



COTRIM du mardi 07 Mai 2024

Compte rendu

ETAIENT PRESENTS :

M. BALIHAUT Lucas	Interne à l'ARS NA
M. BEY Michel	Représentant FNEHAD
Dr. BERGEAL	Médecin DIM, GH La Rochelle-Ré-Aunis
Dr CANEL-ATBIR Marie-Audrey	Médecin DIM au GHT 47
Dr CHAUMET Xavier	Médecin DIM du CH de Saintonge
Dr CHOMON Frédéric	Médecin DIM pour le groupe de santé CliniFutur
M. COUPEZ Laurent	Responsable du pôle études et statistiques, ARS NA
Dr. DESMAISON Gilles	Médecin DIM pour le groupe Francheville
Dr. DUSFRESNE Mélanie	Suppléant – Médecin DIM au CH de Périgueux
Dr EL FAROUKI Kamal	Médecin conseil à l'ARS NA et vice-président du COTRIM
Dr ETTORCHI Amina	Médecin DIM GBNA et vice-présidente du COTRIM
Dr EYMERI Manuel	Médecin DIM au GHT du Limousin - Président du COTRIM
M. FAUGERE Laurent	DAF – CH Niort – Représentant FHF
Mme GROS Gaël	Chargée d'études statistiques, ARS NA
Dr LANGLOIS-GEY Véronique	Médecin DIM au CH Esquirol
Mme LAVIGNASSE Valérie	Responsable du Pôle Financement des établissements de santé, ARS NA
Dr MILLER Daphnis	Médecin conseil à l'ARS NA
Dr NAFFRECHOUX Benjamin	Médecin DIM GBNA – Membre du bureau du COTRIM
Dr PERRET Florence	Médecin DIM au CRF de Salies de Béarn et à Marie Galène
Dr PULCI BEAUFIEAU Sophie	Suppléant - Médecin DIM du GCS du libournais, du CRF Les Grands Chênes, du CRF Napoléon
Dr REVIRON Denis	Médecin DIM GBNA
Dr SENIS Frédéric	Médecin DIM Pavillon de la Mutualité
Mme TAUZIN Charlotte	Chargée d'études statistiques, ARS NA – Chargée du secrétariat du COTRIM
Mme ZAMARON Sophie	DAF – CH Libourne – Représentant FHF

La polyclinique de Limoges, représentée par le Dr PATUREAU MIRAND Catherine, médecin DIM et membre titulaire du COTRIM, n'a pas souhaité participer à cette réunion. Les annonces du Ministre de la Santé dans le cadre de la campagne tarifaire des établissements de santé pour 2024 n'a pas trouvé de justification pour le secteur privé qu'elle représente. Cette mention est écrite à sa demande.

Les Dr. Eymeri et El Farouki introduisent la séance organisée en présentiel dans les locaux du siège de l'ARS et en visio-conférence en remerciant les présents.

Groupe de travail MCO : Plan d'assurance qualité

Retour d'expérience sur le Présentation faite par Dr Naffrechoux et Dr Chomon (cf. diaporama)

Le PLA pour le médecin DIM vient de la certification des comptes sous la responsabilité du commissaire aux comptes (CAC). Connue depuis longtemps dans le privé, depuis 2013 pour le public. D'autres contrôles existent par ailleurs.

Rappel des missions du CAC (cf définition). Le rappel de certification est transmis à l'ARS et à la chambre des comptes.

Le DIM est impacté car une partie des recettes vient de la T2A ou d'une déclaration d'activité. Il est le seul en charge des données plus personnelles de santé.

En 2018, la création d'un décret va modifier l'accès aux données de santé, introduisant des dérogations aux secrets professionnels, en donnant des accès au CAC mais également à des prestataires extérieurs. Ce décret a été annulé par le Conseil d'Etat en 2020 suite à une plainte du Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'accès aux données de santé doit se faire sous l'autorité d'un praticien responsable de l'information médicale. Le décret de 2018 sera modifié en juin 2023 pour prendre en compte ces remarques.

Retour d'expérience des Dr Abadie et Chomon pour savoir ce qui devait être fait ou non.

Pas de formalisme du PAQ (Plan d'assurance Qualité), même si existence d'un guide. Ce guide donne une vision globale mais ne peut pas être le contenu du PAQ-R. Il existe autant de DIM que de PAQ-R.

Sur la partie recette, le DIM n'est pas seul. T2A pour DIM, mais il y a d'autres éléments : FIR, MIG, dotations, redevances, ... pour lesquels le DIM n'a pas de contrôle.

Le PAQ-R est un document administratif qui peut sortir du cadre de l'établissement.

L'établissement choisit son CAC, qui choisit lui-même son DIM prestataire. Il est donc indirectement payé par l'établissement. Le DIM prestataire n'est pas obligatoire pour la certification des comptes, mais sa présence est requise si nécessité d'un retour au dossier.

Le DIM attaché au CAC n'est pas là pour effectuer un audit de ses confrères travaillant au sein de l'établissement : on recourt à lui pour la seule nécessité de retourner aux dossiers patient.

Proposition de travail :

A retenir : pas de surenchères, éviter les auto-flagellations, éviter de se substituer aux autorités de contrôle.

Un contenu minimum : un document, exhaustif (production, export, fichiers, rejets, SI, ...), expliquer le PAQ-R (contrôles a priori / a posteriori / les deux), fréquence, stratégie par la présence ou l'absence de risque, utilisation des outils accessibles (Visual Qualité, Ovalide, Visual Valo, ...)

Intervention X. Chaumet : Pas de modèle global car autant de DIM que de champs d'action. Les DIM ayant déjà un PAQ-R restent à disposition des collègues. Attentes dépendantes des commissaires aux comptes et des médecins DIM experts. Mission qui est là pour aider à améliorer les pratiques et optimiser les recettes et les calculs de risques (via matrice des risques notamment).

Parangonnage « Blocs opératoires et unités de chirurgie ambulatoire » (Dalphnis MILLER, ARS NA)

Contexte : Au national, 62,8% de taux de chirurgie ambulatoire. Le potentiel ambulatoire national a été calculé à environ 1,2 millions d'interventions transférables pour un taux potentiel d'ambulatoire global défini à 81,82%.

Dans ce contexte, le benchmark des blocs opératoires et unités de chirurgie ambulatoire a été relancé sur l'année 2023, en phase avec le nouveau PRS (Benchmark déjà réalisé en 2015 et 2017). Les durées de séjours ont diminué entre 2019 et 2022.

Objectif :

Donner des éléments aux établissements pour analyser la performance de leurs organisations, observer les évolutions et appuyer les établissements à réaliser des plans d'actions.

En 2023, le benchmark a été enrichi sur les items de qualité, sécurité et pertinence des soins ainsi que développement durable. Le recueil a été effectué du 2 au 29 octobre et la restitution régionale le 11 décembre auprès des établissements répondants : 46 établissements participants, 76 UCA pour 29 000 séjours étudiées, 73 blocs pour plus de 43 000 interventions.

Restitution à l'établissement :

Sur les deux volets à renseigner : activité, 1 par patient + 1 grille d'autoévaluation des pratiques

Résultats : cf diaporama :

Amélioration globale entre 2017 et 2023 des taux d'occupation des blocs.

Le bas des 20% les moins bien classés sont à 50 % de taux d'occupation

Peu de développement de la remise d'ordonnance avant le séjour.

L'attente pré-bloc est souvent supérieure à 1h, avec des convocations très tôt.

L'évaluation de l'aptitude par scoring IDE est très répandue (80%), mais il reste une marge de progression pour arriver à un taux de 100 %, objectif atteignable puisque pratique souhaité avant chaque sortie.




L'évolution des pratiques sur les appels de la veille et du lendemain entre 2017 et 2023 est positive. Les appels sont plus répandus pour la veille, mais il reste une marge de progrès sur l'appel du lendemain (taux souhaité de 100 % eu lendemain ou surlendemain).

La remise du compte rendu à la sortie est une pratique mal répartie mais tout de même en progression depuis 2017. C'est un élément important pour une meilleure coordination avec la ville.



Concernant la visite des opérateurs avant sortie, les pratiques sont différentes dans la région : pour certains établissements, 100% des patients ont vu leur opérateur avant de sortir, mais pour d'autres c'est une pratique qui ne se fait plus. Les avis peuvent diverger sur cette pratique, mais c'est un élément qui peut également ralentir la sortie.

Que retenir ?

Côté BLOCS

-  Points forts régionaux sur des pratiques modernes : jeûnes modernes, patient à J0, dimension capacitaire du bloc, démarrage tardif et dimensionnement
-  Des évolutions entre 2017 et 2023 importantes : une plus grande ouverture des salles, amélioration des fins précoces (on prévoit mieux le temps des opérations)
-  Des marges de progrès pour un certain nombre de blocs : travailler dans les vacances, transport vers le bloc pour les opérations conventionnelles

Côté UCA

-  Points forts régionaux sur des pratiques modernes : jeûnes modernes, limitation de la prémédication anxiolytique, scoring IDE, rappel du patient la veille
-  Des évolutions entre 2017 et 2023 importantes : appels de la veille et appels du lendemain, compte rendu remis à la sortie (J0), taux de rotation

- Des marges de progrès sur la pertinence des durées de séjours, pour un certain nombre d'UCA : temps d'attente ré-bloc, temps d'attente post-bloc.

Focus sur le développement durable, l'une des priorités de l'Agence, inscrit au PRS – Sujet déjà bien pris en compte par les établissements :

- 52 % des personnels des blocs ont eu une formation sur le développement durable et plus de la moitié ont des pratiques bien développées sur l'extinction des lumières, la gestion des stocks et la purification de l'air.
- Près des trois-quarts des établissements évaluent les besoins réels pour éviter l'ouverture de produits à usage unique non utilisé (boîte de stérilisation plus petite).
- Près des deux-tiers des structures utilisent des tenues de bloc en tissu plutôt que du linge jetable.

Mise en pratique : réalisation de plans d'actions

Travaux communs entre établissements.

Différents axes remontés :

Axe 1 : Développement de la chirurgie ambulatoire

Axe 2 : Organisation UCA et parcours patient

Axe 3 : Qualité de PEC et satisfaction patient

Interventions :

Dr. Chomon : les interventions chirurgicales peuvent être différentes entre établissement. Ce sont des comparaisons de pommes et de poires...

Dr. Miller : ce benchmark est un retour global, des comparaisons par spécialités sont disponibles. Les établissements ont leur propre fiche.

Dr. Eymeri : D'autres régions ont-elles fait ce travail ? Benchmark national ? Comparaison entre région possible ? Haut de France, ARA... Années par forcément similaires. Etudes régionales, chaque ARS est propriétaire de ses données, pas de partage actuellement.

Y-a-t-il des éléments d'explication pouvant mettre en avant certaines difficultés et mauvaises évolutions ? Oui pour certaines questions au niveau établissement.

D. Ettorchi : Le suivi des gestes marqueurs n'existe plus au niveau régional, il n'y a plus d'objectif associé. Ce parangonnage pose-t-il des objectifs sur les gestes marqueurs ?




Réponse : non. Ça n'est pas l'objectif de cette étude.

Classification des établissements de santé - Etude ARS NA (Lucas BALIHAUT, interne ARS NA)


Travail de recherche au sein de l'ARS, portant sur une classification des établissements de santé via une classification ascendante hiérarchique (CAH). Etudes au niveau national.

Les objectifs principaux de l'étude : permettre à l'ARS d'adapter son regard sur un établissement en fonction de son groupe d'appartenance et mettre en relation des établissements de même groupe pour permettre des travaux et réflexions communs.

Méthodologie :

-  Choix des variables d'intérêts (volume d'activité et type d'activité). Ces variables d'intérêts ne sont pas des variables qui doivent ensuite servir de variables de comparaison entre établissements.
-  Choix des établissements : avec activité MCO, à partir de l'outil Diamant. Suppression des établissements avec indice de Simson = 1, CLCC, SSR avec petite activité MCO. Ces exclusions représentent 16,4 % des établissements initiaux, seulement 5 % de l'activité MCO.
-  Classification via CAH en 10 groupes




Résultats :

 Des groupes avec des effectifs différents

- Groupe 1 : établissements privés à l'activité variée
- Groupe 2 : établissements privés ayant une activité peu variée et pas de chirurgie
- Groupe 3 : petits centres hospitaliers et cliniques
- Groupe 4 : très petits centres hospitaliers sans activité de chirurgie ni obstétrique et sans urgence
- Groupe 5 : centres hospitaliers ou gros établissements privés
- Groupe 6 : grands hôpitaux pédiatriques parisiens
- Groupe 7 : CHU et très gros CH
- Groupe 8 : établissements privés hyperspécialisés dans une activité non chirurgicale
- Groupe 9 : établissements à forte activité obstétricale
- Groupe 10 : établissements privés ayant une activité peu variée et quasi-exclusivement chirurgicale.

En Nouvelle-Aquitaine, seulement 8 groupes représentées.

Perspectives :

-  Utilisation de la classification sur les différents indicateurs de performance utilisés par l'ARS dans son suivi des établissements de santé
-  Communiquer auprès des établissements de la région sur cette classification
-  Mise à jour annuelle avec données N-1

Compléments :

- Prise en compte du case-mix via domaine d'activité mais pas case-mix, outil non parfait
- Tout ne peut pas être comparé : niveau de sévérité, prise en charge aux urgences
- Plutôt que de partir des domaines CAS, partir des groupes de planification
- La prise en charge des autorisations (en nb) pourrait être un critère complémentaire
- Regarder l'évolution dans le temps
- Modifier le modèle selon la finalité : choix de critères différents en amont. Variation de l'outil positive.

Partage des résultats avec les membres du groupe

 **Réactivation groupes SMR et HAD**

Proposition d'une thématique commune sur les soins palliatifs avec l'idée d'une étude de parcours plutôt que d'une simple thématique : Validation par les membres de COTRIM.

Les personnes intéressées pour participer au groupe de travail peuvent se manifester dès maintenant.

 **Echanges**

Dr. Eymeri : La CNIL est venue inopinément au CHU de Limoges le 9 janvier. Les personnes mandatées ont regardé l'accès au dossier patients, l'information du patient au possibilité d'accès à ce dossier. Des

essais d'accès ont été réalisés en fonction de l'accréditation du personnel : médecin, informer, administratif, ... Moment stressant pour tous.

Echanges sur les documents à transmettre aux patients.

Fin de journée, signature d'un procès-verbal des échanges de la journée.

Retour à l'établissement entre 6 et 8 moi.

Ce passage a permis cependant une remise au point des éléments un peu limite du point de vue des établissements, mais reste un mauvais moment à passer.



Le prochain COTRIM aura lieu le jeudi 03 octobre à partir de 14H.