultant sénior

Mme Stéphanie Aftimos, consultant manager

Mme Agathe Axel, consultante sénior



“ Ensemble pour le développement de la *chirurgie ambulatoire* ”

Mai 2013