

**DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE**  
**« CHIRURGIE AMBULATOIRE »**

*En quoi la mise en place de salon d'entrée et de sortie  
permet-elle d'optimiser la gestion des flux des patients  
avec une activité croissante en UCA*

# Table des matières

<b>ABREVIATIONS</b> .....	3
<b>TABLEAU RECAPITULATIF DES EQUIVALENCES MINUTES / HEURE</b> .....	4
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b> .....	6
<b>I. OBJECTIF DE L'ÉTUDE :</b> .....	6
<b>II. CRITERES D'EVALUATIONS :</b> .....	6
<b>III. POPULATION CONCERNÉE :</b> .....	6
1. Les critères d'inclusion étaient : .....	6
2. Les critères de non-inclusion étaient : .....	7
<b>IV. ORGANISATION DE L'UCA :</b> .....	7
<b>V. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE :</b> .....	7
<b>RÉSULTATS</b> .....	9
<b>I. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTES :</b> .....	9
<b>II. ANALYSE DE LA DMS :</b> .....	11
1. La DMS totale : .....	11
2. La durée moyenne préopératoire : .....	11
3. La durée moyenne peropératoire : .....	13
4. La durée moyenne post opératoire : .....	14

<b>III. ORGANISATION DE LA SORTIE DES PATIENTES :</b>	15
<b>IV. VALEUR AJOUTEE/ GASPILLAGE :</b>	17
<b>DISCUSSION</b>	18
<b>I. PERIODE PREOPERATOIRE :</b>	18
<b>II. PERIODE PEROPERATOIRE :</b>	19
<b>III. PERIODE POST-OPERATOIRE :</b>	19
<b>CONCLUSION</b>	21
<b>REMERCIEMENTS</b>	22
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	23
<b>ANNEXES</b>	24

# **ABBREVIATIONS**

ASA : American Society Anesthesiologists

DMS : Durée Moyenne de Séjour

HAS : Haute Autorité de Santé

HT : Hospitalisation Traditionnelle

PAC : Port-à-Cath®

PADSS : PostAnesthesia Discharge Scoring System (Heure théorique d'aptitude à la rue)

PEC : Prise En Charge

IGH : Infection Génitale Haute

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

TVT® : Tension-free Vaginal Tape

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

## **TABLEAU RECAPITULATIF DES EQUIVALENCES MINUTES / HEURE**

<b>Centièmes</b>	<b>Minutes</b>
<b>1</b>	<b>60</b>
<b>0,92</b>	<b>55</b>
<b>0,83</b>	<b>50</b>
<b>0,75</b>	<b>45</b>
<b>0,67</b>	<b>40</b>
<b>0,58</b>	<b>35</b>
<b>0,50</b>	<b>30</b>
<b>0,42</b>	<b>25</b>
<b>0,33</b>	<b>20</b>
<b>0,25</b>	<b>15</b>
<b>0,17</b>	<b>10</b>
<b>0,08</b>	<b>5</b>

# **INTRODUCTION**

La chirurgie ambulatoire est définie par l’HAS comme « une chirurgie programmée et réalisée dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d’un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d’une surveillance post opératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention. » La décision de ce mode de prise en charge est déterminée par l’analyse du tripartite patient-acte structure

Le patient est placé au centre de la prise en charge, il est la priorité. Lui seul est en ambulatoire, la chirurgie et l’anesthésie doivent rester identiques et de même qualité que pour une hospitalisation complète. Encouragé depuis plusieurs années par les pouvoirs publics pour des raisons médicales et économiques le domaine de la chirurgie ambulatoire n’a cessé d’évoluer, avec pour projet à l’horizon 2022 d’atteindre un taux d’activité à 70%.

Face aux ambitieux objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire sur le territoire national, il est important de mener une réflexion sur la gestion d’optimisation des flux des patients au sein d’une Unité de Chirurgie Ambulatoire. Le patient passe par différentes étapes durant son séjour (pré-per et post opératoire), toutes nécessaires et importantes afin de permettre la qualité et la sécurité des soins. Ainsi avec l’activité grandissante il est utile d’évaluer la Durée Moyenne de Séjour, par période, dont celle nécessaire en chambre et d’estimer l’intérêt de salon d’accueil et de sortie afin de faire évoluer la prise en charge globale du patient.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

## **I. OBJECTIF DE L'ÉTUDE :**

L'objectif principal était d'évaluer la DMS globale ainsi que la DMS par étape pré, per et post opératoire des patientes en UCA de gynécologie, la validation du score de Chung<sup>1</sup> et le délai de passage du médecin pour validation de sortie.

L'objectif secondaire était d'évaluer le temps passé dans une chambre par les patientes sans valeur ajoutée et donc d'estimer le temps qu'elles pourraient passer en salon.

## **II. CRITERES D'EVALUATIONS :**

- ✓ Heure d'entrée dans le service
- ✓ Heure de départ en salle d'intervention
- ✓ Heure de retour en UCA
- ✓ Heure du Score Post Anesthetist Discharge Scoring System (annexe 1)
- ✓ Heure d'appel au chirurgien, si besoin
- ✓ Heure de passage d'un médecin
- ✓ Heure de sortie
- ✓ Évaluation par demi-heure, du score de Chung modifié

## **III. POPULATION CONCERNÉE :**

### **1. Les critères d'inclusion étaient :**

- Les types d'interventions longues :
  - ✓ Chirurgie du sein
  - ✓ Chirurgie pelvienne
  - ✓ Chirurgie uro-génitale

---

<sup>1</sup> Comprendre Score de Chung *modifié*, à chaque lecture de Score de Chung

- Les patientes bénéficiant d'une anesthésie générale ou anesthésie locorégionale à type de rachianesthésie, de tous âges.

## **2. Les critères de non-inclusion étaient :**

- Les types de chirurgies courtes : Hystéroscopie (toutes confondues), Interruption Volontaire de Grossesse, conisation, chirurgies périnéales, ponction d'ovocytes en vue d'une Fécondation In Vitro, biopsies testiculaires, poses de PAC® sans autre geste associé.
- Les patientes bénéficiant d'une anesthésie Locale simple ou Anesthésie Locale avec sédation ultiva.

## **IV. ORGANISATION DE L'UCA :**

L'Unité comportait 8 chambres, attribuées nominativement, avec placard pour les effets personnels et un salon accueillant tout au long de leur séjour, les patientes opérées avec Anesthésie Locale uniquement.

Les patientes entraient au fil de l'eau, 2h avant l'heure de l'intervention pour celles prévues à partir de 9h. Pour les interventions programmées avant, les patientes entraient à l'ouverture de l'UCA, soit 7h. L'équipe paramédicale se référait à l'heure du PADSS pour faire sortir les patientes.

## **V. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE :**

Il s'agissait d'une étude observationnelle, mono centrique, se déroulant sur une période de 4 semaines, du 25 février au 22 mars 2019, portée sur 54 patientes. Afin d'évaluer la durée de séjour, l'équipe paramédicale de l'UCA recueillait manuellement, à l'aide d'un tableau (annexe 2) les critères d'évaluation. Le tableau était pré renseigné avec sélection des patientes (selon les critères d'inclusion) une semaine à l'avance avec le programme pré opératoire, et déposé chaque jour au bureau infirmier.

A partir des horaires renseignés, l'étude consistait à calculer la Durée Moyenne de Séjour totale, entre chaque étapes pré, per et post opératoire par patiente (et /ou par domaine d'intervention); et d'évaluer l'organisation d'aptitude de mise à la rue. Les durées heure/minute étaient converties en heure, afin de faciliter les calculs.

Par la suite, d'autres renseignements concernant les patientes étaient recherchés, via le Dossier Patients Partagés : le score ASA, le temps passé entre l'entrée et la prise en charge des patientes par l'équipe paramédicale.

# RÉSULTATS

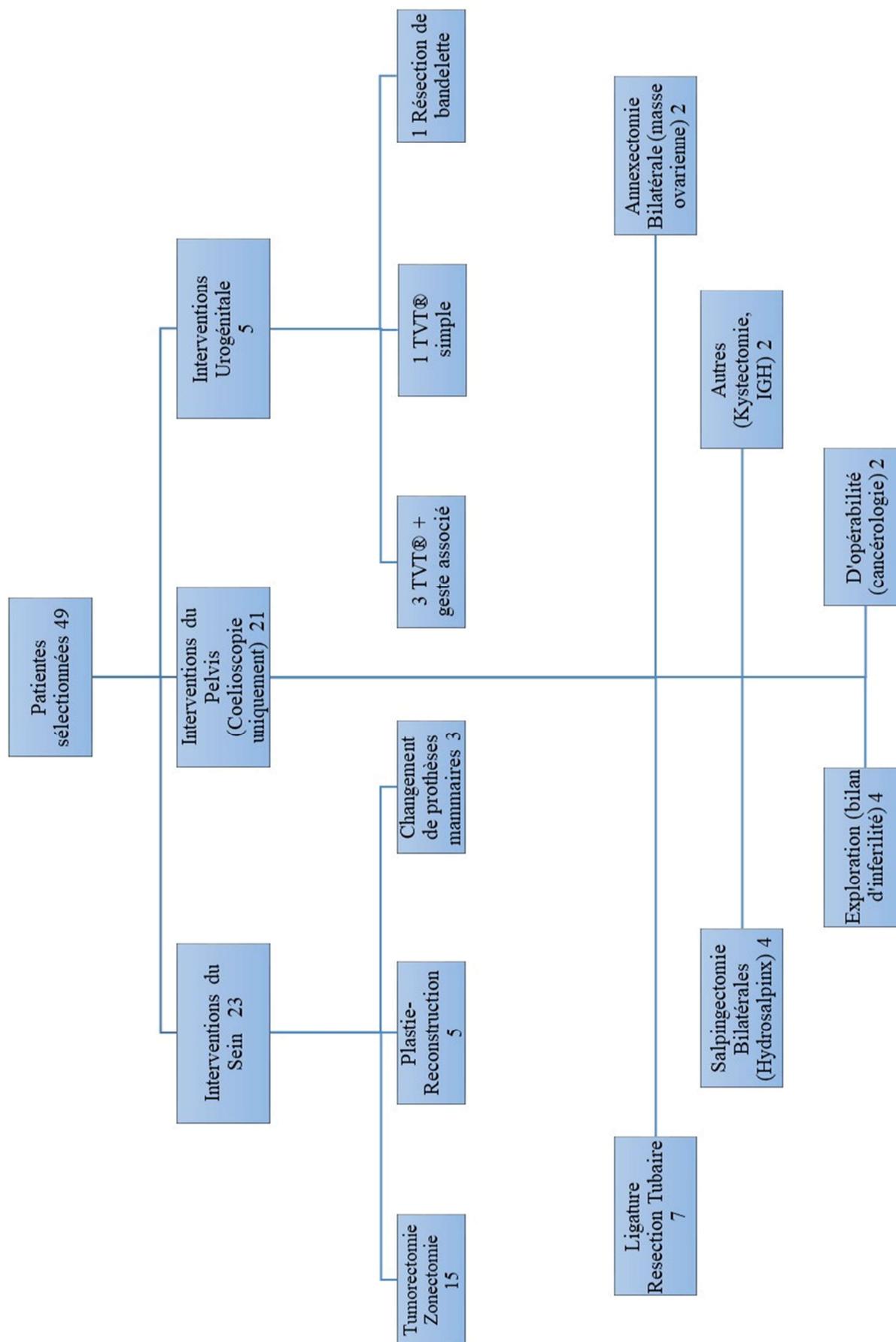
## **I. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTES :**

Durant la période d'inclusion, 54 patientes étaient sélectionnées. Trois patientes ont été exclues avant enquête, 1 pour annulation, 2 pour réorientation en Hospitalisation Traditionnelle après décision du staff (après sélection anticipée à la semaine) et 2 après enquête pour transfert en Hospitalisation Traditionnelle sans repasser par l'UCA en post SSPI (1 pour décision le matin de l'intervention de maintenir une surveillance la nuit par le médecin anesthésiste, intervention débutante dans la prise en charge en UCA et 1 pour bloc trop tardif).

Les résultats ont été anonymés par ordre de récupération puis, puis par type d'intervention et entrés dans un tableur Excel®.

Les patientes incluses avaient entre 21 et 86 ans, avec une médiane de 46 ans ; et présentaient des scores ASA de 1 à 3 (respectivement 64%, 28%, 4% et 4% non retrouvés). Le type d'anesthésie était de 96% pour une générale et 4% pour une locorégionale de type rachi anesthésie. La répartition des patientes en fonction de la spécificité d'intervention était récapitulée comme suit :

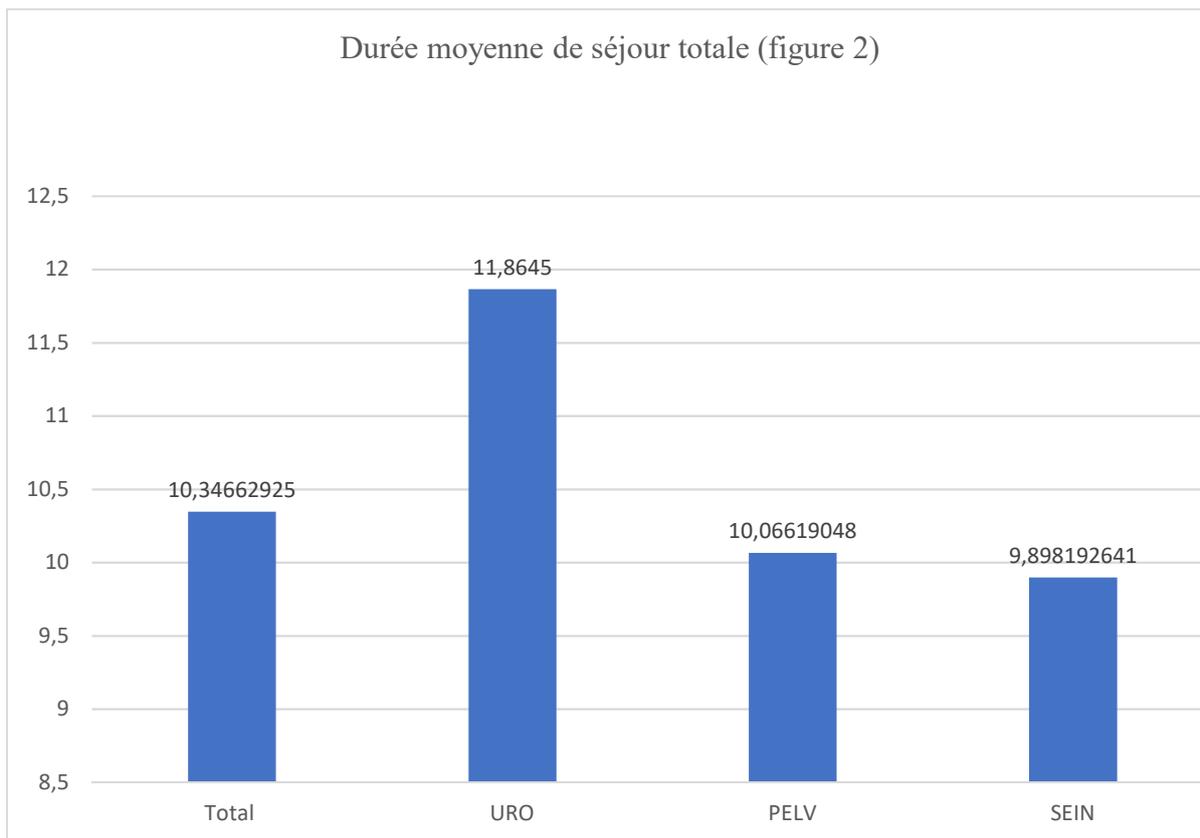
Nombre de Patientes et Types de Chirurgie (figure 1)



## II. ANALYSE DE LA DMS :

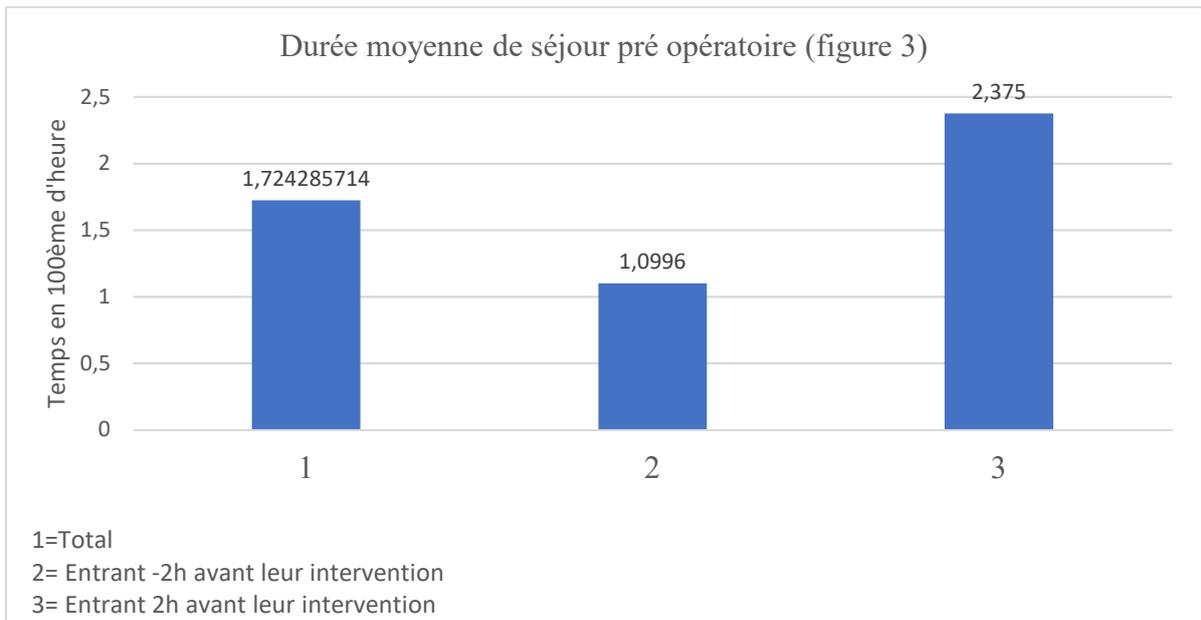
### 1. La DMS totale :

La DMS, était calculée de façon globale, puis pour chaque spécificité d'intervention afin d'apprécier s'il existait une différence entre chaque.

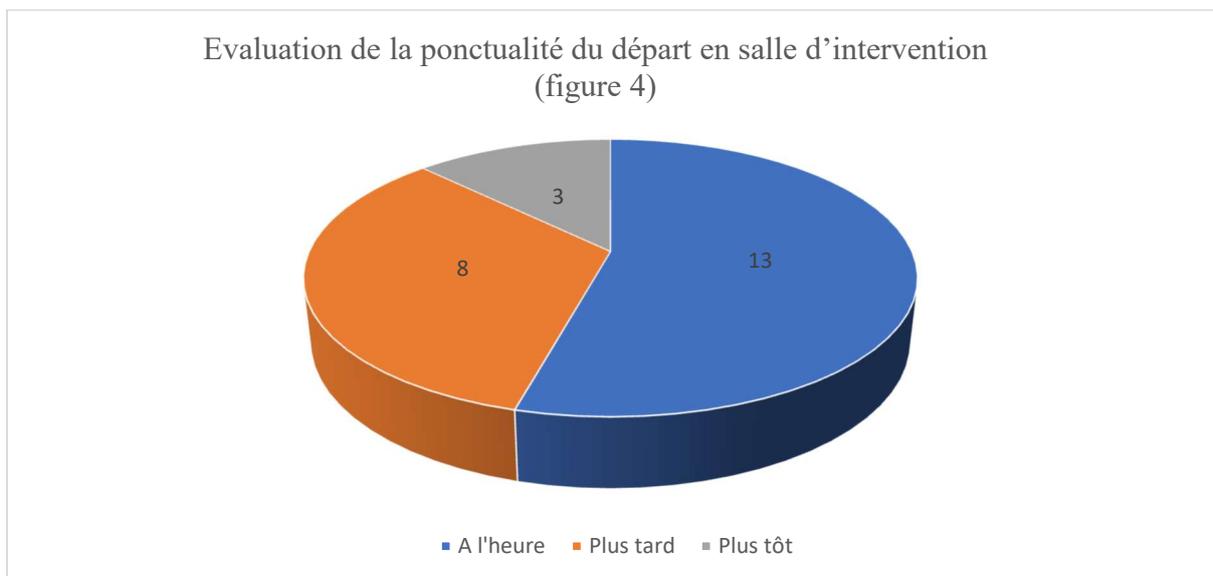


### 2. La durée moyenne préopératoire :

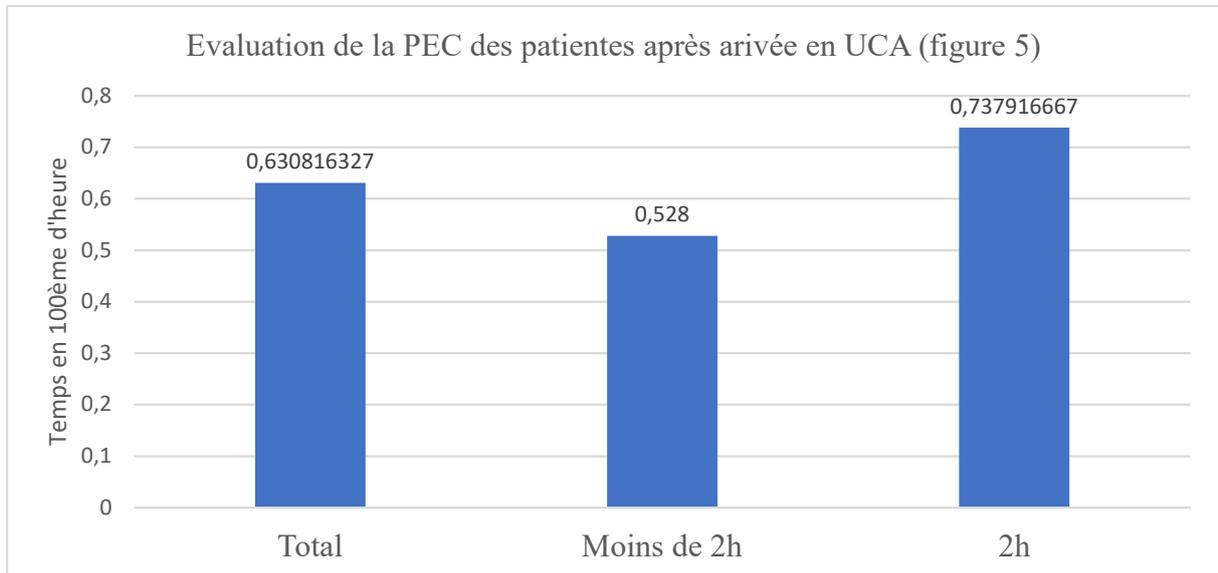
La durée moyenne préopératoire était comprise entre l'heure d'arrivée de la patiente jusqu'à son départ en salle d'intervention, soit 2 heures théorique selon l'organisation de service. La DMS préopératoire totale respectait quasiment cette période (figure 3).



L'UCA n'ouvrant qu'à 7h, une patiente sur deux, soit 25, rentrait **moins de 2 heures avant**, leur intervention (celle-ci étant prévue avant 9h). Pour les 24 patientes restantes, la durée réelle a été approfondie, afin de savoir si l'heure de passage au bloc était respectée (figure 4).

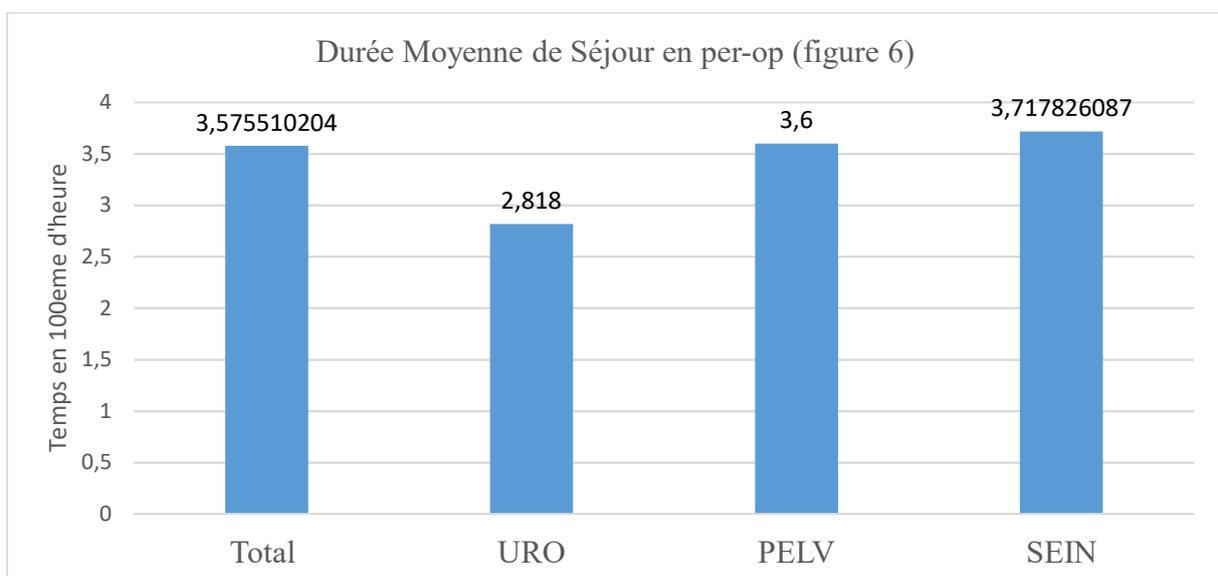


Le temps entre l'arrivée et la préparation des patientes (incluant l'entretien d'accueil), a également été calculé (figure 5) pour connaître le délai de prise en charge.



### 3. La durée moyenne peropératoire :

Les chirurgies du sein étaient plus longues, car nécessitaient pour la plupart, un temps d'anatomopathologie en direct, ainsi que celles du pelvis qui elles nécessitaient un temps d'installation plus long (figure 6).

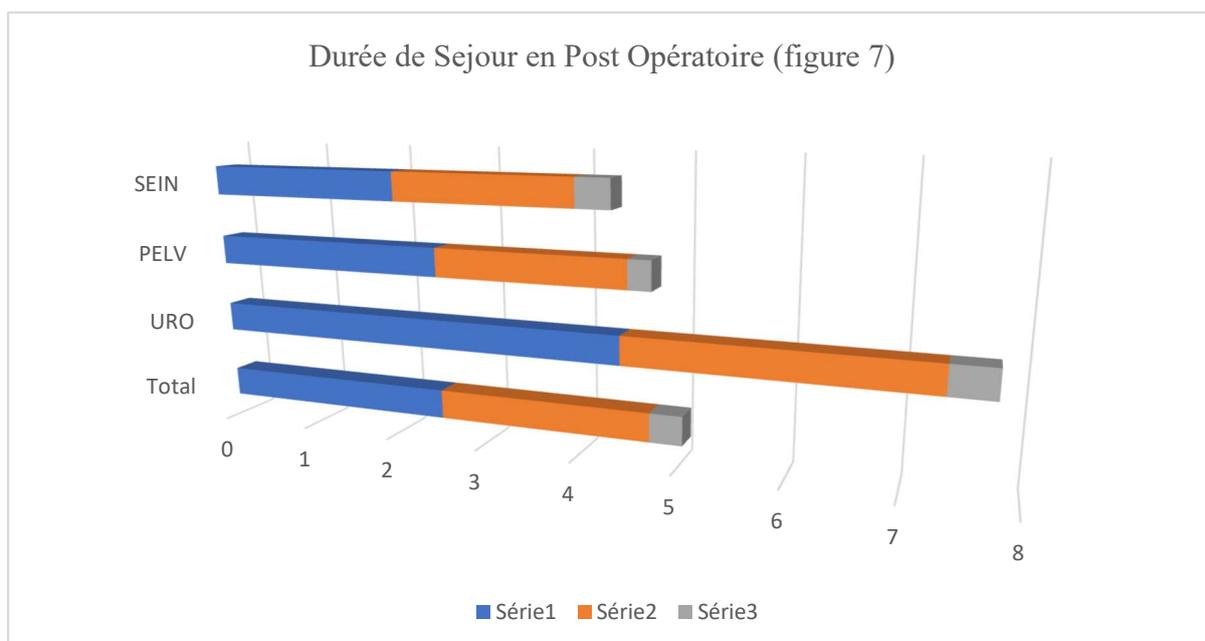


#### 4. La durée moyenne post opératoire :

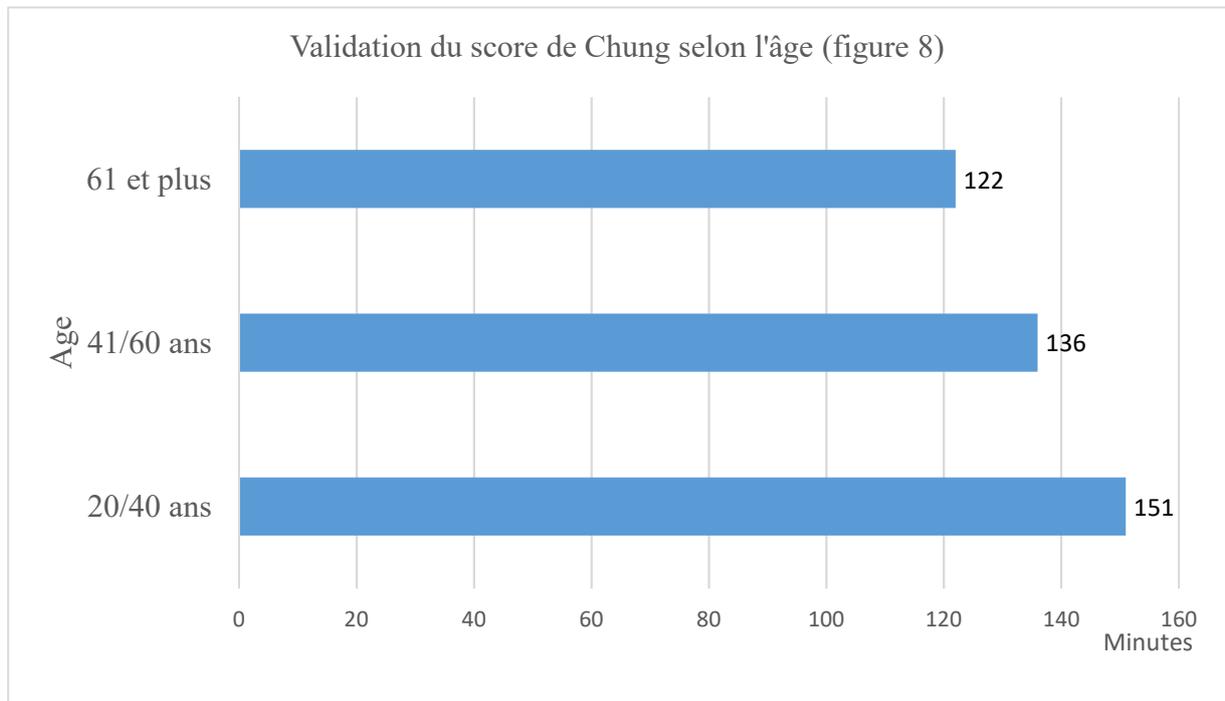
Cette période était divisée en trois temps (figure 7) :

- ✓ Le retour bloc au score de Chung validé (Série1)
- ✓ Le score de Chung validé et passage du médecin (Série2)
- ✓ Le passage du médecin et la sortie de la patiente (Série 3)

Ceci dans le but d'évaluer à partir de quand la patiente pourrait être mise en salon de sortie. Pour les chirurgies urogénitales, le score de Chung était calculé en tenant compte de la surveillance chirurgicale qui demandait de quantifier les 2 premières mictions avec un contrôle pour la dernière du résidu post mictionnel à l'aide du Bladder Scan. La reprise de miction était également surveillée pour les chirurgies pelviennes, elle se faisait pour toute quasiment au moment du 1<sup>er</sup> lever.



Le score de Chung différait légèrement en fonction de la tranche d'âge des patientes avec une différence de 29 minutes entre les extrêmes (figure 8)



### III. ORGANISATION DE LA SORTIE DES PATIENTES :

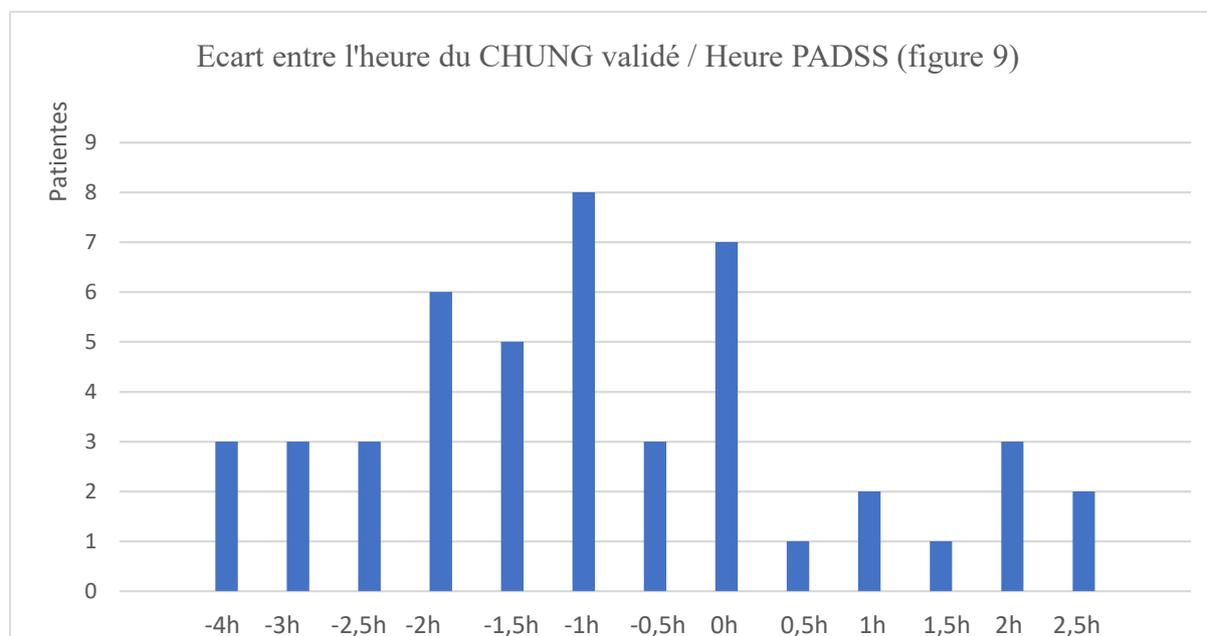
La sortie était effectuée par :

- ✓ L'interne : 27 fois
- ✓ Le chirurgien : 14 fois
- ✓ Non retranscrite : 7 fois, les patientes basculent en HC, mais restent sortantes.
- ✓ Autre : 1 fois, la patiente était transférée en H T pour complication post opératoire.

Les médecins passaient :

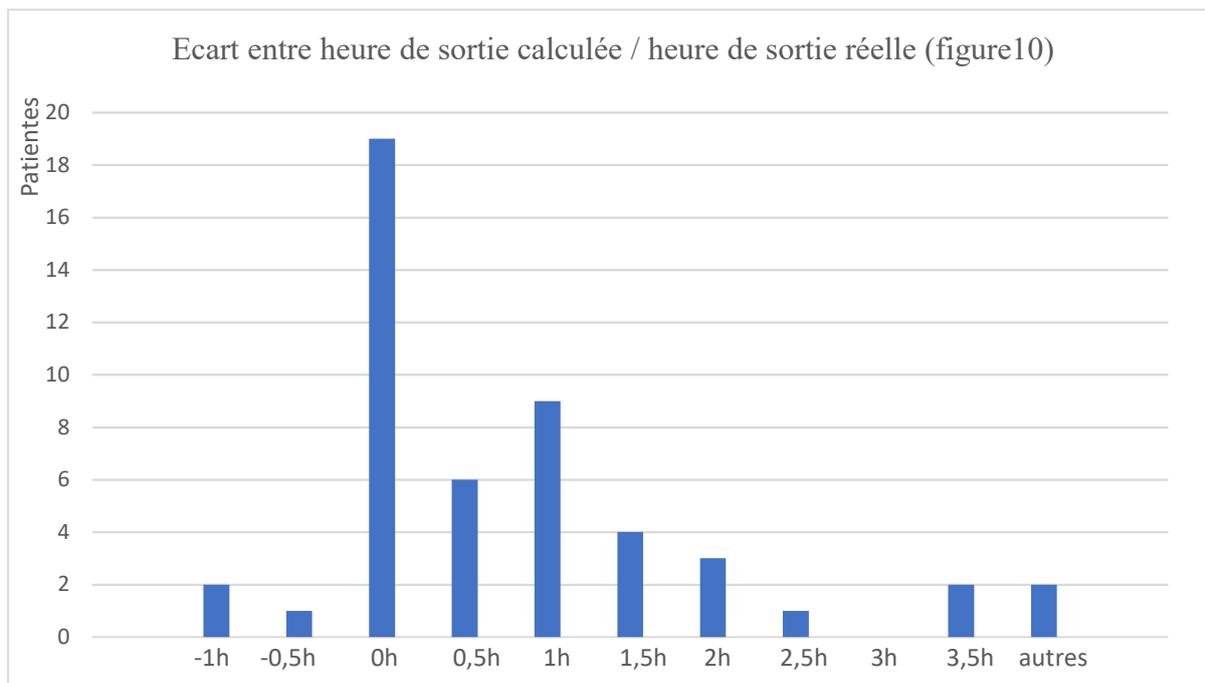
- ✓ Avant l'heure du Chung validé : 12 fois
- ✓ Avant l'heure de sortie, PADSS : 9 fois
- ✓ Juste à l'heure : 2 fois
- ✓ Après l'heure : 18 fois
- ✓ Non retranscrite : 7 fois
- ✓ Autres 1 fois où la patiente était transférée en HT

Il existait une différence entre l'heure du Chung validée et l'heure calculée de sortie via le PADSS (figure 9),



Dans 57 % des cas, les patientes sont sorties plus tard que l'heure estimée par le PADSS, avec une différence de peu pour la plupart entre l'heure de PADSS et la sortie réelle (figure 10) :

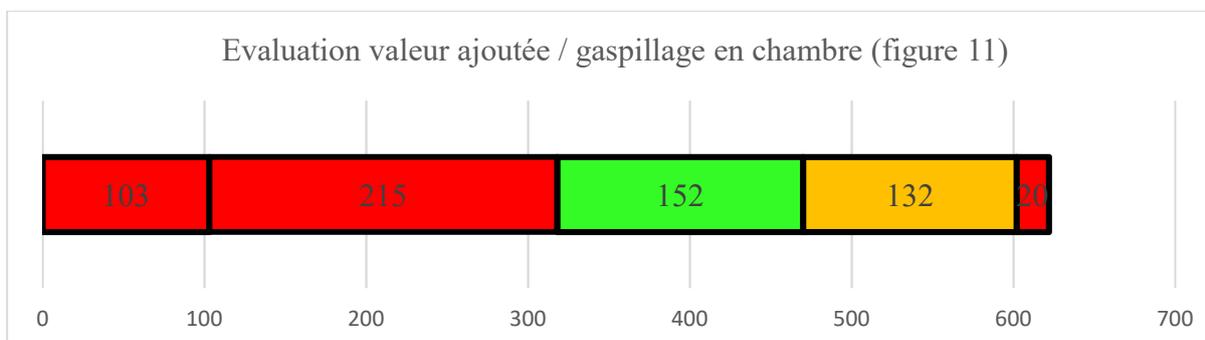
- ✓ 11 pour attente de validation de sortie par un médecin,
- ✓ 8 pour raisons non justifiées,
- ✓ 4 pour douleur,
- ✓ 2 pour attente de miction,
- ✓ 1 pour difficulté de déambulation,
- ✓ 2 pour autres raisons (1 transfert en HT et 1 PADSS non demandé, mais sortie validée par l'interne de chirurgie après un score de Chung validé à +3 heures 15 minutes)



#### IV. VALEUR AJOUTEE/ GASPILLAGE :

La DMS globale était de **10h22**. Elle se divisait en plusieurs périodes :

- Préopératoire : **1h43**
- Peropératoires : **3h35**
- Période post opératoire se constituait en 3 étapes :
  - ✓ Retour bloc à la validation du score de Chung : **2h32**
  - ✓ Validation du Chung à la visite du médecin : **2h12**
  - ✓ Visite du médecin à la sortie : **20 minutes**



# **DISCUSSION**

## **I. PERIODE PREOPERATOIRE :**

Les patientes passaient en moyenne **1h43** dans leur chambre de l'arrivée, jusqu'au moment d'aller en salle d'intervention

- 1h06 pour les patientes entrants moins de 2h avant,
- 2h23 pour les patientes entrants normalement 2h avant

Elles étaient prêtes en moyenne en 38 minutes ; en 44 min pour celles entrant dans les 2 heures imparties selon l'organisation de service. Pour ces dernières, dans 87% des cas le passage en salle d'intervention était ponctuel ou peu retardé (figure 4). Il pourrait être envisager de diminuer ce délai de 2 heures et faire entrer les patientes plus tardivement. Ceci permettrait un temps d'attente (parfois anxiogène) moindre pour les patientes.

Cette période préopératoire pourrait se passer dans un salon d'entrée, il faudrait alors envisager pour l'organisation de service :

- Un vestiaire avec des casiers sécurisés pour les patientes afin ne pas monopoliser le salon d'accueil et répéter le même schéma actuel qui se passe en chambre
- Un bureau d'accueil pour respecter l'intimité lors de l'entretien et de la prise des constantes à l'arrivée.

Le retard avant départ en salle d'intervention n'était constaté que pour 1/3 des patientes en moyenne, avec une médiane d'1h18 (annexe 3), celui-ci ne surchargerait peu ou pas le salon d'entrée.

## **II. PERIODE PEROPERATOIRE :**

Actuellement les chambres sont occupées inutilement par les affaires des patientes pendant **3h35** en moyenne. Période où ces affaires pourraient continuer d'être ranger dans un casier sécurisé, en salle de vestiaire.

## **III. PERIODE POST-OPERATOIRE :**

Les patientes se rétablissaient assez rapidement avec une moyenne de **2h32**, temps important et nécessaire de surveillance **en chambre**. De manière surprenante l'écart de 29min, selon la tranche d'âge et la validation du score de Chung, était en faveur des patientes âgées de 60 ans et plus.

En analysant de façon plus détaillée, il était constaté que les patientes opérées du sein validaient un score de Chung au bout de 2h06 en moyenne contre 4h26 pour les interventions sur l'appareil urogénitale.

Ceci s'explique par la nécessité de contrôler la reprise de 2 mictions spontanées, il convient donc de maintenir ces interventions en début de programme afin de ne pas retarder leur sortie voire risquer un transfert en HT.

L'heure de sortie calculée via le PADSS était souvent surévaluée, comparativement au score de Chung validé par les patientes. Toutefois les patientes sortaient souvent plus tard que l'horaire estimé. Ceci s'expliquait le plus souvent par un passage tardif du médecin pour validation de la sortie.

Pour pallier ce retard, les internes de chirurgie se déplaçaient dans un peu plus de la moitié des cas. Le temps passé entre le passage du médecin et la sortie est en moyenne de 20 minutes (soit pour attente de validation de l'horaire du PADSS, soit pour organisation de service).

Si un salon de sortie était mis en place, les patientes pourraient y aller dès la validation de leur score de Chung, elles quitteraient donc leur chambre et patienteraient **2h32** avant leur sortie dans ce salon.

Mais si l'on considère que les patientes ne seraient sortantes de leur chambre qu'après avoir vu le médecin, alors elles y passeraient **20 minutes**.

A noter, que le bureau d'accueil pour entretien le matin avec les patientes à l'arrivée, devrait être libre. Il permettrait ainsi au médecin de s'entretenir avec la patiente en toute discrétion si cette dernière se trouvait en salon au moment de la visite.

# CONCLUSION

L'activité de chirurgie ambulatoire ne va cesser d'augmenter dans les années à venir.

La mise en place de moyens tels que des salons d'accueil et de sortie, permet ainsi d'optimiser le séjour de la patiente. En effet dans cette étude, seul 20% du séjour patient présente une valeur ajoutée, avec un temps nécessaire en chambre.

Ils permettraient ainsi probablement d'améliorer la qualité du turnover des patientes et donc de leur prise en charge plus cadrée et sécurisée, en prenant en considération l'activité grandissante.

Ceci induirait de la part de l'équipe de l'UCA un changement des pratiques, souvent difficile à accepter, car il bouleverse l'expérience en hospitalisation traditionnelle, bien ancrée.

Toutefois, le personnel paramédical reste juge du passage en salon de sortie, ce qui peut être rassurant. Il faut aussi penser à la place du patient, cela peut minimiser l'intimité mais également de façon positive l'anxiété qui est parfois générée par « l'attente seule dans une chambre, entre 4 murs blancs avant une intervention » et pourrait permettre un échange convivial entre patientes dans un lieu aménagée agréablement, tout ceci dans une optique de marche avant.

Au vu de cette analyse, il pourrait être désormais intéressant de faire une étude comparative lorsque que des salons seront mis en place au sein de l'UCA (prévu pour fin 2019, début 2020) afin de savoir si cela permettrait d'optimiser la gestion des flux des patients avec l'activité croissante. Et pour approfondir le sujet, faire une étude de satisfaction des patients et du personnel, sur la mise en place de la marche en avant. Plus précisément, avec pour chacun, ses sources de confort et d'inconfort identifiées ainsi que les moyens concrets qui pourraient être mis en œuvre pour y palier afin d'essayer d'optimiser encore cette prise en charge et de tendre vers une satisfaction maximale.

# REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier :

- ✓ Le CHRU de Tours de m'avoir accordé l'accès à cette formation
- ✓ L'équipe enseignante de cette formation ainsi que leurs intervenants pour leur apport de leur savoir dans le domaine de l'ambulatoire et autre connaissance
- ✓ L'équipe paramédicale de l'unité de chirurgie ambulatoire de gynécologie de Tours qui a consacré, en plus de leur travail quotidien, du temps à l'enquête
- ✓ Mes amies de promotion, pour ces beaux moments partagés
- ✓ Ma famille et mes ami(e)s qui m'ont soutenu dans le parcours de cette formation, en particulier ma mère toujours aidante dans la construction technique du mémoire et mon conjoint toujours présent dans les périodes de doute à qui j'exprime mon affection et ma gratitude

*Je tenais à dédier ce mémoire, à ma meilleure amie, Perrine, partie trop tôt, qui m'a toujours  
poussé et motivé dans mes projets.*

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Efficacité d'une méthode de programmation échelonnée sur la fluidité du parcours patient et l'utilisation des ressources d'une unité de chirurgie ambulatoire. Annales française d'anesthésie-réanimation : communication libre, 2011, Marchand-Maillet F.
- Haute Autorité de Santé. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire- Socle de connaissances, Synthèse. Paris : HAS, 2012 - Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1242334/chirurgie-ambulatoiresocle-de-connaissances](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242334/chirurgie-ambulatoiresocle-de-connaissances)
- Fédération Hospitalière Privée/Médecine Chirurgie Obstétrique : Enquête SFAR- OPERA Organisation PERiopératoire de l'anesthésie et de la chirurgie Ambulatoire, Avril 2015 – Disponible sur : [http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2015/06/SFAR-OPERA\\_Avril-2015.pdf](http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2015/06/SFAR-OPERA_Avril-2015.pdf)
-

# ANNEXES

## Annexe 1 : Score de PADSS

Score PADSS (Postanesthetic Discharge Scoring System)	
<b>A remplir par le médecin</b>	<input type="radio"/> La sortie anticipée est autorisée pour un score > ou égal à 9 <input checked="" type="radio"/> La sortie anticipée est autorisée pour un score > ou égal à 9 + l'avis du médecin
	<b>Date et heure de sortie</b> 27/02/2019 1500
<b>Signes vitaux</b> Les constantes vitales (fréquence cardiaque et pression artérielle) doivent être stables et en accord avec l'âge du patient et l'état préopératoire.	<input type="radio"/> Variations < 20% par rapport au niveau préopératoire <input type="radio"/> Variations comprises entre 20 et 40% <input type="radio"/> Variations > 40%
<b>Déambulation</b> Le patient doit être capable de marcher comme en préopératoire.	<input type="radio"/> Démarche stable, sans étourdissement, ou comparable à l'état <input type="radio"/> Marche avec aide <input type="radio"/> Marche impossible
<b>Nausées et/ou vomissements :</b>	<input type="radio"/> Minimales <input type="radio"/> Modérées <input type="radio"/> Sévères (malgré un traitement)
<b>Douleurs</b> Le patient ne doit pas être douloureux (ou faiblement) avant de sortir. Le niveau de douleur doit être acceptable par le patient; la douleur doit être contrôlable par des analgésiques oraux.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Acceptabilité :</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Saignement chirurgical</b> Le saignement postopératoire doit correspondre à celui attendu pour la procédure chirurgicale réalisée.	<input type="radio"/> Minimale (pas de réfection du pansement) <input type="radio"/> Modérée (une à deux réfections du pansement) <input type="radio"/> Sévère
	<b>Score</b> <input type="text"/>
<b>Commentaire</b>	<input type="text"/>





A L'INTENTION DE L'EQUIPE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE :  
ASH, AS, BRANCARDIERS, IDE, ETUDIANT(E)S

Dans le cadre de mon mémoire au DU de Chirurgie Ambulatoire, je vous invite à participer à une enquête sur la Durée Moyenne de Séjour en ambulatoire en renseignant ce tableau recto-verso.

Il a un intérêt quantitatif de prime abord, mais le taux d'ambulatoire allant augmenter, il vise plutôt la qualité. C'est pour cela que votre retour est important afin de mieux répondre à l'amélioration de la prise en charge des patient(e)s en ambulatoire.

Il devrait vous prendre environ 20 min par jour de façon échelonnée (5min le matin, 15 min l'après-midi). En effet seulement quelques patientes sur la totalité de la journée sont retenues.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me joindre par mail ([a.lebehec@chutours.fr](mailto:a.lebehec@chutours.fr)) ou directement selon mon planning :

Merci d'avance pour votre participation !

Aurore

<b>INTERVENTION</b>	<b>Anesthésie</b>	<b>ASA</b>	<b>AGES</b>	<b>Patientes N°</b>	<b>Tps attente avant PEC (HEURE)</b>	<b>Tps entre PEC et bloc</b>	<b>Durée en H entre E et B</b>	<b>Durée en H au bloc</b>	<b>Durée en H entre retour B et Chung</b>	<b>Durée en H Chung et appel chir</b>	<b>Durée en H appel et passage</b>	<b>Durée en H passage chir et sortie</b>	<b>DMS globale</b>	<b>Durée entre passage chir et S prévue au PADDSS en HEURE</b>
TVT coelio SFV/Salping bilat	AG	1	46	P13	0,87	0,13	1	4	5,33	0	1,83	0,17		1,33
TVT cystoscopie Pose DIU	RA	1	46	P31	0,27	0,56	0,83	2,67	5	1	3,17	0		non éval, chung + tard que PADDSS
resection proth vag	AG	1	63	P36	1,32	1,92	2,25	1,75	1,5	1,25	1,58	0		1,33
TVT Cysto Retrait nodules vulve + lèvres	AG	2	63	P37	0,33	0,27	0,5	3	6,33	1,25	1,58	1,5		non éval, crit. De S+ tard que PADDSS
TVT	RA	1	49	P45	0,6	1,23	1,83	2,67	4	/	Passé avt H de S prévue	/		-0,25

Annexes 4 : Tableau Excel des données de l'étude

<b>INTERVENTION</b>	<b>Anesthésie</b>	<b>ASA</b>	<b>AGES</b>	<b>Patientes N°</b>	<b>Tps attente avant PEC (HEURE)</b>	<b>Tps entre PEC et bloc</b>	<b>Durée en H entre E et B</b>	<b>Durée en H au bloc</b>	<b>Durée en H entre retour B et Chung</b>	<b>Durée en H Chung et appel chir</b>	<b>Durée en H appel et passage</b>	<b>Durée en H passage chir et sortie</b>	<b>DMS globale</b>	<b>Durée entre passage chir et S au PADDSS en HEURE</b>
Chgt proth Lipomod Coelio : retrait essure	AG	3	55	P1	0,78	0,64	1,42	6,42	2,67	?	passé avt chung validé (int)	0		non éval, chung + tard que PADDSS
Coelio Annex Bilat	AG	1	53	P2	0,63	1,87	2,5	4,17	3,33	?	/	0,17		?
Coelio opé	AG	2	69	P3	0,55	0,7	1,25	3,75	2,5	0,92	0,42	0,17		-0,17
Coelio opé	AG	2	76	P4	1,03	0,22	1,25	3,17	1	3,42	0,42	0		-0,17
Coelio LRT	AG	1	43	P5	1,18	1,49	2,67	2	2,5	/	passé avt chung validé (int)	/		-2,5
Coelio bleu Drilling ov H° diag	AG	1	33	P7	1,18	0,65	1,83	3,17	4,5	/	passé avt chung validé	/		-1,5



coelio LRT	AG	1	41	P29	0,27	3,23	3,5	3,33	2,5	/	Perte info dès transfert HC	S à 19h55		?						
coelio salping bilat	AG	1	32	P30	0,85	0,65	1,5	4,42	3,58	/	Passé avt chung validé	/		-2						
coelio LRT	AG	1	41	P33	0,17	0,17	0,33	3,42	1,5	/	Passé avt H de S prévue	/		-1,5						

<b>INTERVENTION</b>	<b>Anesthésie</b>	<b>ASA</b>	<b>AGES</b>	<b>Patientes N°</b>	<b>Tps attente avant PEC (HEURE)</b>	<b>Tps entre PEC et bloc</b>	<b>Durée en H entre E et B</b>	<b>Durée en H au bloc</b>	<b>Durée en H entre retour B et Chung</b>	<b>Durée en H Chung et appel chir</b>	<b>Durée en H appel et passage</b>	<b>Durée en H passage chir et sortie</b>	<b>DMS globale</b>	<b>Durée entre passage chir et S prévue au PADSS en HEURE</b>
coelio salping	AG	?	49	P38	0,25	0,25	0,5	4,25	2	/	Passé avt H de S prévue	/		-0,5
coelio LRT	AG	1	30	P40	0,42	1,66	2,08	3,25	1	/	Passé avt chung validé	/		-3
coelio Annexi	AG	2	70	P42	0,45	0,88	1,33	3,67	3	/	Passé avt H de S prévue	/		-0,75
Coelio EXPLO	AG	1	28	P44	0,43	1,49	1,92	2,83	3	0	Accord par tel (h?)	?		?

Coelio EXPLO	AG	1	33	P46	0,32	1,18	1,5	2,83	2,67	/	Passé avt chung validé	/	-2,5
Coelio/ igh adhésiolyse et lavage	AG	1	21	P48	1	2,92	3,92	3,75	3,25	/	Perte info dès transfert HC	/	?
Coelio LRT	AG	1	40	P49	0,6	0,07	0,67	2,5	1,75	/	Passé avt H de S prévue	/	-1

INTERVENTION	Anesthésie	ASA	AGES	Patientes N°	Tps attente avant PEC (HEURE)	Tps entre PEC et bloc	Durée en H entre E et B	Durée en H au bloc	Durée en H entre retour B et Chung	Durée en H Chung et appel chir	Durée en H appel et passage	Durée en H passage chir et sortie	DMS globale	Durée entre passage chir et S prévue au PADSS en HEURE
Lipomod Fasciotomie Retrait PAC	AG	2	41	P6	1,02	0,8	2	4,5	2	?	0,5	0		0
Chgt proth Dte	AG	2	74	P9	0,15	0,35	0,5	3,5	2	pas appelé	3	0		1
lipomod S G	AG	2	68	P10	0,63	0,37	1	3,5	2	/	1,5	2		-1,5
Chgt proth G Reprise mammoplastie dte	AG	2	61	P12	0,63	0,37	1	5	/	/	sortie à J2	/		/

Zonectomie Geche (reperage matin:lundi)	AG	2	58	P15	1,87	5,13	7	4	2	/	Perte info dès transfert HC	?	?
Tumo GS G Pose PAC D	AG	1	26	P16	0,88	0,62	1,5	3,5	3	0,67	0,58	0	1,25
Zonnect GG G	AG	1	54	P17	0,18	0,07	0,25	5,75	1,5	1,33	1,17	0	1,5

<b>INTERVENTION</b>	<b>Anesthésie</b>	<b>ASA</b>	<b>AGES</b>	<b>Patientes N°</b>	<b>Tps attente avant PEC (HEURE)</b>	<b>Tps entre PEC et bloc</b>	<b>Durée en H entre E et B</b>	<b>Durée en H au bloc</b>	<b>Durée en H entre retour B et Chung</b>	<b>Durée en H Chung et appel chir</b>	<b>Durée en H appel et passage</b>	<b>Durée en H passage chir et sortie</b>	<b>DMS globale</b>	<b>Durée entre passage chir et S prévue au PADSS en HEURE</b>
zonectomie Geche	AG	1	60	P18	0,5	1	1,5	2,75	2,5	/	Passé pile H de la S	0		0
zonectomie D	AG	2	71	P19	0,7	0,8	1,5	3,67	2	/	0,33	1,5		-0,5
Chgt proth G	AG	2	63	P20	0,48	1,35	1,83	3,42	2,5	0	1	0		0
zonectomie Geche	AG	1	29	P21	0,87	1,13	2	3,17	1,5	1,17	1	0		1

tumo G adenofibrome	AG	1	22	P22	0,37	1,8	2,17	3,25	1,5	/	passé avt chung validé	/	-1,5
tumo G	AG	2	79	P23	0,37	0,13	0,5	3,5	2,5	/	passé avt chung validé	/	0,5
zonect GG bilat	AG	2	73	P24	0,42	2,91	3,33	4,67	2	/	Perte info dès transfert HC	?	?
plastie aréole Greffe perin + mamelon jbeau local G	AG	1	35	P27	0,25	0,08	0,33	3,5	1	1,83	0,17	0,17	-0,17
zonectomie Gche	AG	3	86	P28	0,35	1,98	2,33	3	1,5	1	1,08	0,25	1,33

INTERVENTION	Anesthésie	ASA	AGES	Patientes N°	Tps attente avant PEC (HEURE)	Tps entre PEC et bloc	Durée en H entre E et B	Durée en H au bloc	Durée en H entre retour B et Chung	Durée en H Chung et appel chir	Durée en H appel et passage	Durée en H passage chir et sortie	DMS globale	Durée entre passage chir et S prévue au PADSS en HEURE
tumo GG G Pose PAC D	AG	?	54	P32	0,57	2,25	2,42	3,92	3	/	passé avt chung validé	/		-2,5

reprise mammoplastie D	AG	1	57	P34	1,05	0,62	1,5	5	2,5	0,5	0,5	0,33	0
tumo D	AG	1	27	P35	0,88	1,93	3,25	3,25	3,5	/	passé avt chung validé	/	0,5
Tumo D	AG	1	36	P39	0,42	1,83	2,25	3,5	2	/	Passé avt chung validé	/	-1,5
Zonectomie	AG	1	45	P41	0,63	0,37	1	3	2	/	Passé avt H de S prévue	/	-1,33
Zonectomie GG	AG	1	63	P43	0,85	0,9	1,75	3,83	2,5	/	Passé avt chung validé	/	-1,25
reprise cicat péri aérol D G	AG	1	65	P47	0,2	0,8	1	2,33	1	/	Passé avt H de S prévue	/	-1,75

<b>INTERVENTION</b>	<b>Anesthésie</b>	<b>ASA</b>	<b>AGES</b>	<b>Patientes N°</b>	<b>Tps attente avant PEC (HEURE)</b>	<b>Tps entre PEC et bloc</b>	<b>Durée en H entre E et B</b>	<b>Durée en H au bloc</b>	<b>Durée en H entre retour B et Chung</b>	<b>Durée en H Chung et appel chir</b>	<b>Durée en H appel et passage</b>	<b>Durée en H passage chir et sortie</b>	<b>DMS globale</b>	<b>Durée entre passage chir et S prévue au PADSS en HEURE</b>
tumo GG G Pose PAC D	AG	?	54	P32	0,57	2,25	2,42	3,92	3	/	passé avt chung validé	/		-2,5

reprise mammoplastie D	AG	1	57	P34	1,05	0,62	1,5	5	2,5	0,5	0,5	0,33	0
tumo D	AG	1	27	P35	0,88	1,93	3,25	3,25	3,5	/	/	/	0,5
Tumo D	AG	1	36	P39	0,42	1,83	2,25	3,5	2	/	/	/	-1,5
Zonectomie	AG	1	45	P41	0,63	0,37	1	3	2	/	/	/	-1,33
Zonectomie GG	AG	1	63	P43	0,85	0,9	1,75	3,83	2,5	/	/	/	-1,25
reprise cicat péri aérol D G	AG	1	65	P47	0,2	0,8	1	2,33	1	/	Passé avt H de S prévues	/	-1,75

INTERVENTION	Anesthésie	ASA	AGES	Patientes N°	Tps attente avant PEC (HEURE)	Tps entre PEC et bloc	Durée en H entre E et B	Durée en H au bloc	Durée en H entre retour B et Chung	Durée en H Chung et appel chir	Durée en H appel et passage	Durée en H passage chir et sortie	DMS globale
					0,6308	1,115	1,724	3,58	2,52417	1,056	1,14333	0,32333	10,347
					0,678	0,822	1,282	2,82	4,432	0,875	2,04	0,4175	11,8645
					0,631	1,092	1,722	3,6	2,52381	1,46	0,53	0,23	10,066

