



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



# **COTRIM PLENIER NOUVELLE-AQUITAINE**

## **07 Mai 2024**

# Sommaire

- 1. Restitution des échanges sur le plan d'assurance qualité dans le cadre du groupe de travail MCO + RETEX (présentation Dr Benjamin Naffrechoux et Dr Frédéric Chomon)**
- 2. Parangonnage des blocs opératoires et unités de chirurgie ambulatoire en région Nouvelle-Aquitaine (présentation Dr Daphnis Miller - ARS NA)**
- 3. Méthode de classification des établissements pour l'aide à la comparaison (Lucas Balihaut - Interne ARS NA)**
- 4. Echange sur la ré-activation des groupes de travail SMR et HAD avec proposition d'une thématique : parcours soins palliatifs en SMR (bureau COTRIM)**
- 5. Echanges sur l'accès au dossier patient (Dr Manuel Eymeri)**
- 6. Temps d'échanges**

# **1. Restitution des échanges sur le plan d'assurance qualité dans le cadre du groupe de travail MCO + RETEX**

**(Dr Benjamin Naffrechoux - Dr Frédéric Chomon)**

# PAC Recettes pour le DIM

## Le PAQ-R

CSP / Section « Analyse de l'activité médicale / Art R6113-4

### MAJ en Juin 2023

Le médecin responsable de l'information médicale **contribue** à l'élaboration et à la mise en œuvre du **plan d'assurance qualité des recettes**, destiné à garantir l'**exhaustivité** et la **qualité** des **données transmises** et à **fiabiliser** les recettes de l'établissement. Le plan d'assurance qualité des recettes est **présenté** chaque année à la conférence ou la commission médicale d'établissement pour information.

# PAC Recettes pour le DIM

## Rappel du contexte de la création du PAQ-R pour le DIM

La certification des comptes est sous la responsabilité d'un CAC

- Dans les établissements privés et publics (depuis 2013)

Les missions du CAC

- « Les commissaires aux comptes certifient, en justifiant de leurs appréciations, que les comptes annuels sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la société à la fin de cet exercice ».
- Certification annuelle
- Rapport de certification transmis à l'ARS et à la CDC

**MAIS... comme une partie des recettes vient de la T2A...ou d'une déclaration d'activité (TNJP et DFA en PSY par exemple)**

- Quid de l'accès aux données de santé ?? Rôle du DIM ?? Et les prestataires extérieurs DIM nommés par le CAC ???
- Révision du décret DIM...

De la monnaie au secret...

# PAC Recettes pour le DIM

## Rappel du contexte de la création du PAQ-R pour le DIM

Création du Décret en 2018, va modifier l'accès aux données de santé aux

- CAC de manière directe dans la cadre de leur mission
- Aux prestataires extérieurs dans la cadre de leur mission

Décret annulé par le Conseil d'Etat en 2020 suite plainte CNOM

- est annulé en tant qu'il ne prévoit pas, lors de l'accès des **commissaires aux comptes** aux données personnelles de santé recueillies lors de l'analyse de l'activité, **de mesures de protection techniques et organisationnelles propres à garantir l'absence de traitement de données identifiantes** et, lors de l'accès des prestataires extérieurs à ces données, **de mesures techniques et organisationnelles propres à assurer que seules sont traitées, avec des garanties suffisantes, les données identifiantes nécessaires au regard des finalités du traitement** et de dispositions destinées à garantir qu'ils accomplissent effectivement leurs activités sous l'autorité du praticien responsable de l'information médicale.

Modification du Décret en Juin 2023

# PAC Recettes pour le DIM

## Décret modifié en Juin 2023

4° Les prestataires extérieurs qui contribuent, sous la responsabilité et le contrôle du médecin responsable de l'information médicale de l'établissement de santé, au traitement des données à caractère personnel mentionnées à l'article R. 6113-1 dans le cadre de leur contrat de sous-traitance et ont accès à cet effet, dans les conditions prévues à l'article R. 6113-5-2, à ces données.

Les commissaires aux comptes et les prestataires extérieurs mentionnés aux deux alinéas précédents peuvent accéder aux seules données à caractère personnel nécessaires mentionnées à l'article R. 6113-1 dans la stricte limite de ce qui est nécessaire à leurs missions.

I.-Les prestataires extérieurs qui assistent le médecin responsable de l'information médicale dans l'exercice de ses missions prévues à l'article R. 6113-4 ne peuvent accéder, sous la responsabilité et le contrôle de ce dernier, qu'aux seules données à caractère personnel mentionnées à l'article R. 6113-1 strictement nécessaires à l'exercice de leurs propres missions.

II.-Le contrat signé avec le directeur d'établissement dans les conditions prévues par l'article 28 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 comporte en outre la liste des prestations concernées, le délai et les lieux d'exercice de leur réalisation, ainsi que la liste et la qualité des personnels autorisés à traiter les données à caractère personnel.

Le contrat est transmis au médecin responsable de l'information médicale avant tout accès aux données. Ce médecin peut demander au prestataire extérieur toute information utile quant aux conditions de réalisation des activités de traitement concernées.

# PAC Recettes pour le DIM

Décret modifié en Juin 2023

III.-Le directeur d'établissement habilite individuellement et spécialement les personnels du prestataire extérieur autorisés à accéder aux données mentionnées au I.

Le médecin responsable de l'information médicale s'assure que les données auxquelles les personnels accèdent effectivement n'excèdent pas celles qui sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions.

IV.-Les personnels du prestataire extérieur accèdent aux données mentionnées au I au sein du système d'information de l'établissement de santé.

Lorsque les caractéristiques de la prestation ne permettent pas de la réaliser au sein du système d'information de l'établissement, les données nécessaires à cette prestation peuvent, dans des conditions sécurisées, en être extraites et mises à disposition du prestataire extérieur.

V.-A l'issue des activités de traitement de données prévues par le contrat mentionné au II, le directeur d'établissement met fin à l'habilitation d'accès des personnels du prestataire extérieur.

Il en est de même, à tout moment, lorsque ces personnels méconnaissent les dispositions du présent article.



# PAC Recettes pour le DIM

## Deux RETEX sur le PAQ-R pour le DIM

Dr ABADIE et Dr CHOMON

Il est bon de rappeler :

- Pas de formaliste au PAQ-R, même si guide DGOS/SOFIME
  - Attention au score par dossier !!!
  - Le guide donne une vision globale, **ce n'est pas le contenu du PAQ-R**
- Autant de DIM que de PAQ-R
- **Eviter les auto-flagellations, il y aura toujours un risque (cf gradation, rescrits, seuils CTI, CTF, autorisation...)**
- Le DIM n'est pas le seul (facturation, recouvrement...)
- Pas la seule source de recette (FIR, MIG, AMC, dotations, redevances...) pas dans le PAQ-R du DIM
- Pas de surenchère dans la PAQ-R !!!
  - **Ne pas se substituer à une autorité de contrôle !!!**
  - **Fiabiliser ce n'est pas contrôler**
  - **Le risque est inhérent aux soins**

# PAC Recettes pour le DIM

## Deux RETEX sur le PAQ-R pour le DIM

### Précautions :

- Le PAQ-R devient un document matérialisé...
  - Seulement pour le CAC ??? Et bien non !!!! C'est un document administratif
  - Quid CRC, IGAS, DRSM, ARS...
- Le PAQ-R est présenté en CME
  - Attention aux fuites et pas seulement à cause de la présentation en CME

# PAC Recettes pour le DIM

## Deux RETEX sur le PAQ-R pour le DIM

### Précautions :

- L'établissement choisi son CAC, qui choisi son DIM prestataire
- Le Médecin DIM nommé par le CAC, est indirectement payé par l'établissement
- Pas une obligation de DIM prestataire pour la certification des comptes
  - Sauf si volonté et nécessité de confronter aux dossiers
  - peuvent accéder aux seules données à caractère personnel nécessaires mentionnées à l'article R. 6113-1 dans la stricte limite de ce qui est nécessaire à leurs missions
- Le Médecin DIM qui travaille pour un CAC est aussi un médecin dans son propre établissement
  - Éviter les surenchères !!!
  - Éviter les auto-flagellations !!!
- Le Médecin DIM nommé par le CAC ne peut opposer un modèle de PAQ-R
- Ce n'est pas un audit de fonctionnement par un confrère !!!

# PAC Recettes pour le DIM

## Proposition de travail

### Faut-il aller plus loin ??

- Eviter les surenchères !!!
- Eviter les auto-flagellations !!!
- Eviter de se substituer aux autorités de contrôle !!!

### Le contenu minimum d'un PAQ-R : ??

- Un document
- Exhaustivité (production, export, fichiers, rejets, SI,...)
- Expliquer son PAQ-R
  - Contrôle à priori / à posteriori / les deux
  - Fréquence
  - Stratégie par la présence ou l'absence de risque ou par autre méthode
  - Plan d'action / correction
- Prestations T2A Acte : GHS, suppléments, forfaits, IVG, DMI, LPP, ACE,...
- S'appuyer sur les outils accessibles
  - VISUAL QUALITE, OVALIDE, VISUAL VALO...

## **2. Parangonnage des blocs opératoires et unités de chirurgie ambulatoire en région Nouvelle-Aquitaine**

**(Dr Daphnis Miller – Pôle performance – Direction de l'offre de soins, ARS NA)**

# Contexte

## Au niveau national :

- **Taux de chirurgie ambulatoire a atteint 62,8% en 2022** soit presque 4 millions de séjours (*hausse du taux durant l'épidémie de Covid-19*);
- Le potentiel ambulatoire national est d'environ 1,2 millions d'interventions transférables, pour un taux **potentiel d'ambulatoire global à 81,82%** (*voir slide 9*);
- Les durées moyennes de séjours (**DMS**) **globales en hospitalisation traditionnelle ont reculé, passant de 5,27 jours en 2019 à 5,14 jours en 2022.**

Pour rappel, le Ministère de la Santé avait fixé en 2017 **un objectif de 70 %** pour le taux de chirurgie ambulatoire pour l'année 2022 (et 80 % selon le Haut Conseil de la Santé publique).

Source : Lettre Visuchir n°1, juin 2023

# Contexte

Au niveau de la Nouvelle-Aquitaine :

- **Nouveau cycle d'appui** aux établissements de santé (post-crise sanitaire)
  - jusqu'à l'appui à la **rédaction de plan d'actions**
- En phase avec la révision du Projet Régional de Santé (**PRS**)
  - Automne 2023
- En continuité avec les **2 précédents parangonnages** Bloc/UCA
  - Réalisés en 2015 et en 2017

# Objectifs

*In fine* amélioration continue des organisations Bloc/UCA et une libération de temps médical

- Donner aux établissements les éléments pour **analyser la performance** de leurs organisations
- **Observer les évolutions réalisées** depuis la dernière démarche de parangonnage (2017)
- Appuyer les établissements à définir, actualiser ou confirmer leur **plan d'actions**

## Ajout de **nouveaux champs d'analyse** sur 3 axes :

- Qualité, sécurité et pertinence des soins
- Développement Durable
- Numérique



# Rappel du Calendrier

	septembre				octobre				novembre				décembre				février									
Etapes / Semaines (lundi)	03/07/2023	10/07/2023	...	04/09/2023	11/09/2023	18/09/2023	25/09/2023	02/10/2023	09/10/2023	16/10/2023	23/10/2023	30/10/2023	06/11/2023	13/11/2023	20/11/2023	27/11/2023	04/12/2023	11/12/2023	18/12/2023	...	29/01/2024	05/02/2024	12/02/2024	19/02/2024	26/02/2024	04/03/2024
Réunion de lancement																										
Vacances scolaires																										
Formations au recueil																										
Paramétrage recueil (étab.)																										
Recueil																										
Envoi des fiches de restitution																										
Correction/Validation recueil (étab.)																										
Atelier de lecture des fiches																										
Restitution régionale																										
Ateliers rédaction plans d'action																										
Vacances scolaires																										

# Table principale : « Activité »

## Exemple UCA

- Exemple « bordereau papier »
  - Mais **export/import SIH possible**
- Logique avant / après séjour :
  - Programmation** (saisie avant J0)
  - Réalisation** (saisie le jour J)

## + Grille d'autoévaluation des pratiques

Programmation		Réalisation	
Date du séjour ambulatoire		Prémédication anxiolytique	
Date (jj/mm/aaaa)		Aucune <input type="checkbox"/> Prémédication anxiolytique <input type="checkbox"/>	
Patient (coller étiquette si possible)		Préparation en UCA (>10min)	
		Aucune <input type="checkbox"/> Préparation en UCA >10min <input type="checkbox"/>	
Age du patient (en années)		Transport patient ALLER (UCA → Bloc)	
		Debout <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Non [événement] <input type="checkbox"/>	
Spécialité		Transport patient RETOUR (Bloc → UCA)	
Libellé spécialité		Debout <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Non [événement] <input type="checkbox"/>	
Filière		Heures réalisées	
Chirurgie <input type="checkbox"/> Soins Extérieurs <input type="checkbox"/>		Heure entrée UCA	
Endoscopie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/>		Heure départ au bloc	
Cardio/Radio Interv. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Heure entrée salle opératoire	
Programmation		Heure sortie salle opératoire	
Programmé (avant Régul. Hebdo)		Heure d'aptitude à la sortie SSPI	
Ajouté (entre Régul. Hebdo et J-1:16h)		Heure retour UCA	
Tardif (J-1 :16h, J0), PEC protocolisée		Heure libération de la place UCA	
Tardif (J-1 :16h, J0), PEC NON protocolisée		Heure sortie UCA	
Préparation du séjour		Anesthésie réalisée	
Consultation PNM réalisée (kiné, IDE,...)		AG <input type="checkbox"/> ALR (sans AG) <input type="checkbox"/> AL/aucune <input type="checkbox"/>	
Ordonnances de sortie avant le séjour		Heures étapes clés de Réhabilitation	
Jeûne moderne (6h solides/2h liquides)		Heure reprise des boissons	
Heures prévues		Heure collation	
Heure prévue entrée UCA		Heure premier lever	
Heure prévue départ au bloc		Transfert Hospit. Conventionnelle	
Heure prévue sortie UCA		Pas de transfert HC <input type="checkbox"/> Motif étab. <input type="checkbox"/>	
Appel de la veille (ou Ve → Lu)		Motif médical <input type="checkbox"/> Motif patient <input type="checkbox"/>	
Oral (A/R) <input type="checkbox"/> Sans réponse (A/R) <input type="checkbox"/>		Cas particulier, HC initialement prévu post UCA <input type="checkbox"/>	
SMS ou App (A/R) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/>		Heures évaluation aptitude à la rue	
Annulation entre Régul Hebdo et J-1		Dernière heure éval. IDE scoriée <input type="checkbox"/>	
Pas d'annulation <input type="checkbox"/> Motif établissement <input type="checkbox"/>		Heure visite opérateur (dans UCA) <input type="checkbox"/>	
Motif médical <input type="checkbox"/> Motif patient <input type="checkbox"/>		Heure visite MAR (dans UCA) <input type="checkbox"/>	
Annulation entre J-1 et J0		Compte rendu remis à la sortie (J0)	
Pas d'annulation <input type="checkbox"/> Motif établissement <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Motif médical <input type="checkbox"/> Motif patient <input type="checkbox"/>		Appel du lendemain calendaire	
		Oral (A/R) <input type="checkbox"/> Sans réponse (A/R) <input type="checkbox"/>	
		SMS ou App (A/R) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/>	

Benchmark UCA

Numéro de séjour généré par la plateforme web :

# Participation établissements

- **46 établissements participants :**

- 25 publics, 20 privés et 1 CLCC

- **76 UCA étudiées**

- 8 établissements avec 2 UCA
- 5 établissements avec plus de 2 UCA

- **73 BLOC étudiées**

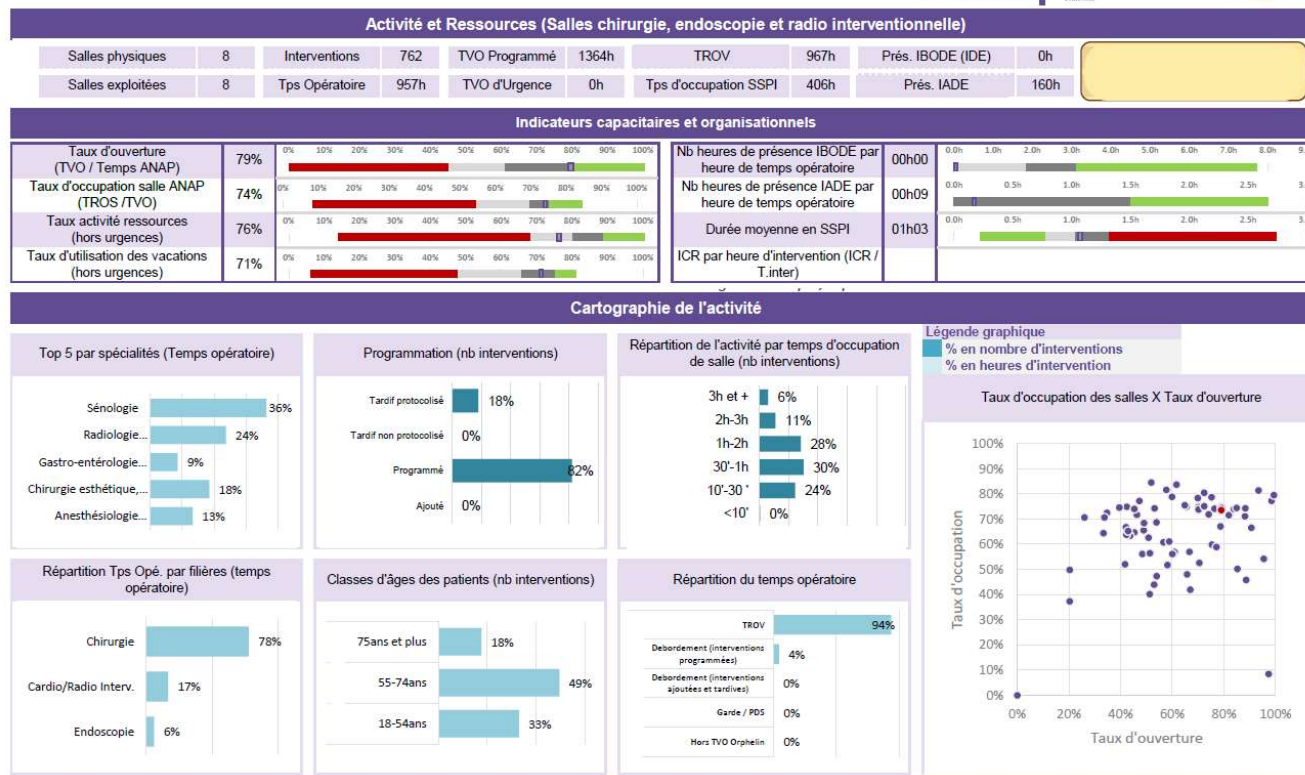
- 8 établissements avec 2 BLOC
- 6 établissements avec plus de 2 BLOCS

- Plus de **29 000** séjours étudiés en UCA et plus de **43 000** interventions au BLOC

## Macro indicateurs

Bloc principal

# Fiche de restitution

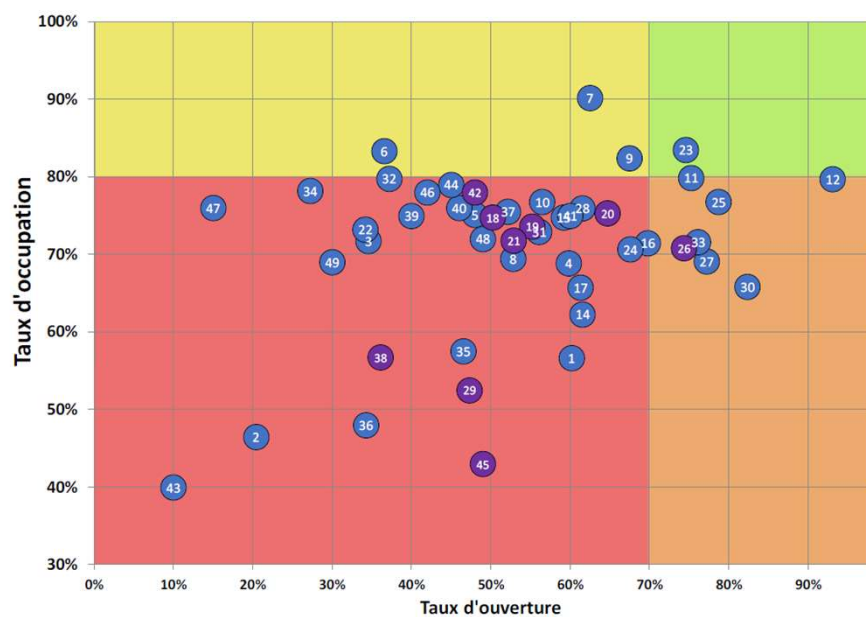


Rapport généré le 13/12/2023

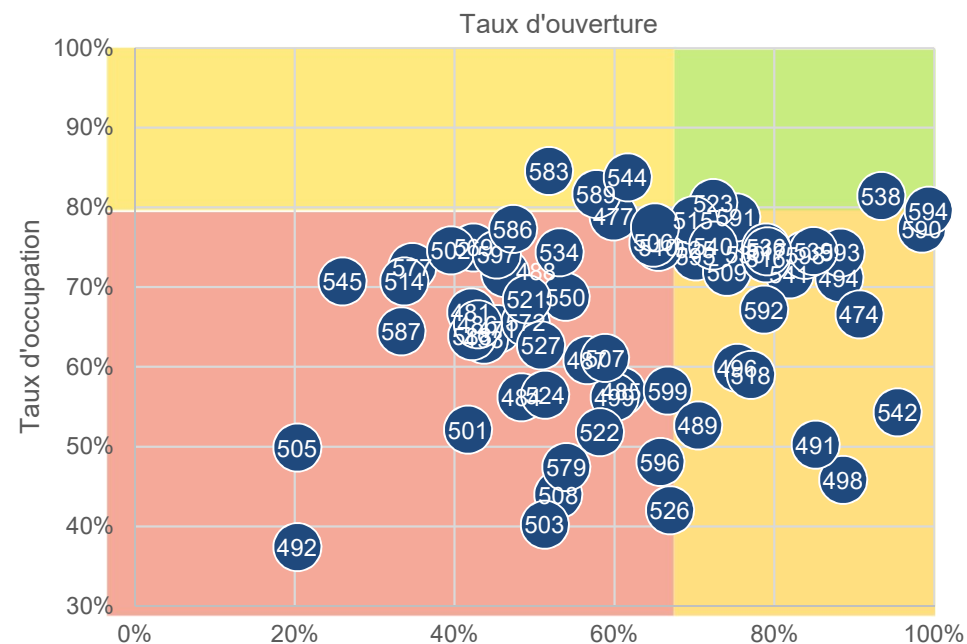
Fiches de restitution - Benchmark UCA - Nouvelle Aquitaine (recueil du 02 au 29 Octobre 2023)

4

2017



2023

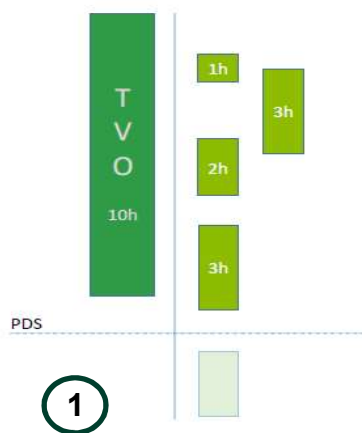


Attention : plus de participants en 2023

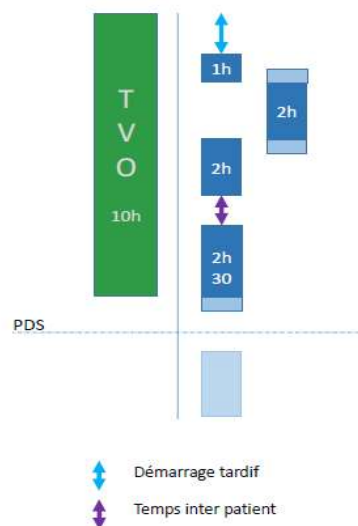
On observe une progression du taux d'ouverture et une séparation plus marquée entre 2 ensembles. L'activité a progressé.

Mots clé : *capacitaire ; organisation*

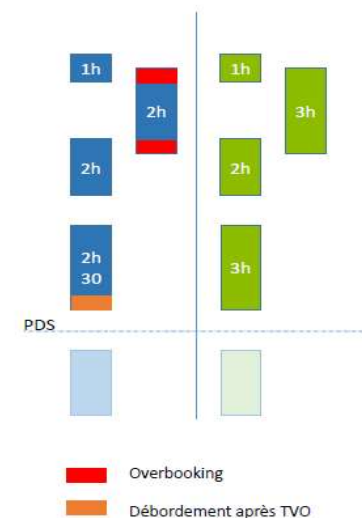
**Tx activité ressources**  
= Temps interv (Hors PDS) / TVO



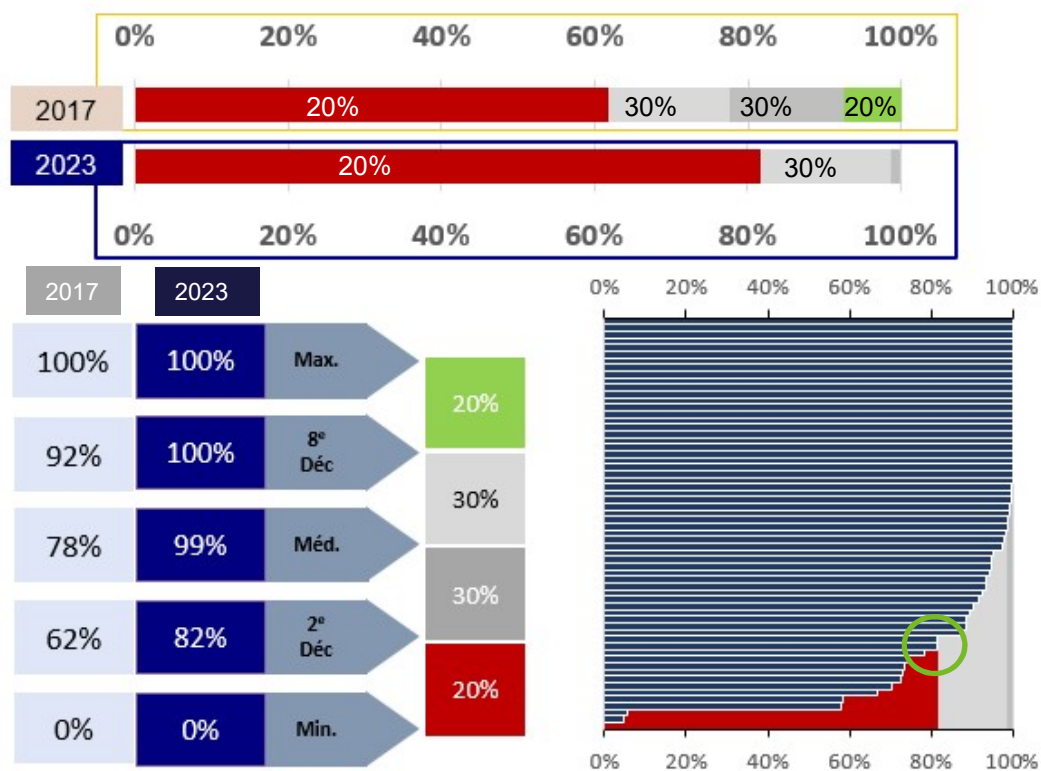
**Tx occupation des vacances**  
= TROV / TVO



**Tx activité en vacation**  
= TROV / Temps inter (Hors PDS)



Taux d'ouverture (TVO / Temps ANAP)	79%	
Taux d'occupation salle ANAP (TROV / TVO)	74%	
Taux activité ressources (hors urgences)	76%	
Taux d'utilisation des vacances (hors urgences)	71%	



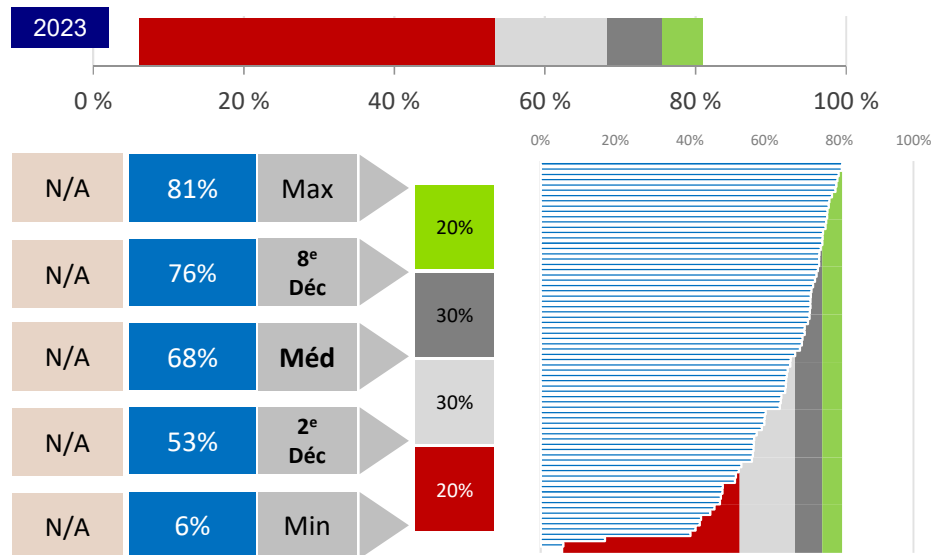
## Approche par décile : exemple

### Visualisation restitution

- 1 barre par UCA ou Bloc

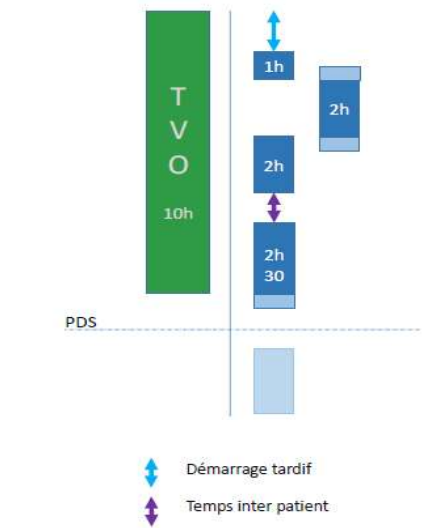
## Performance organisationnelle (TVO prog)

### Taux d'occupation des vacations



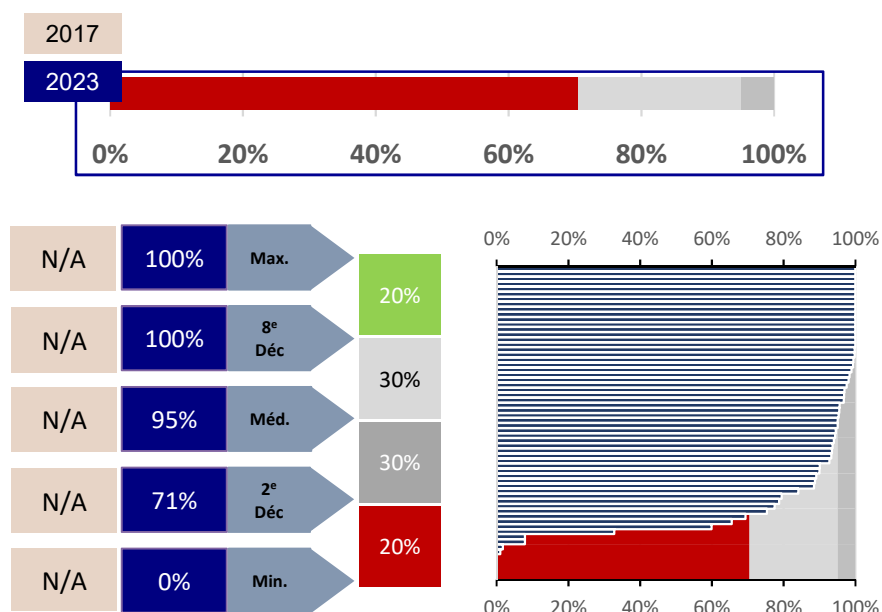
Le taux d'occupation médian à 68% en comparaison d'un taux activité ressource médian à 80%, témoigne d'un **potentiel significatif d'amélioration** organisationnelle pour travailler quand les équipes sont dédiées à une activité.

Tx occupation des vacations  
= TROV / TVO





## Jeûne moderne RAAC

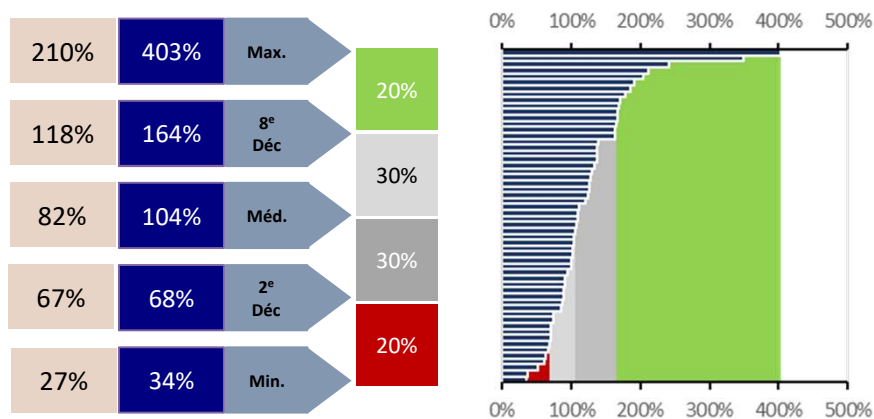
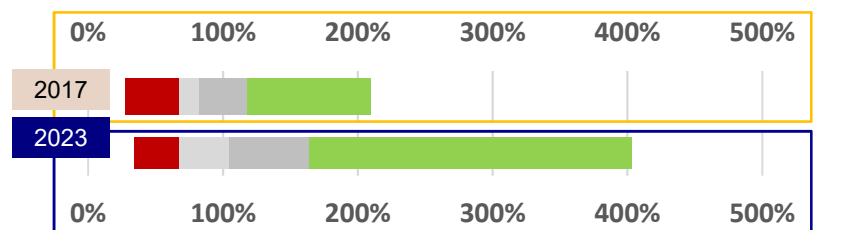


6h solide, 2h liquide

Point fort régional

Pratique très développée.

50% des UCA appliquent le jeûne moderne  
pour plus de 95% de leurs séjours



## Taux de rotation des places

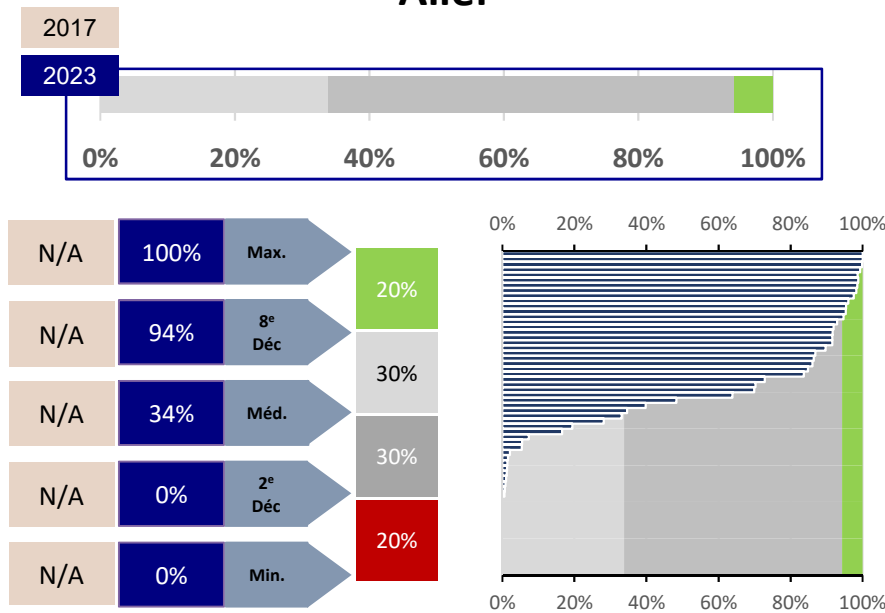
50% des UCA ont un taux de rotation > 104%.

**Une nette progression depuis 2017**

## Transport au bloc debout RAAC

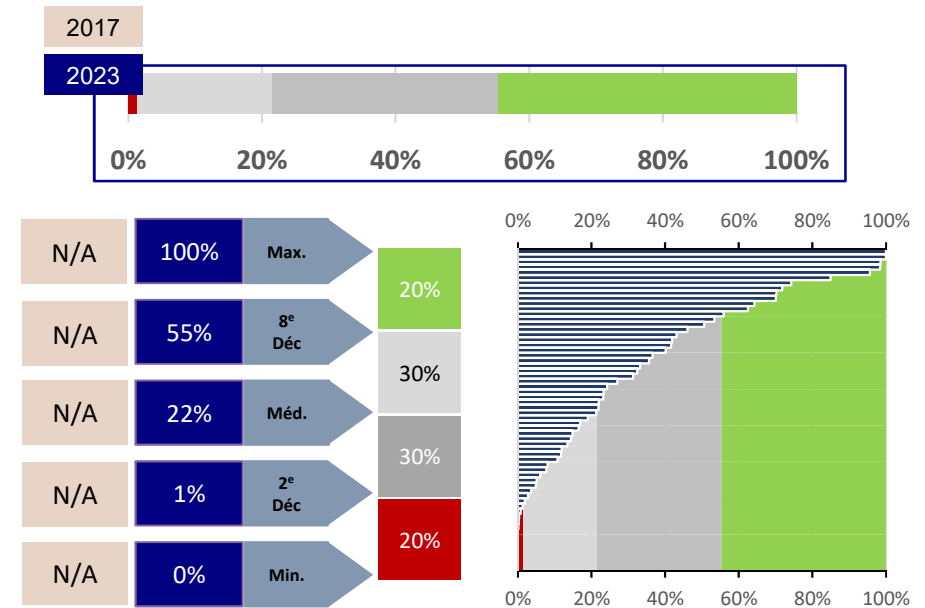
UCA

### Aller

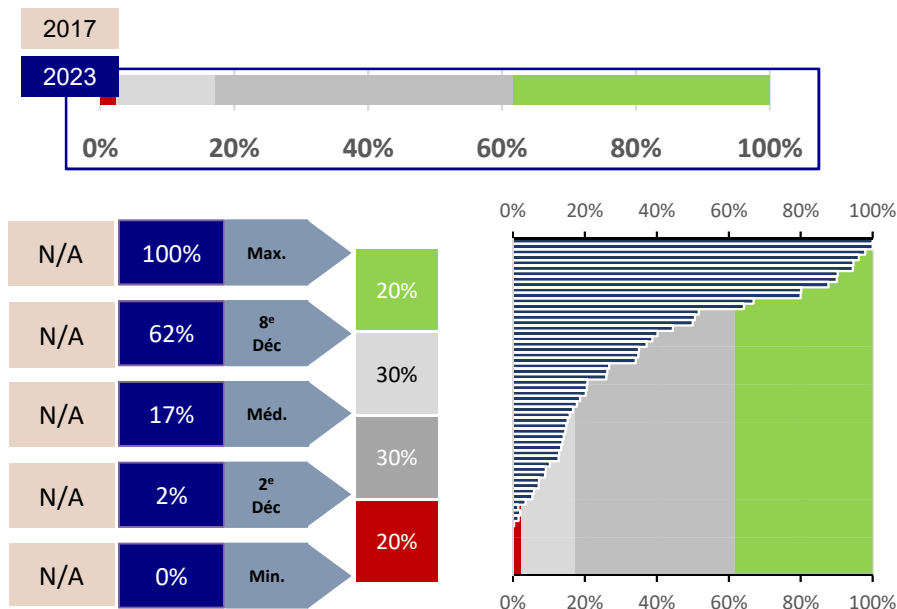


Pratique aller en « patient debout », développée de manière significative

### Retour



Pratique transport retour (de bloc) assis ou debout, développée de manière significative.

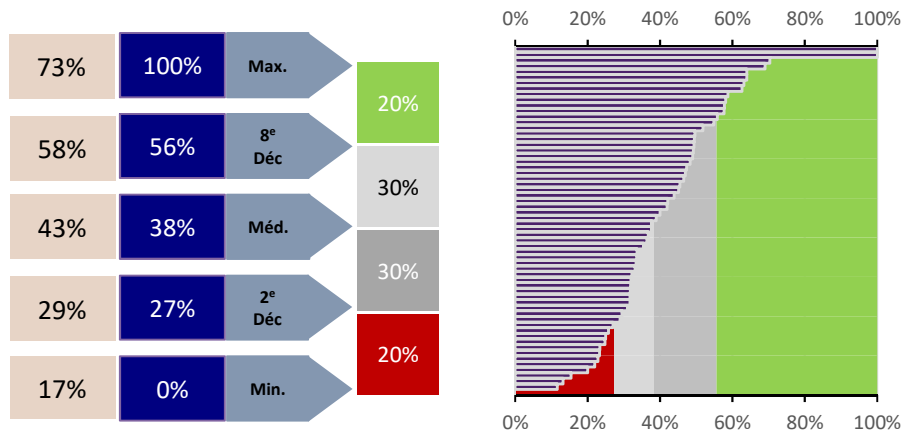
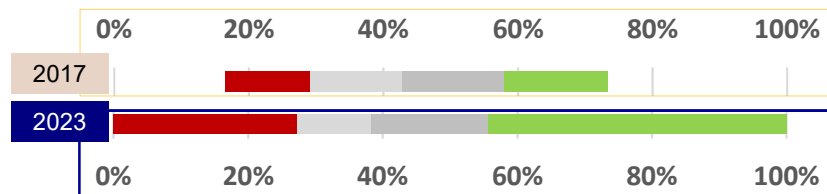


## Ordonnance remise avant le séjour Qualité/sécurité PEC

Pratique peu développée dans la région.

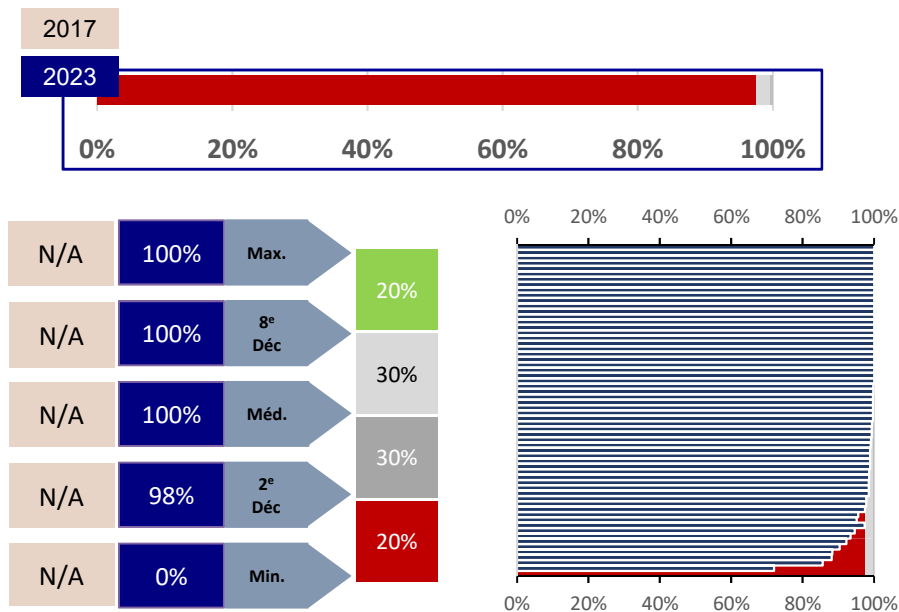
Marge de progrès sur objectif atteignable 62% (8<sup>e</sup> décile).

## Attente pré bloc <1h Flux Patient & pertinence des durées



Un % séjours faible sur cet indicateur peut être lié à une «**sur-sécurisation**» sur l'**horaire de convocation** / risques annulation, retard...

**Marge de progrès** sur objectif atteignable 56% (8<sup>e</sup> décile).



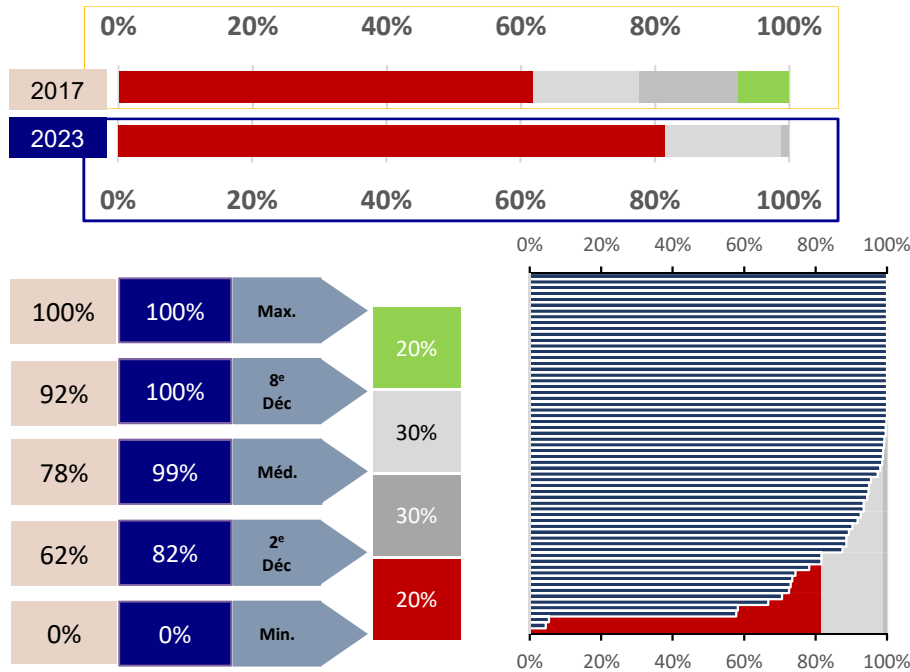
## Evaluation aptitude par scoring IDE

### Qualité/sécurité PEC

**Point fort régional**  
Pratique de scoring par IDE très développée.

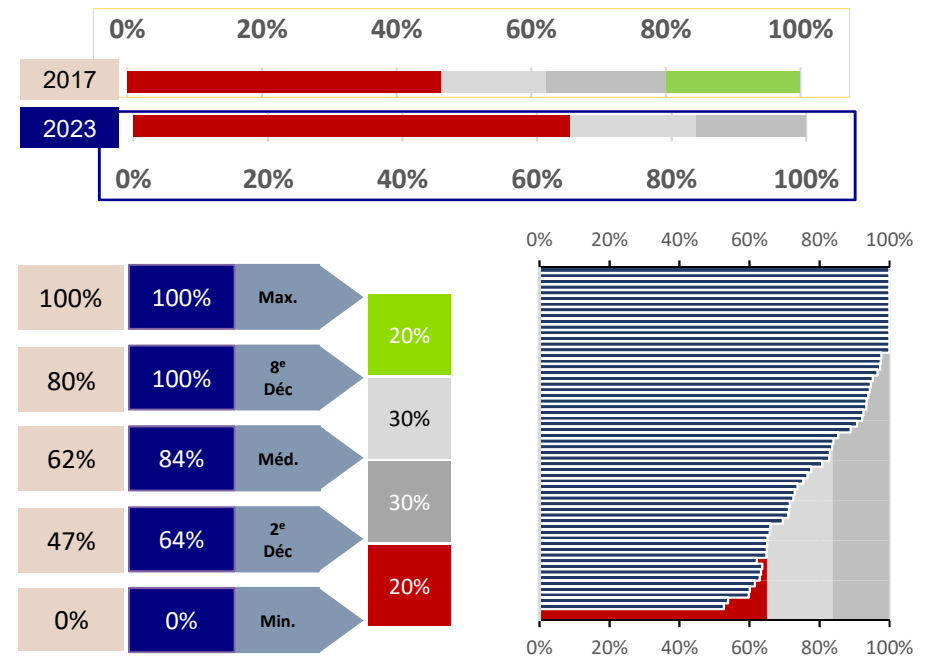
→ 80% des UCA (2<sup>e</sup> décile) réalisent un scoring IDE (ex : Chung) pour l'aptitude à la rue pour **plus de 98% de leurs séjours**

## Appel de la veille

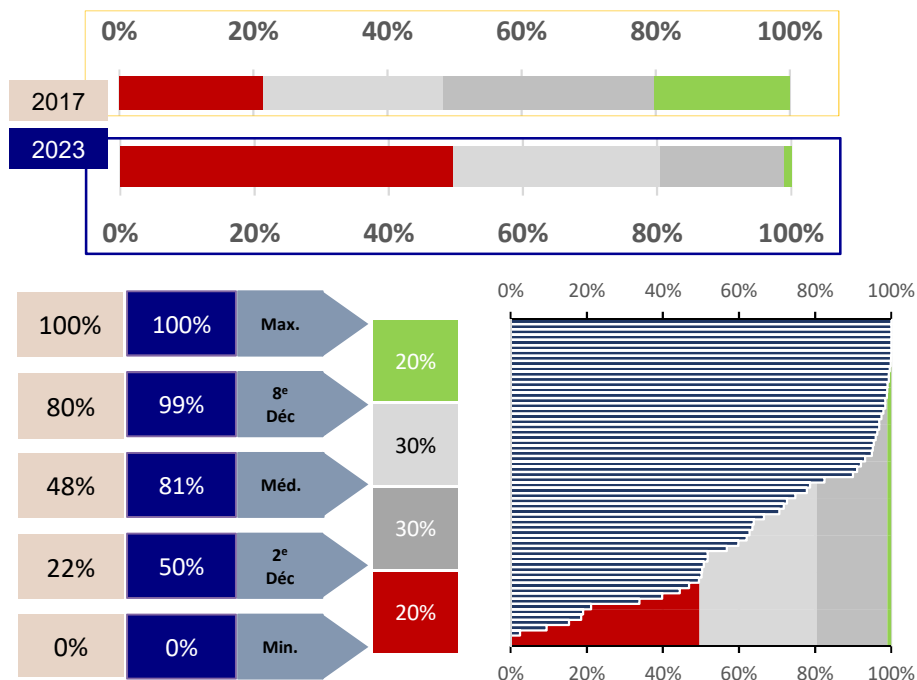


Pratique de l'appel de la veille très élevée.  
**50% des UCA ont un taux de succès supérieur à 99%.**

## Appel du lendemain



Médiane < à l'indicateur « appel de la veille » (84% vs 99%)  
**Marge de progrès** sur objectif atteignable 100% (8<sup>e</sup> décile).



## Taux de CR remis à la sortie Qualité/sécurité PEC

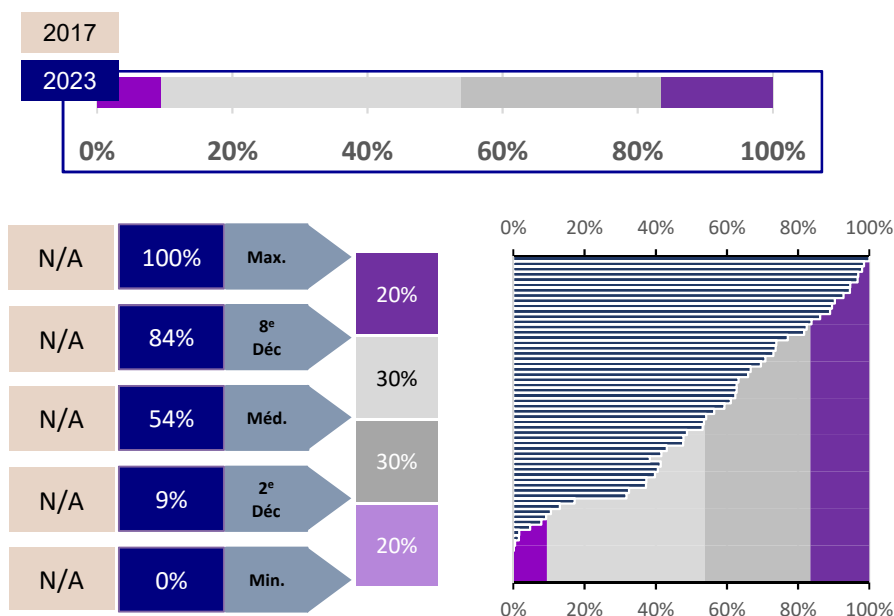
Taux de remise de CR à la sortie de **99% atteignable** (8<sup>e</sup> décile).

**Des marges de progrès régionales existent**

**Une nette progression depuis 2017 (médiane 48% à 81%)**



## Nb séjours avec visite opérateur Flux Patient & pertinence des durées



Une pratique importante (médiane 54% des séjours) sur la région est la visite de l'opérateur en UCA bien que le scoring IDE soit ~100%.

Selon l'organisation cette visite peut allonger l'attente post op.

## Que retenir ?

**BLOC**

### Des points forts régionaux sur des pratiques modernes :

- Jeûne moderne
- Patient J0
- Dimensionnement capacitaire du bloc
- Démarrages tardifs et débordement

### Des évolutions 2017-2023 importantes :

- Une plus grande ouverture des salles
- Amélioration des fins précoces

### Des marges de progrès pour un certain nombre de blocs :

- Travailler dans les vacances
- Transport vers le bloc pour les HC plus « léger »

## Que retenir ?

UCA

### Des points forts régionaux sur des pratiques modernes :

- Jeûne moderne
- Limitation de la prémédication anxiolytique
- Scoring IDE (aptitude à la rue)
- Appels de la veille

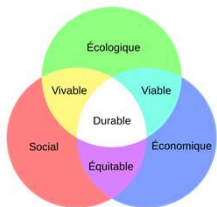
### Des évolutions 2017-2023 importantes :

- 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 séjour, pour un certain nombre d'UCA :

- Temps d'attente pré bloc
- Temps d'attente post bloc

## Focus : autoévaluation des pratiques de **développement durable**



1. Environ la **moitié (52%) des parties prenantes des blocs ont reçu une formation** sur le développement durable ;
2. La participation à des groupes de travail sur le développement durable varie : 33% des cadres du bloc y participent toujours, tandis que pour les acteurs paramédicaux et les équipes médicales, cette participation est partiellement à jamais pour 26% et 36% respectivement ;
3. En ce qui concerne les pratiques d'achats, seulement **44% des établissements tiennent compte de la localisation de la production** ;
4. Pendant les périodes d'inactivité, **63% des établissements éteignent les lumières et 21% réduisent la purification de l'air** ;
5. 74% des établissements disent **évaluer les besoins réels pour éviter l'ouverture de produits à usage unique non utilisés** ;
6. La **gestion des stocks pour éviter les sur-commandes** est pratiquée par **89%** des établissements ;
7. Enfin, 62% des établissements utilisent toujours des **tenues de bloc en tissu pour les professionnels, minimisant ainsi l'usage de linge à usage unique**.

## Mise en pratique : réalisation de plan d'actions

- Ateliers sur **1/2 journée** en inter établissements dédiés Bloc et ateliers dédiés UCA, en **présentiel**, organisés par territoire (x4) : **5 au 16 février 2024**
- **Groupe projet par UCA ou Bloc** composé de 3 à 5 personnes
  - 1 médecin coordonnateur (+/- MAR)
  - 1 cadre soignant + 1 IDE
  - +/- 1 directeur (thématique chirurgie)
- **Objectif** : appui méthodologique à la définition d'actions d'amélioration

<b>AXE1</b> <b>Développement CA</b>	<b>AXE 2</b> <b>Organisation UCA et parcours patient</b>		<b>AXE 3</b> <b>Qualité de PEC et satisfaction patient</b>
Développement de <b>nouveaux actes CA</b> (contexte etab.) <i>« expérimentations » substitution</i>	<b>Maitrise des durées de séjours réalisées</b> <i>Temps théorique (CC)</i> <i>Heure Prévisionnelle de Sortie</i> <i>Recueil* des temps clés</i> <i>Analyse des séjours longs</i>		<b>Compte rendu</b>
Développement des <b>orientations vers UCA</b> pour les actes éligibles. <i>Avec Checklist prog. (~MSAP intra)</i>	<b>Réduction des durées de séjours cibles</b> <i>Veille et expérimentation pratiques innovantes :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicales (Chirurgicales et Anesthésiques)</li> <li>- Paramédicales (IDE)</li> </ul>		<b>Appel de la veille</b>
Développement de la filière <b>« urgence / CA »</b>	<b>Visite médicale aptitude à la rue</b> <i>Réduire attente non pertinente visite médicale</i>		<b>Appel du lendemain</b>
Conquête de <b>part de marché</b> sur les actes éligibles <i>(consult. avancées, com' adresseur, recrutement médical,...)</i>	<b>Patient debout</b> (ou assis) Aller et retour UCA/bloc		<b>Ordonnance avant séjour</b>
Suppression des <b>activités non pertinentes</b> en UCA <i>(ex : actes externes)</i>	<b>RAC</b> <i>Jeune moderne, 1<sup>er</sup> lever, reprise précoce boissons...</i>		<b>Annulation</b>
<b>Tableau de bord pilotage</b>	Mise en place de la <b>« Marche en avant »</b> : Salons, vestiaires, collation en salon... <i>(Pour : simplifier tâches PNM et rendre visible pour le patient son parcours de récupération)</i>		<b>Transfert HC (repli)</b>
<b>Analyse Impact : CRéA + GDL</b>	Optimisation de la <b>programmation bloc</b> <i>Volume par jour (cf. vacations et prog. bloc)</i> <i>Horaires d'entrée</i>		<b>Consult. IDE</b>
	<b>Planning RH</b> Adéquation RH/Activité <i>Adapté à la variabilité :</i> <i>par jour &amp; par heure</i>		<b>Passeport ambulatoire</b>
			<b>Hôtel hospitalier</b>
			<b>Ambulatoire forain</b>



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**Merci pour votre attention**

### **3. Echange sur la ré-activation des groupes de travail SMR et HAD avec proposition d'une thématique : parcours soins palliatifs en SMR (bureau COTRIM)**



# Sources d'informations

## Règlementation

- Instruction DGOS 2023 relative à l'organisation des soins palliatifs
  - MAJ circulaire 2008
  - Gradation des prises en charge (lits « habituels », LISP, USP)
- Instruction DGOS 2022 relative à la réforme des autorisations de SMR
  - Soins palliatifs réalisés en post aigue et subaigue

## Recommandations

- SFAP 2017: grille d'évaluation LISP
  - Pas de distinction MCO vs SMR
  - Répondre à l'exigence de qualité de PEC en LISP ⇔ personnel renforcé en nombre (+ 0,3 ETP par lit)
- Critères CNAMTS 2010 pour contrôle du GHM « soins palliatifs »
  - « GHM » donc on parle de MCO seulement (?)

# Double enjeu pour les établissements

## 1. Enjeu de parcours de soin

1. Prise en charge spécifique en SMR ?  
(ex: axé sur la réautonomisation en SMR)
2. Critères de non admission en SMR ?  
(ex: bilan bio dégradé, escarre avancé,...)

## 2. Enjeu financier

1. Tarifs « palliatifs » (et mode de financement) différents entre MCO et SMR
2. Tarifs palliatifs différents au sein du SMR (selon intensité de la prise en charge et/ou selon score de dépendance du patient)

# Enjeux pour le DIM

Identifier les parcours...

... Et être un appui pour les optimiser (notamment en termes médico-économique)

# **4. Méthode de classification des établissements pour l'aide à la comparaison**

**(Lucas Balihaut - Interne ARS NA)**

# Groupement des établissements de santé MCO en France

Utilisation d'une méthode de classification  
ascendante hiérarchique (CAH)

**Dr Daphnis MILLER**  
Conseiller médical

**Dr Kamal EL FAROUKI**  
Conseiller médical

**Lucas BALIHAUT**  
Interne de santé  
publique



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



# 1. Introduction

# Introduction

## Objectifs

- **Adaptation du regard de l'ARS** vis-à-vis de l'activité des établissements, en fonction de leur groupe d'appartenance.
- **Mise en relation des établissements similaires** sur différentes thématiques afin de diffuser des bonnes pratiques d'organisation des soins, adaptées à leur activité et leur patientèle.



## 2. Méthodologie



# Méthodologie

## Sélection des variables d'intérêt

### Volume d'activité

- Nombre de séjours MCO
- Nombre de passages aux urgences



**Impossibilité de classer les établissements selon des variables pour lesquelles nous souhaiterions ensuite les comparer entre eux.**

### Type d'activité

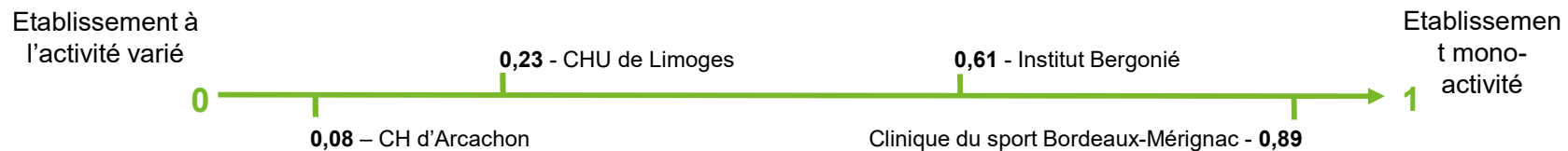
- Proportion de séjours de chirurgie (via CAS, exclusion 8 racines de GHM d'obstétrique)
- Proportion de séjours d'obstétrique (via ASO)
- Proportion de séjours K (au moins 1 actes classant non opératoire)
- Indice de Simpson calculé à partir du nombre de séjours par domaine d'activité
- Proportion de séjours pour les 16 ans et moins (exclusion des séjours de CMD 14 et 15)
- Proportion de séjours pour les 65 ans et plus

# Méthodologie

## Sélection des variables d'intérêts – Focus sur l'indice de Simpson

Outil statistique initialement créé pour **mesurer la diversité d'un milieu biologique** en calculant la probabilité que deux individus sélectionnés au hasard appartiennent à la même espèce.

Utilisation de l'indice de Simpson pour mesurer la diversité d'activité des établissements : prise en compte du **nombre de domaines d'activité pratiqués** et du **poids de chacun dans l'activité global** de l'établissement. Plus cette présence proportionnelle est équilibrée, plus la diversité est grande.



# Méthodologie

## Sélection des établissements

- Sélection des 1498 établissements de santé ayant une activité MCO d'après l'outil DIAMANT
- Exclusion des établissements ayant un indice de Simpson égal à 1,0 : centres d'hémodialyse et petits établissements privés ou public ayant une activité unique.
- Exclusion des Centre (régionaux) de lutte contre le cancer – C(R)LCC
- Exclusion des établissements de type SSR ayant une infime activité MCO

*Si les établissements exclus représentent 16,36% des établissements initialement sélectionnés, leur activité MCO, en nombre de séjours réalisés, s'établit à 5,36% du total ; preuve que leur activité est minime et spécifique et que leur exclusion ne posera pas de soucis de groupement pour le reste des établissements.*

# Méthodologie

## Etapes méthodologiques

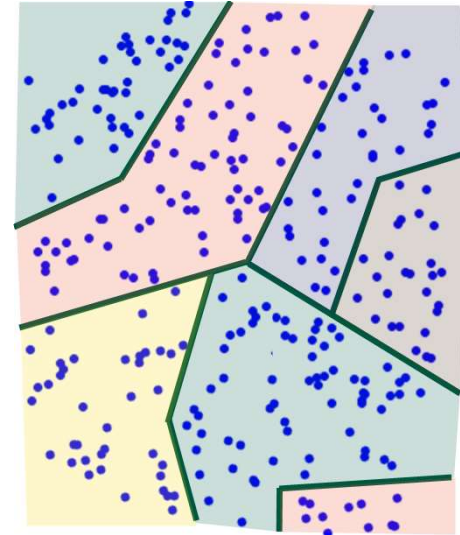
### 1. Méthode de positionnement

Positionnement des établissements de santé les uns par rapport aux autres en fonction des variables introduites dans l'algorithme.

### 2. Méthode d'agrégation

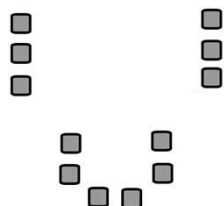
Regroupement des établissements en clusters

- K-moyennes
- Classification ascendante hiérarchique (CAH)

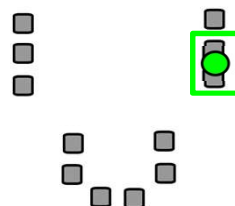


# Méthodologie

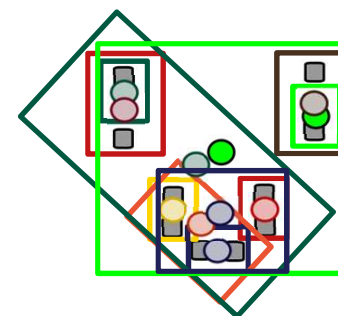
## Méthode d'agrégation – Classification ascendante hiérarchique (CAH)



Initialement chaque individu forme son propre clusters



Les individus les plus proches sont réunis dans un seul clusters. Celui-ci est alors représenté par la moyenne du cluster.



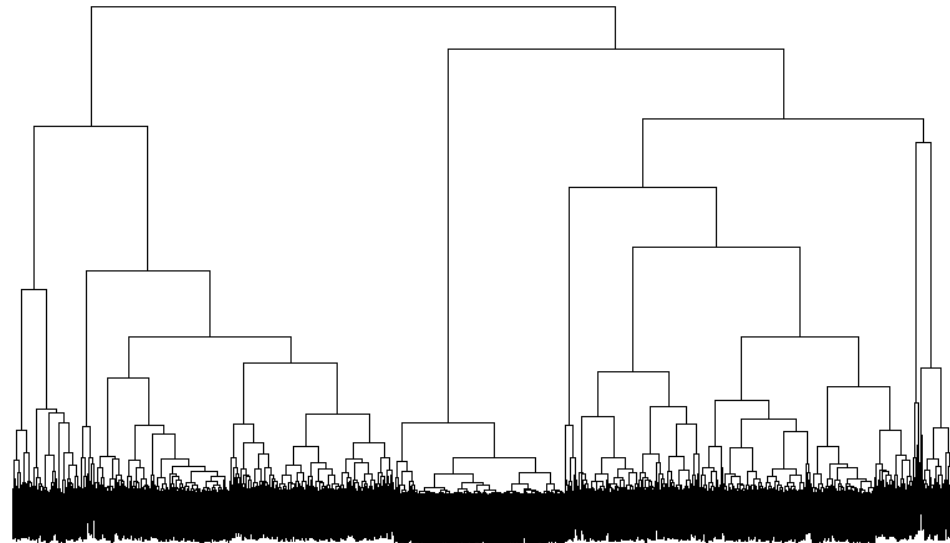
L'étapes précédente est répétée jusqu'à que tous les individus appartiennent à un seul et même cluster.

# Méthodologie

## Méthode d'agrégation – Classification ascendante hiérarchique (CAH)

Obtention d'un **dendrogramme** via la **méthode de Ward**.

Cette méthode cherche à minimiser l'inertie intra-classe et à maximiser l'inertie inter-classe, c'est-à-dire à obtenir des groupes très différents les uns des autres mais chacun comprenant des établissements les plus homogènes possibles entre eux.

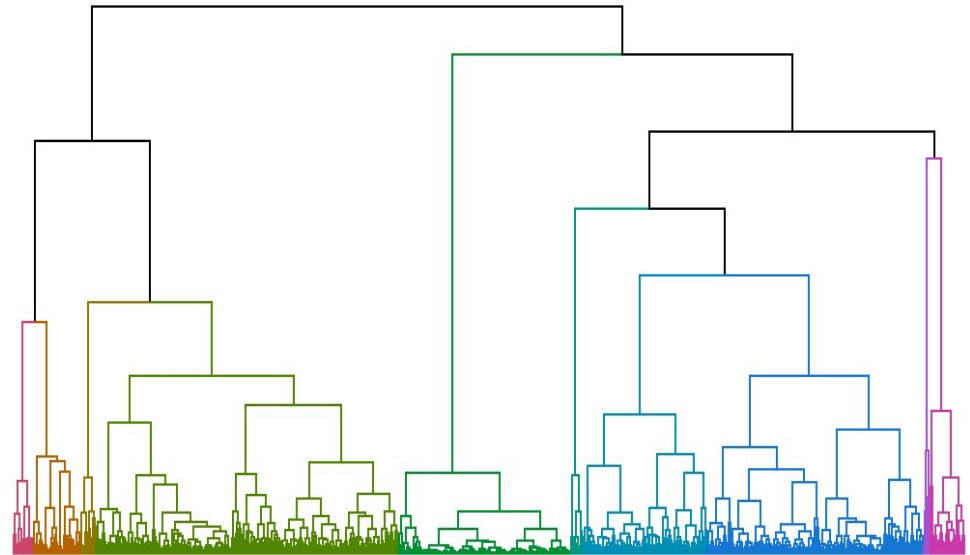


# Méthodologie

## Méthode d'agrégation – Classification ascendante hiérarchique (CAH)

Obtention d'un **dendrogramme** via la **méthode de Ward**.

Cette méthode cherche à minimiser l'inertie intra-classe et à maximiser l'inertie inter-classe, c'est-à-dire à obtenir des groupes très différents les uns des autres mais chacun comprenant des établissements les plus homogènes possibles entre eux.





### 3. Résultats



# Résultats

## Caractéristiques des groupes

Caractéristiques	1, N = 398 <sup>†</sup>	2, N = 62 <sup>†</sup>	3, N = 286 <sup>†</sup>	4, N = 227 <sup>†</sup>	5, N = 162 <sup>†</sup>	6, N = 9 <sup>†</sup>	7, N = 45 <sup>†</sup>	8, N = 20 <sup>†</sup>	9, N = 17 <sup>†</sup>	10, N = 27 <sup>†</sup>
Nombre de séjours MCO	15,940 (8,754, 24,555)	6,446 (1,021, 31,162)	7,592 (3,019, 15,121)	302 (171, 585)	41,121 (29,537, 57,703)	14,710 (2,824, 35,573)	135,841 (110,198, 161,465)	4,498 (2,231, 7,698)	6,334 (3,432, 8,883)	5,295 (3,459, 10,482)
Proportion de séjours de chirurgie	0.46 (0.35, 0.56)	0.00 (0.00, 0.01)	0.12 (0.00, 0.19)	0.00 (0.00, 0.00)	0.12 (0.10, 0.15)	0.12 (0.00, 0.13)	0.13 (0.11, 0.16)	0.09 (0.00, 0.15)	0.12 (0.06, 0.20)	0.95 (0.88, 0.98)
Proportion de séjours d'obstétrique	0.00 (0.00, 0.02)	0.00 (0.00, 0.00)	0.01 (0.00, 0.07)	0.00 (0.00, 0.00)	0.06 (0.05, 0.08)	0.00 (0.00, 0.06)	0.04 (0.04, 0.05)	0.00 (0.00, 0.00)	0.40 (0.34, 0.50)	0.00 (0.00, 0.00)
Indice de Simpson	0.16 (0.13, 0.20)	0.76 (0.62, 0.92)	0.10 (0.08, 0.16)	0.14 (0.11, 0.18)	0.14 (0.09, 0.20)	0.14 (0.09, 0.24)	0.17 (0.11, 0.24)	0.70 (0.46, 0.87)	0.29 (0.23, 0.37)	0.67 (0.51, 0.88)
Nombre de passages aux urgences	0 (0, 15,811)	0 (0, 0)	14,566 (2,858, 22,137)	0 (0, 0)	51,055 (41,865, 66,127)	44,410 (0, 58,572)	93,064 (84,545, 115,889)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
Proportion de séjours pour des patients de 16 ans et moins	0.04 (0.02, 0.06)	0.00 (0.00, 0.00)	0.01 (0.00, 0.04)	0.00 (0.00, 0.00)	0.06 (0.04, 0.08)	0.92 (0.67, 0.94)	0.07 (0.05, 0.10)	0.00 (0.00, 0.02)	0.00 (0.00, 0.00)	0.03 (0.01, 0.04)
Proportion de séjours pour des patients de 65 ans et plus	0.46 (0.38, 0.53)	0.53 (0.37, 0.61)	0.53 (0.47, 0.64)	0.93 (0.87, 0.96)	0.49 (0.41, 0.54)	0.00 (0.00, 0.00)	0.45 (0.39, 0.49)	0.40 (0.29, 0.63)	0.05 (0.00, 0.12)	0.57 (0.37, 0.68)
Proportion de séjours d'interventionnel non opératoire	0.28 (0.21, 0.35)	0.00 (0.00, 0.02)	0.08 (0.02, 0.13)	0.00 (0.00, 0.00)	0.06 (0.05, 0.08)	0.04 (0.03, 0.07)	0.07 (0.06, 0.08)	0.72 (0.63, 0.83)	0.02 (0.00, 0.07)	0.02 (0.01, 0.05)
<sup>†</sup> Médiane (intervalle inter-quartile)										

# Résultats

## Caractéristiques des groupes

Caractéristiques	1, N = 398 <sup>†</sup>	2, N = 62 <sup>†</sup>	3, N = 286 <sup>†</sup>	4, N = 227 <sup>†</sup>	5, N = 162 <sup>†</sup>
Nombre de séjours MCO	15,940 (8,754, 24,555)	6,446 (1,021, 31,162)	7,592 (3,019, 15,121)	302 (171, 585)	41,121 (29,537, 57,703)
Proportion de séjours de chirurgie	0.46 (0.35, 0.56)	0.00 (0.00, 0.01)	0.12 (0.00, 0.19)	0.00 (0.00, 0.00)	0.12 (0.10, 0.15)
Proportion de séjours d'obstétrique	0.00 (0.00, 0.02)	0.00 (0.00, 0.00)	0.01 (0.00, 0.07)	0.00 (0.00, 0.00)	0.06 (0.05, 0.08)
Indice de Simpson	0.16 (0.13, 0.20)	0.76 (0.62, 0.92)	0.10 (0.08, 0.16)	0.14 (0.11, 0.18)	0.14 (0.09, 0.20)
Nombre de passages aux urgences	0 (0, 15,811)	0 (0, 0)	14,566 (2,858, 22,137)	0 (0, 0)	51,055 (41,865, 66,127)
Proportion de séjours pour des patients de 16 ans et moins	0.04 (0.02, 0.06)	0.00 (0.00, 0.00)	0.01 (0.00, 0.04)	0.00 (0.00, 0.00)	0.06 (0.04, 0.08)
Proportion de séjours pour des patients de 65 ans et plus	0.46 (0.38, 0.53)	0.53 (0.37, 0.61)	0.53 (0.47, 0.64)	0.93 (0.87, 0.96)	0.49 (0.41, 0.54)
Proportion de séjours d'interventionnel non opératoire	0.28 (0.21, 0.35)	0.00 (0.00, 0.02)	0.08 (0.02, 0.13)	0.00 (0.00, 0.00)	0.06 (0.05, 0.08)

<sup>†</sup> Médiane (intervalle inter-quartile)

- **Groupe 1** : Etablissements privés à l'activité variée
- **Groupe 2** : Etablissements privés ayant une activité peu variée et ne pratiquant pas la chirurgie
- **Groupe 3** : Petits centres hospitaliers et cliniques
- **Groupe 4** : Très petits centres hospitaliers, sans activité chirurgicale ni obstétrique et sans urgence
- **Groupe 5** : Centres hospitaliers ou gros établissements privés

# Résultats

## Caractéristiques des groupes

Caractéristiques	6, N = 9 <sup>†</sup>	7, N = 45 <sup>†</sup>	8, N = 20 <sup>†</sup>	9, N = 17 <sup>†</sup>	10, N = 27 <sup>†</sup>
Nombre de séjours MCO	14,710 (2,824, 35,573)	135,841 (110,198, 161,465)	4,498 (2,231, 7,698)	6,334 (3,432, 8,883)	5,295 (3,459, 10,482)
Proportion de séjours de chirurgie	0.12 (0.00, 0.13)	0.13 (0.11, 0.16)	0.09 (0.00, 0.15)	0.12 (0.06, 0.20)	0.95 (0.88, 0.98)
Proportion de séjours d'obstétrique	0.00 (0.00, 0.06)	0.04 (0.04, 0.05)	0.00 (0.00, 0.00)	0.40 (0.34, 0.50)	0.00 (0.00, 0.00)
Indice de Simpson	0.14 (0.09, 0.24)	0.17 (0.11, 0.24)	0.70 (0.46, 0.87)	0.29 (0.23, 0.37)	0.67 (0.51, 0.88)
Nombre de passages aux urgences	44,410 (0, 58,572)	93,064 (84,545, 115,889)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
Proportion de séjours pour des patients de 16 ans et moins	0.92 (0.67, 0.94)	0.07 (0.05, 0.10)	0.00 (0.00, 0.02)	0.00 (0.00, 0.00)	0.03 (0.01, 0.04)
Proportion de séjours pour des patients de 65 ans et plus	0.00 (0.00, 0.00)	0.45 (0.39, 0.49)	0.40 (0.29, 0.63)	0.05 (0.00, 0.12)	0.57 (0.37, 0.68)
Proportion de séjours d'interventionnel non opératoire	0.04 (0.03, 0.07)	0.07 (0.06, 0.08)	0.72 (0.63, 0.83)	0.02 (0.00, 0.07)	0.02 (0.01, 0.05)

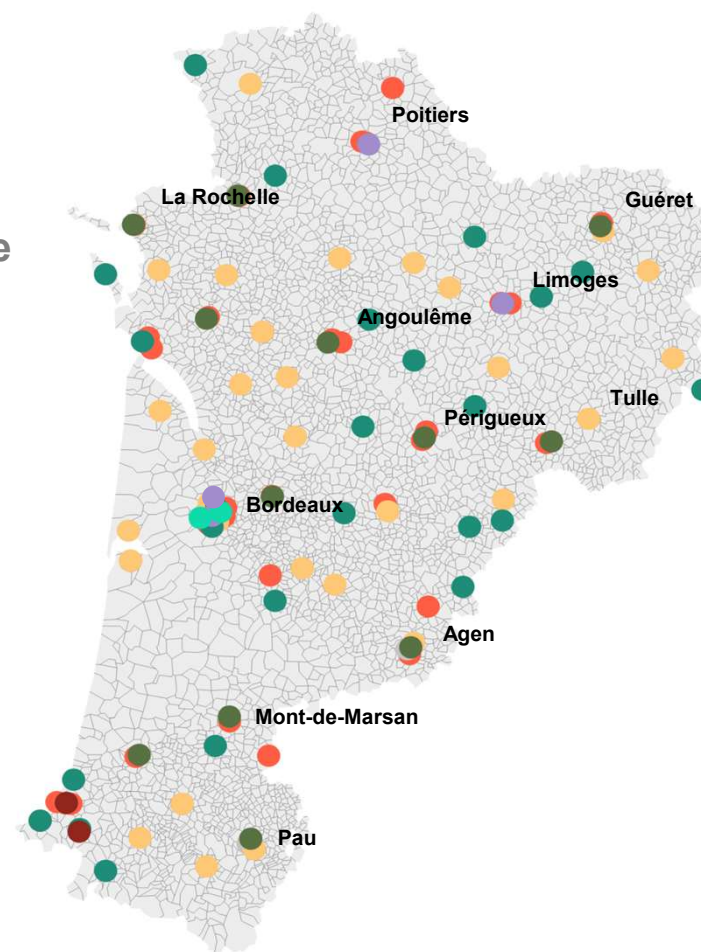
<sup>†</sup> Médiane (intervalle inter-quartile)

- **Groupe 6** : Grands hôpitaux pédiatriques parisiens
- **Groupe 7** : Centres hospitalo-universitaires et très gros centres hospitaliers
- **Groupe 8** : Etablissements privés hyperspécialisés dans une activité non-chirurgicale
- **Groupe 9** : Etablissements à forte activité obstétrique
- **Groupe 10** : Etablissements privés ayant une activité peu variée et quasi-exclusivement chirurgicale

# Résultats

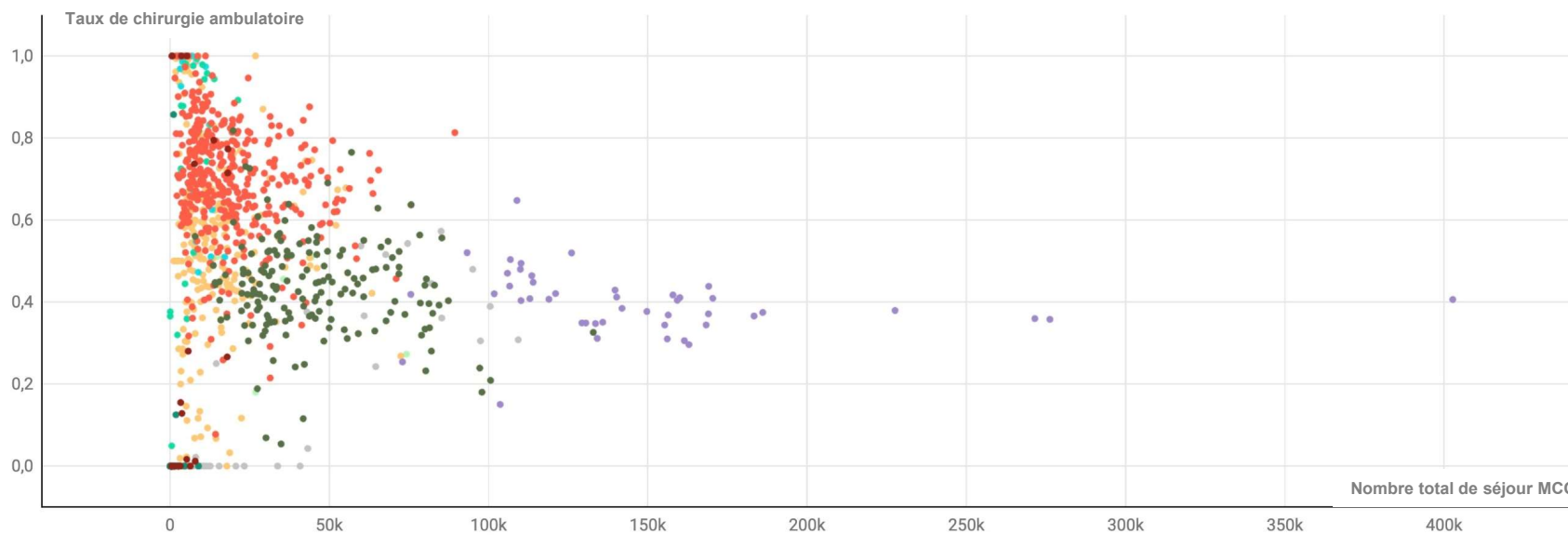
## Distribution des établissements en Nouvelle-Aquitaine

- **Etablissements privés à l'activité variée**
- Etablissements privés ayant une activité peu variée et ne pratiquant pas la chirurgie
- **Petits centres hospitaliers et cliniques**
- **Très petits centres hospitaliers, sans activité chirurgicale ni obstétrique et sans urgence**
- **Centres hospitaliers ou gros établissements privés**
- **Centres hospitalo-universitaires et gros centres hospitaliers**
- **Etablissements privés hyperspécialisés dans une activité non-chirurgicale**
- **Etablissements privés ayant une activité peu variée et quasi-exclusivement chirurgicale**



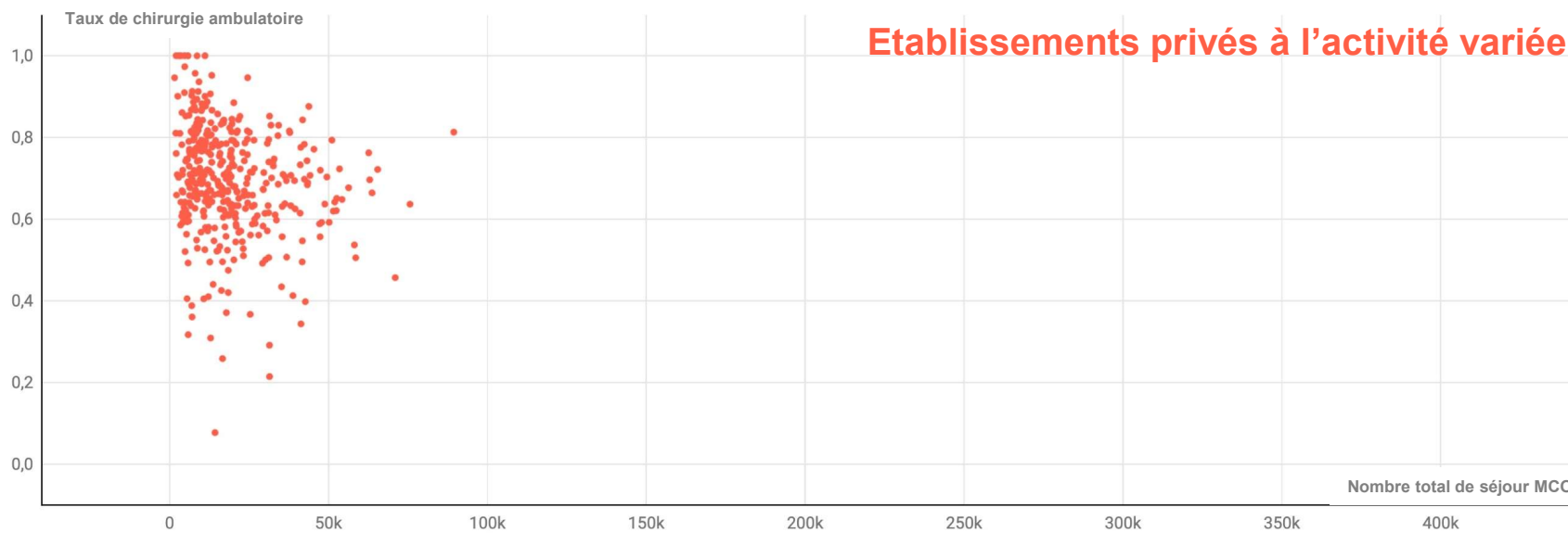
# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Taux de chirurgie ambulatoire



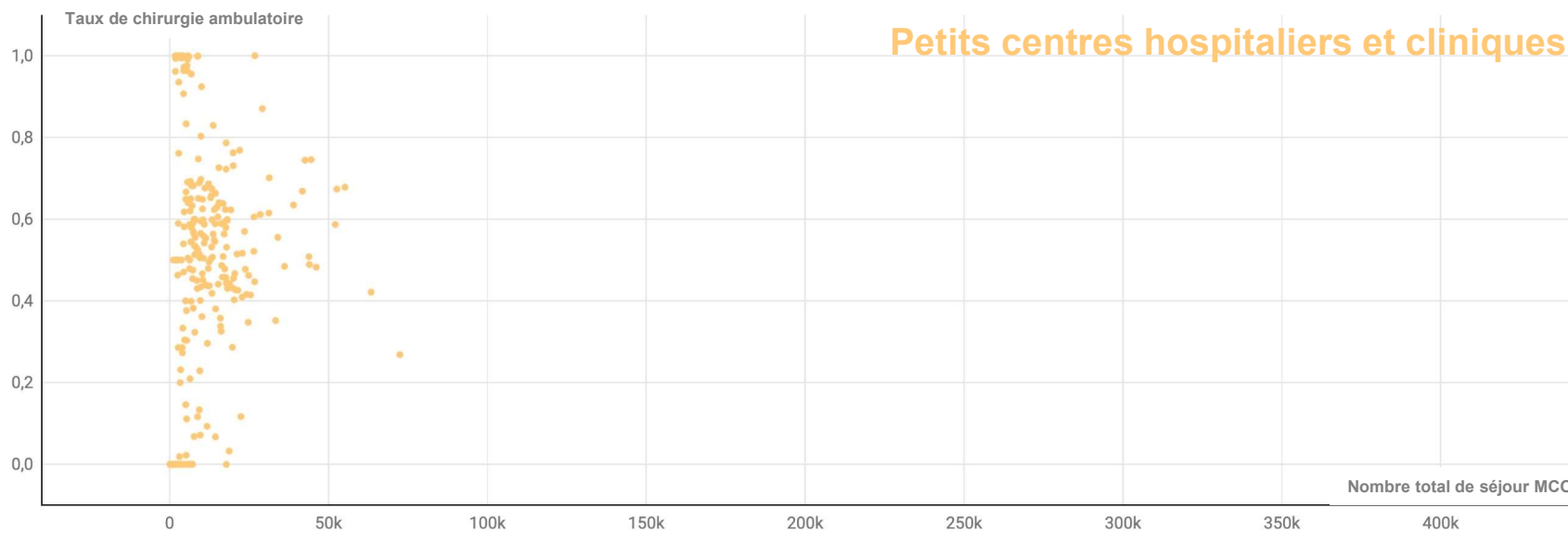
# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Taux de chirurgie ambulatoire



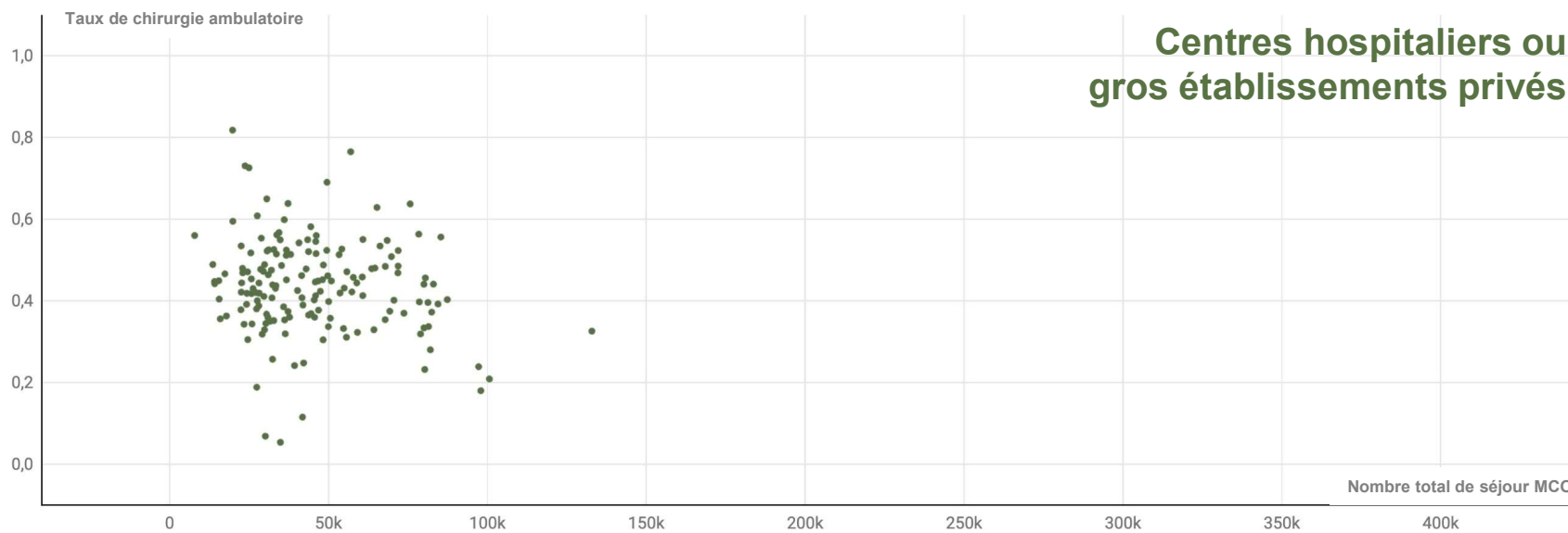
# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Taux de chirurgie ambulatoire



# Résultats

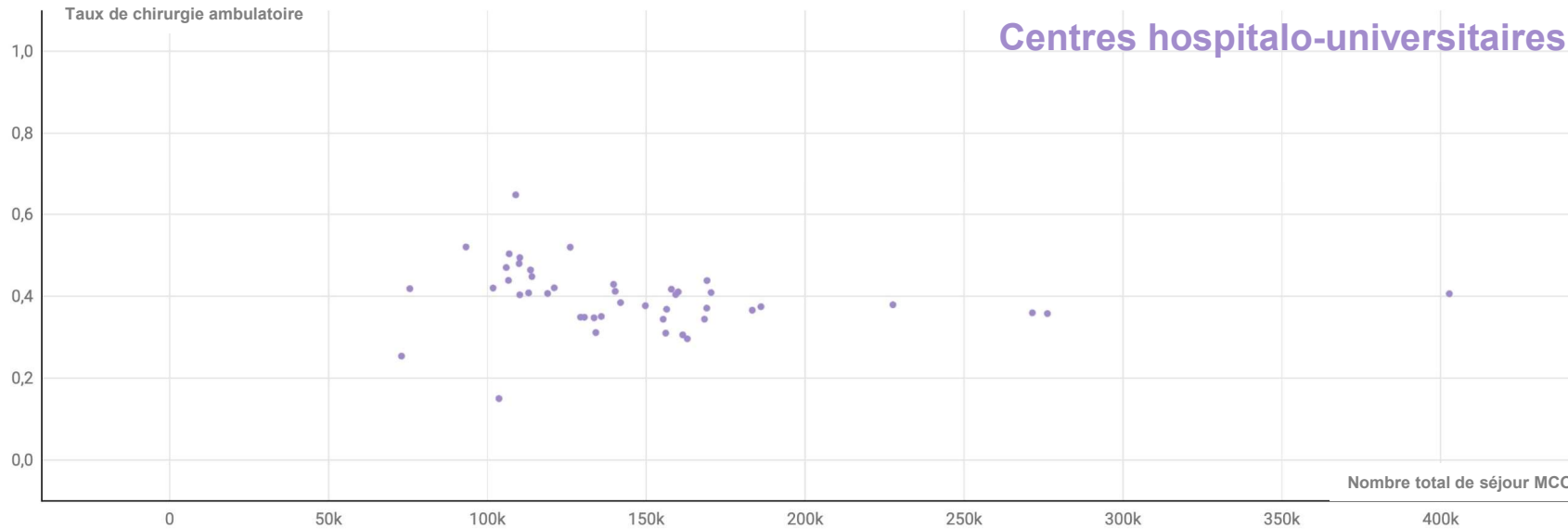
## Application pratique – Comparaison intergroupe – Taux de chirurgie ambulatoire





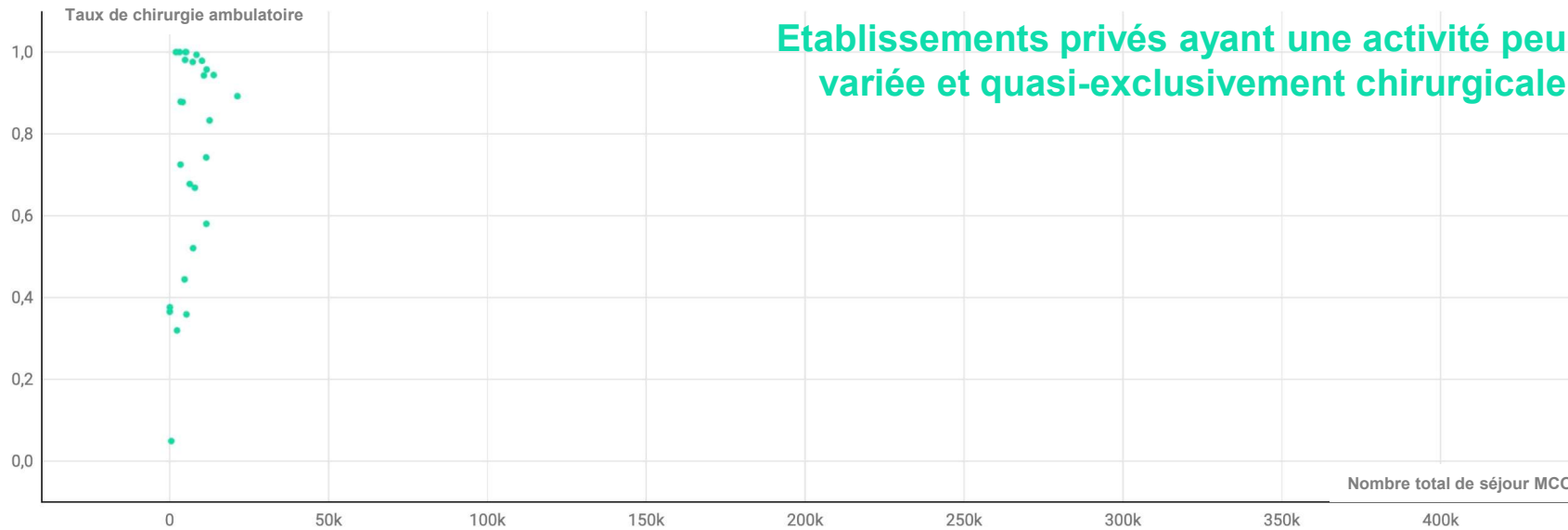
# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Taux de chirurgie ambulatoire



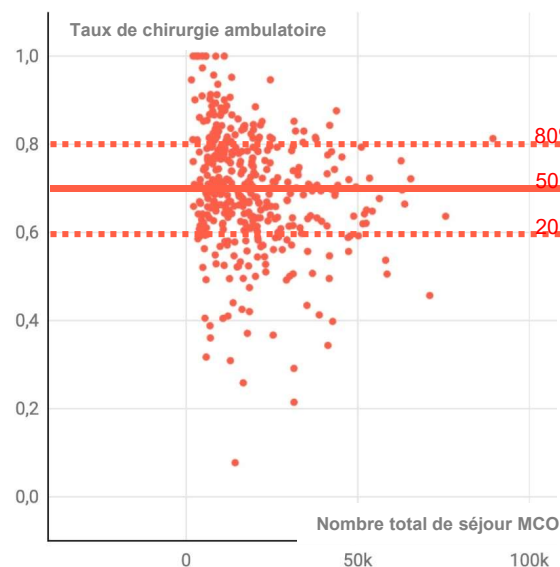
# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Taux de chirurgie ambulatoire

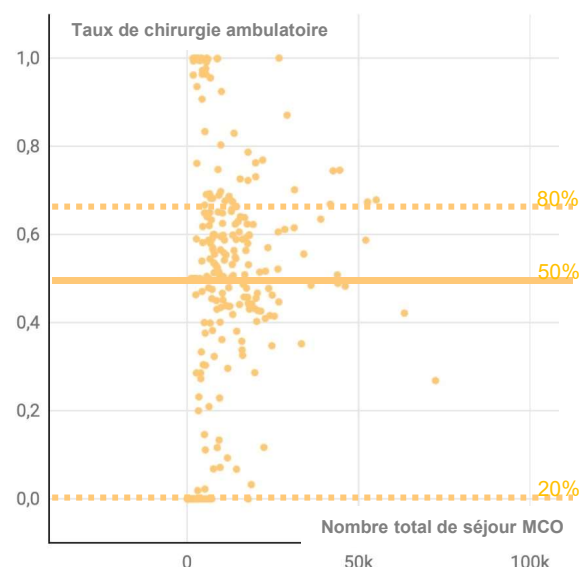


# Résultats

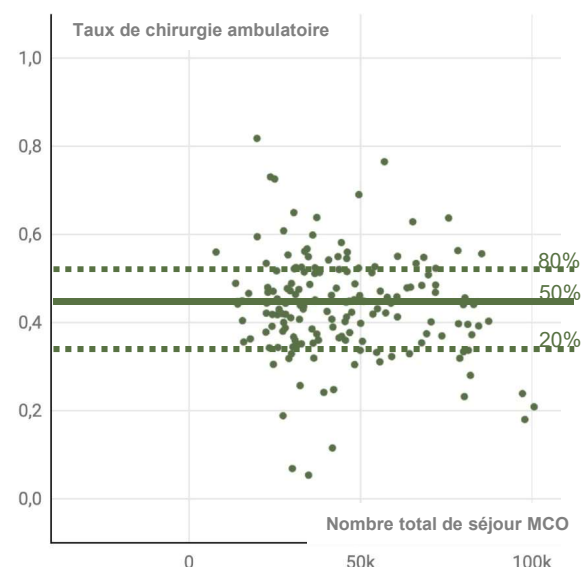
## Application pratique – Comparaison intergroupe – Taux de chirurgie ambulatoire



Etablissements privés à l'activité variée



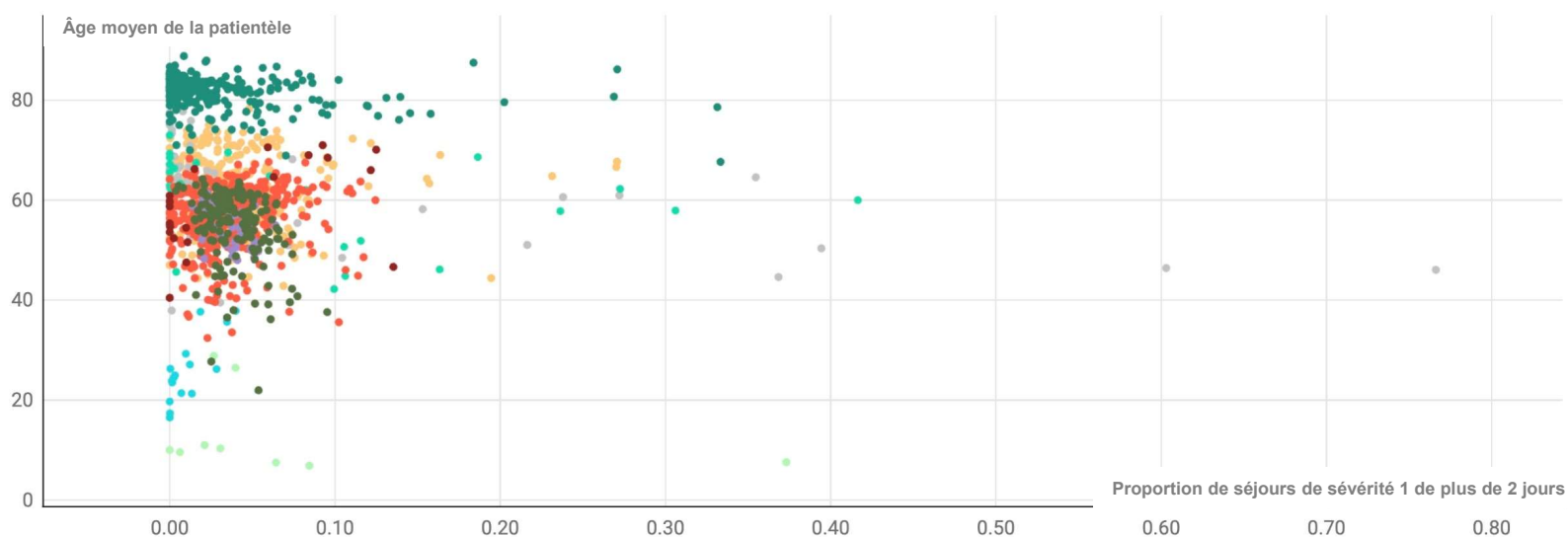
Petits centres hospitaliers



Centres hospitaliers ou gros établissements privés

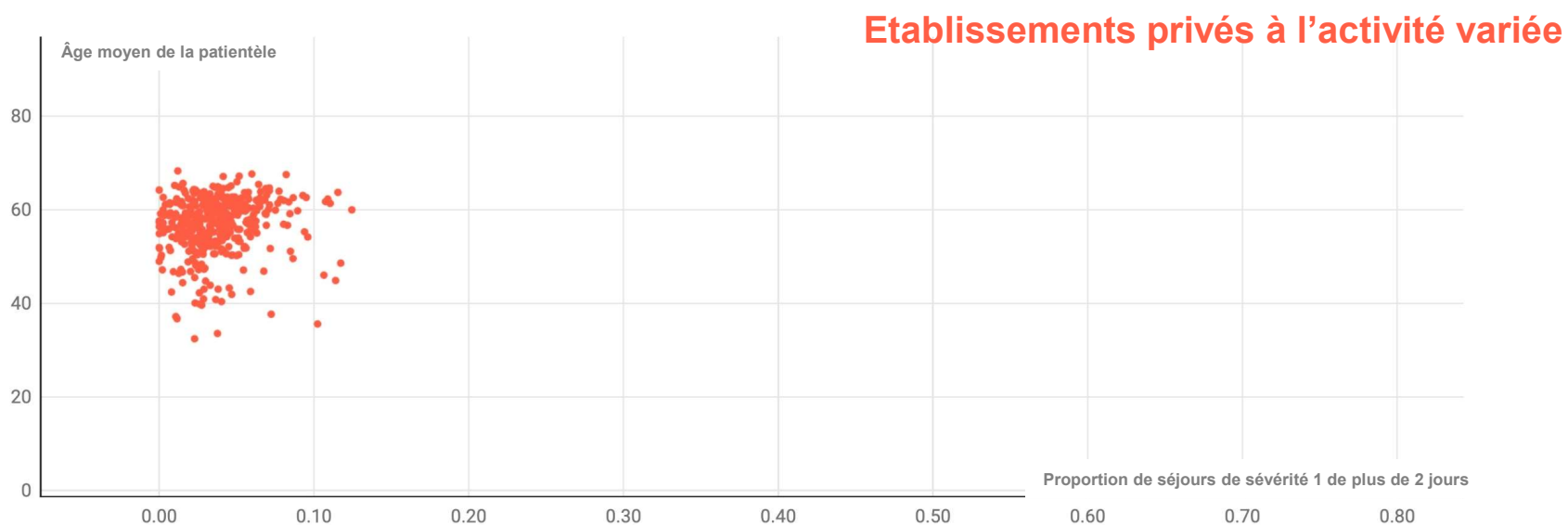
# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Séjours optimisables



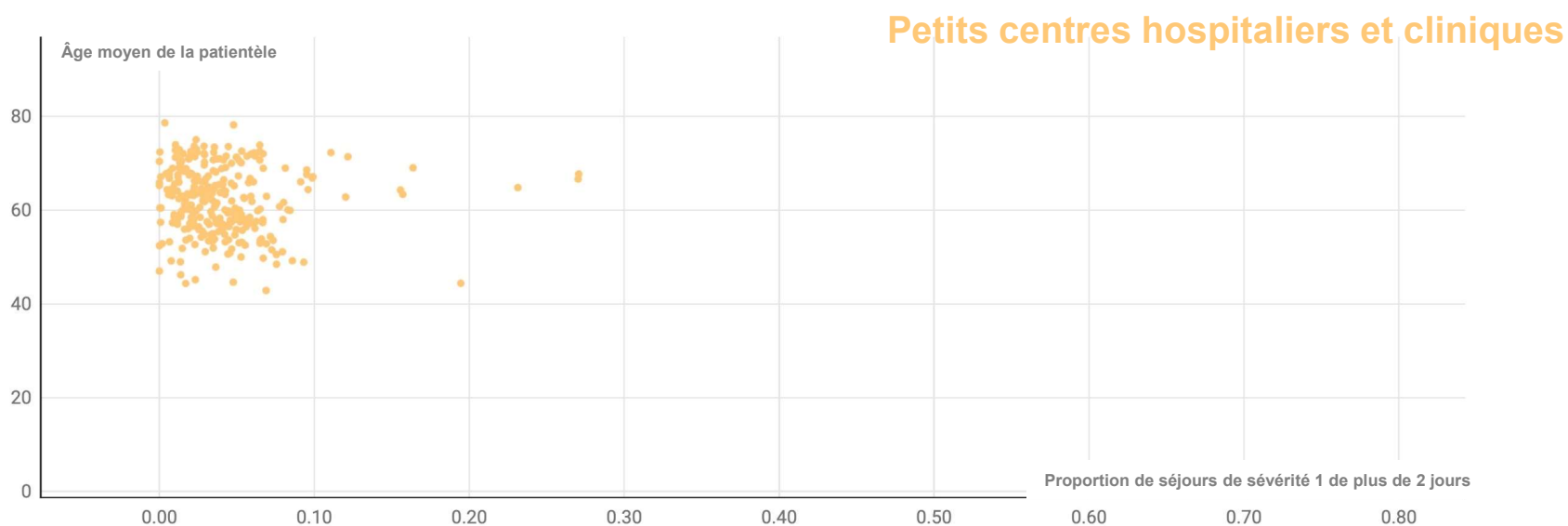
# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Séjours optimisables



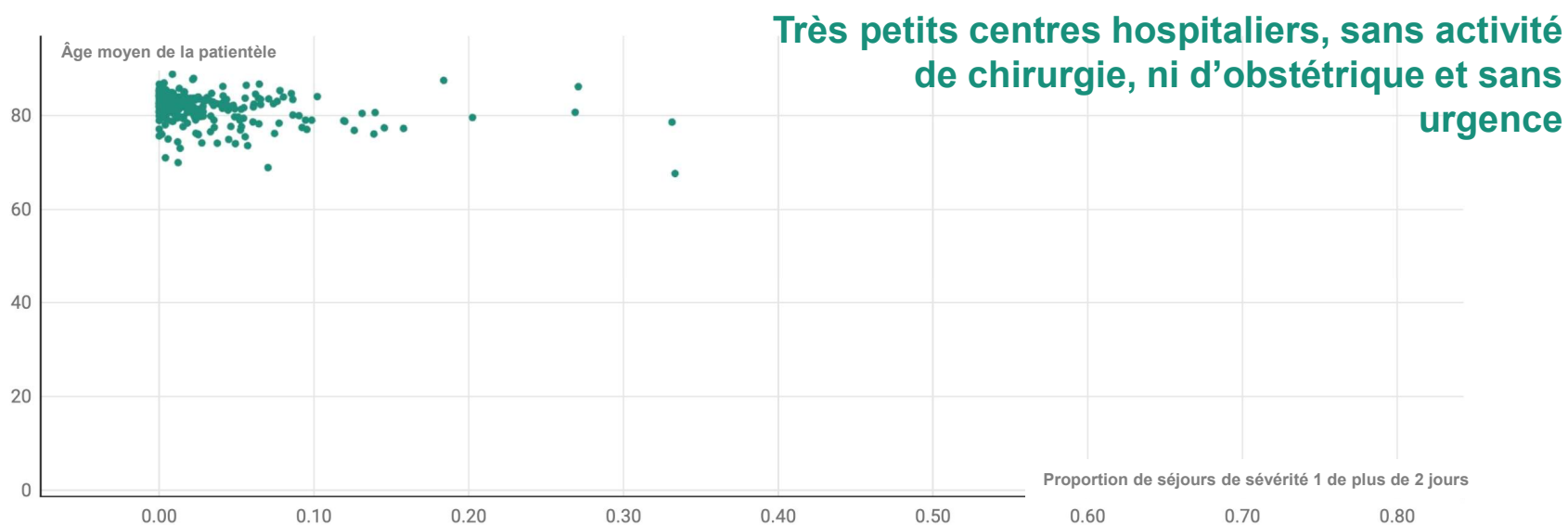
# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Séjours optimisables



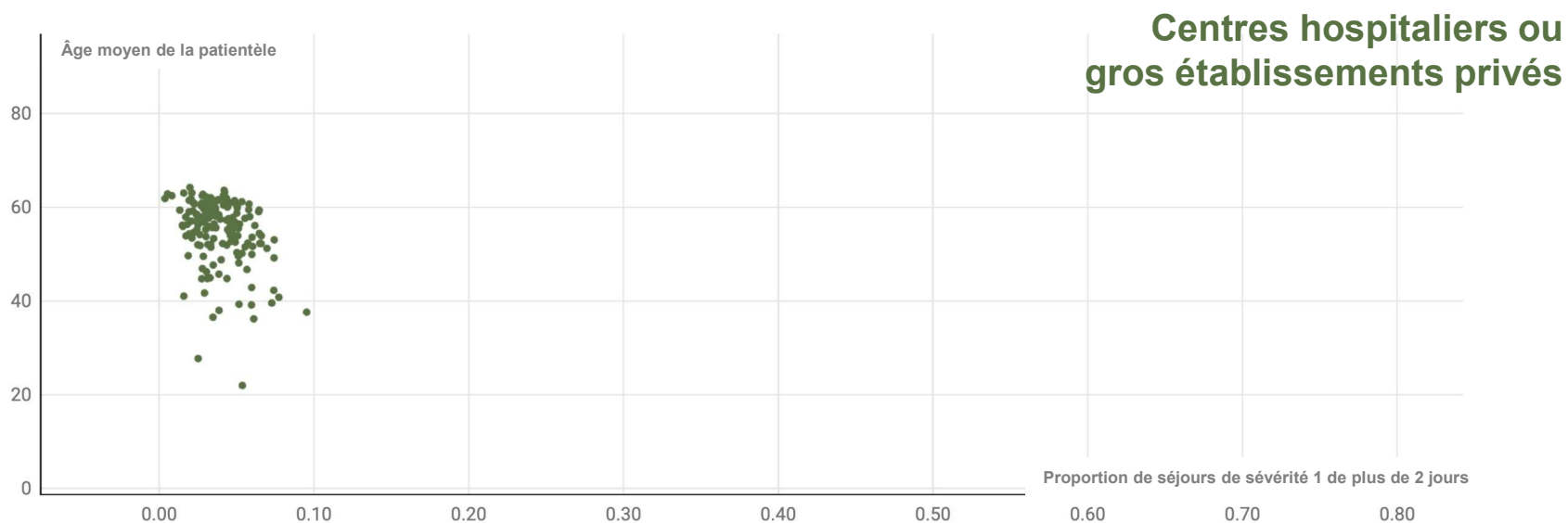
# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Séjours optimisables



# Résultats

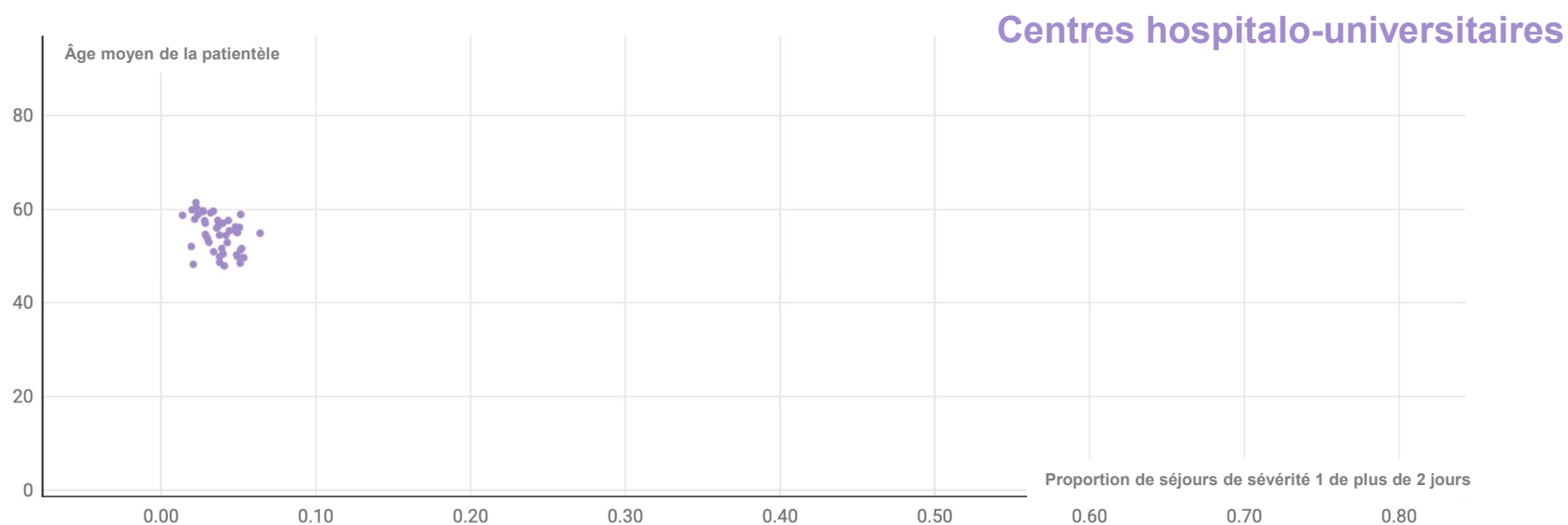
## Application pratique – Comparaison intergroupe – Séjours optimisables





# Résultats

## Application pratique – Comparaison intergroupe – Séjours optimisables



# Résultats

## Application pratique – Comparaison intragroupe

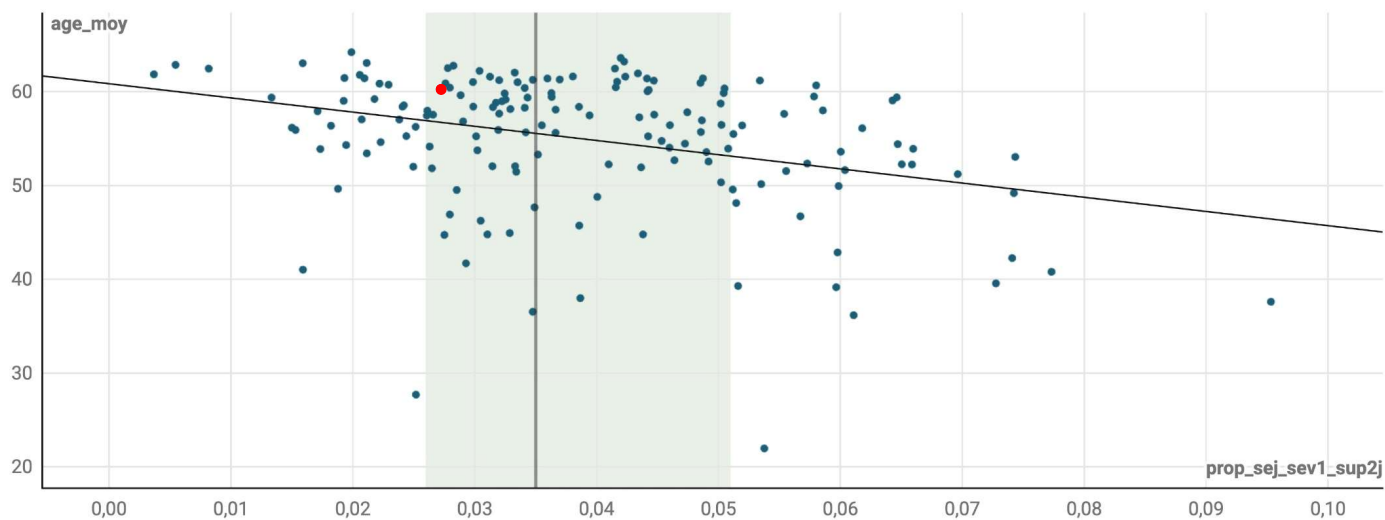
Etablissements MCO de Nouvelle-Aquitaine appartenant au groupe n°5 :

- CH d'Angoulême (16)
- GH La Rochelle-Ré-Aunis, CH de Saintonge-Saintes (17)
- CH de Brive (19)
- CH de Guéret (23)
- CH de Périgueux (24)
- CH de Libourne, Polyclinique de Bordeaux Nord (33)
- CH de Mont-de-Marsan et CH de Dax (40)
- CH d'Agen (47)
- CH de la Côte Basque et CH de Pau (64)
- CH de Niort (79)

# Résultats

## Application pratique – Comparaison intragroupe

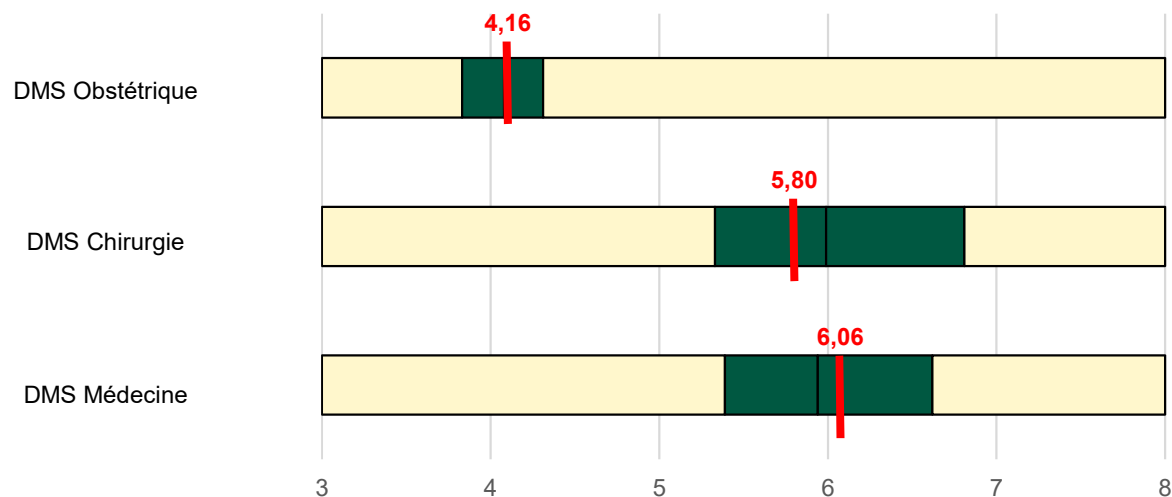
Comparaison entre établissements du groupe n°5 :



# Résultats

## Application pratique – Comparaison intragroupe

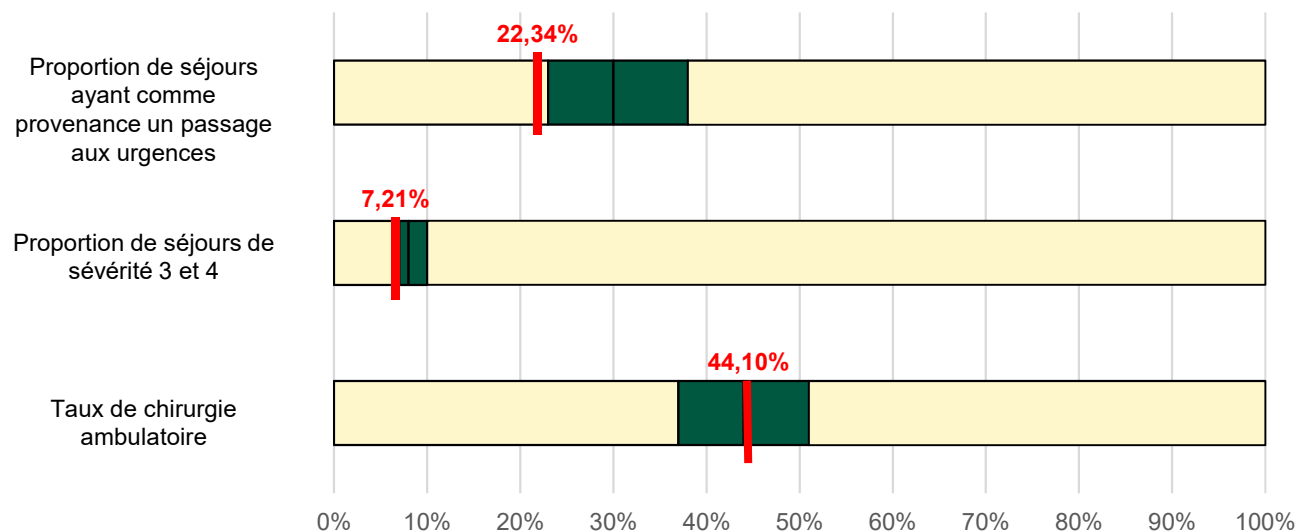
Comparaison entre établissements du groupe n°5 :



# Résultats

## Application pratique – Comparaison intragroupe

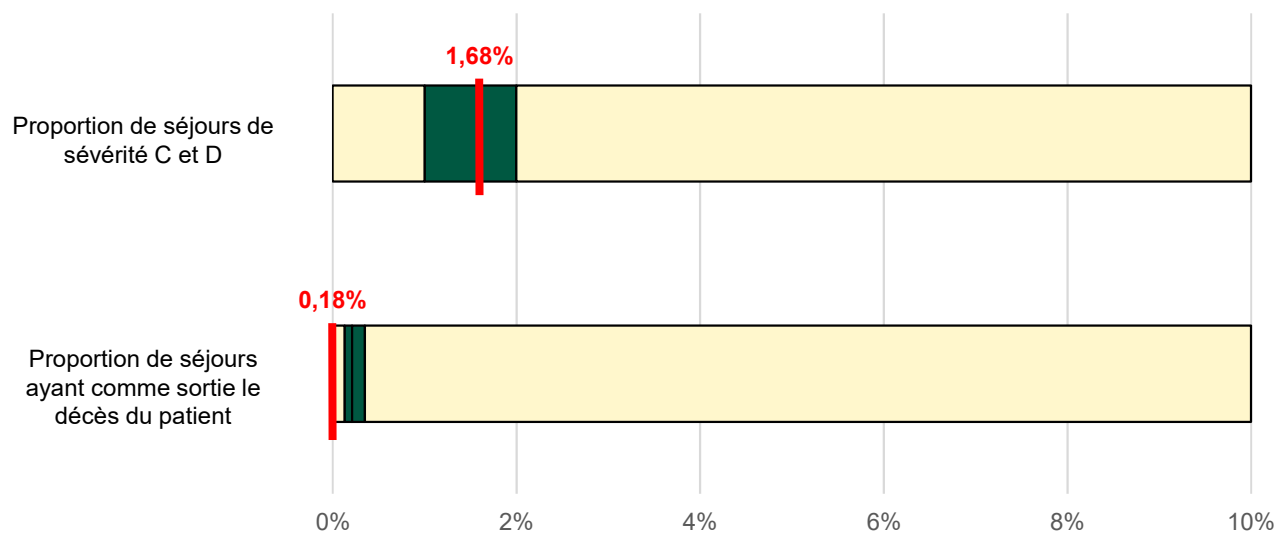
Comparaison entre établissements du groupe n°5 :



# Résultats

## Application pratique – Comparaison intragroupe

Comparaison entre établissements du groupe n°5 :





## 4. Discussion

# Discussion

## Perspectives

- **Utilisation de la classification sur les différents indicateurs de performance utilisés par l'ARS dans son suivi des établissements de santé.**
- **Communication des groupes aux établissements de santé de Nouvelle-Aquitaine.**
- **Mise à jour annuelle de la classification avec les données de l'année N-1.**





**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**Merci pour votre attention**

# 5. Echanges sur l'accès au dossier patient

(Dr Manuel Eymeri)

## 6. Temps d'échanges



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



COTRIM NA – Plénière 07/05/2024

**Merci de votre participation**