
ARS ARA - Clermont - 8/01/2019

ARS ARA - Lyon - 10/01/2019

DOS - Pôle Performance et Investissements

Benchmark 2019

Bloc Opératoires-UCA

Lancement



Introduction

- 1. Principes généraux du benchmarking**
- 2. Présentation de la démarche**
- 3. Les recueils d'activité**
- 4. Prochaines échéances**

Annexes

Sommaire

Introduction



Equipe Projet



Dr Martine Gelas-Boniface

Edwige Olmedo



Yoan Jacquemin



Cédric Mbwentchou

L'ARS Auvergne Rhône-Alpes organise un nouveau Benchmark régional simultané des Blocs opératoires et des UCA en Mars 2019

Le benchmark couvrira en partie les enjeux d'hébergement et de parcours patient, illustrés par la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC).

Objectifs :

Comparaison par rapport aux benchmarks précédents :

- en ex Rhône-Alpes :

- **Bloc Opératoire : 2007 / 2008 / 2010 / 2012 / 2015**
- **UCA : 2013 / 2015**

- en ex Auvergne :

- **Bloc Opératoire : 2011**

et toujours évaluation interne de l'organisation et de la performance.

Le retour des expériences précédentes de benchmarking : les établissements engagent des réflexions aboutissant à des mesures d'amélioration durable des organisations.

Benchmark BLOC => Taux de participation à 74 % (59 ES sur 80 autorisés)

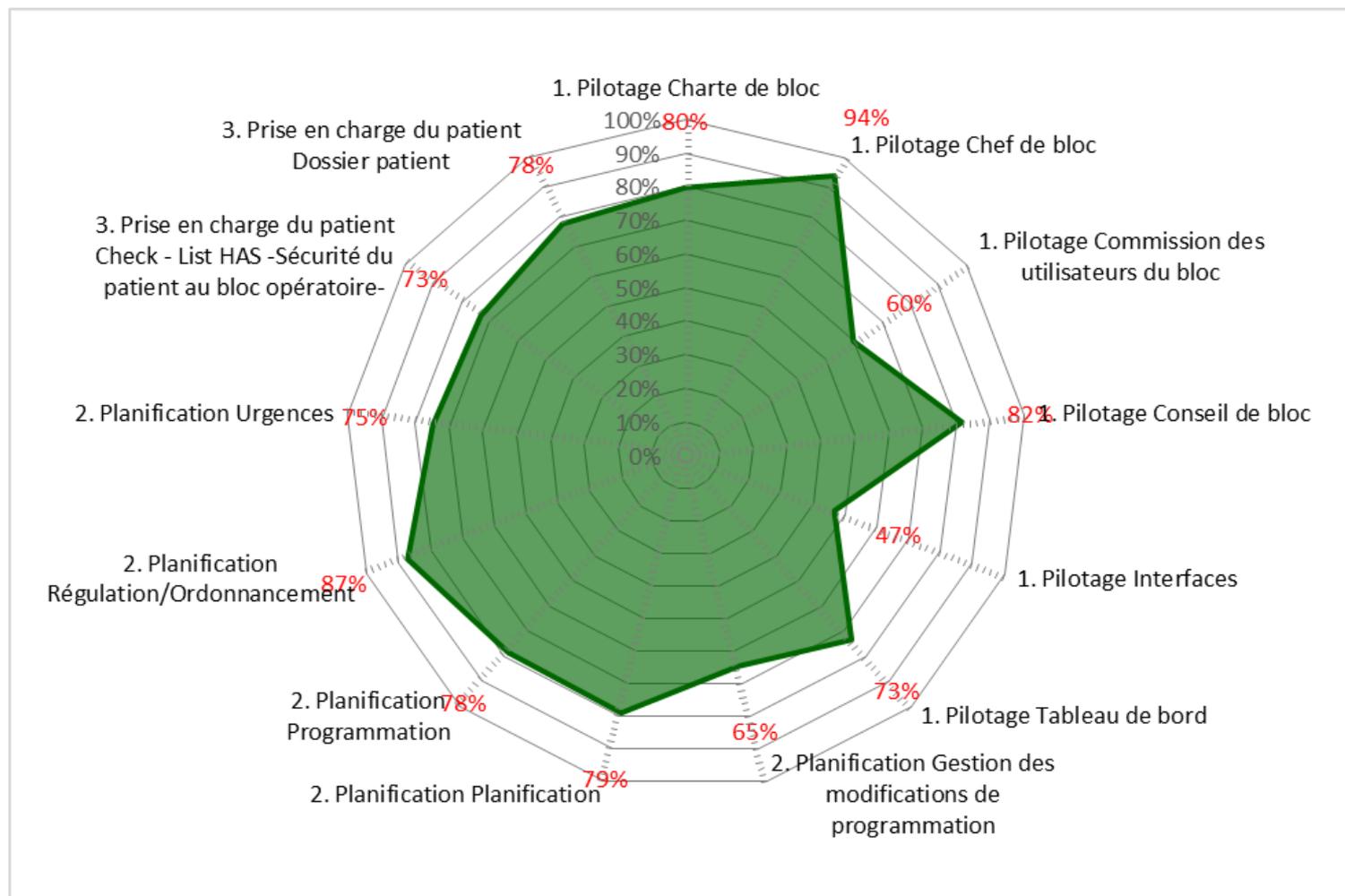
- 59 établissements MCO ce qui représentait 98 blocs opératoires distincts
- ...et presque 60 000 interventions

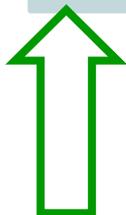
Exemples d'actions mises en œuvre à la suite des benchmarks blocs opératoire 2015 :

- Redimensionnement des vacations ;
- Revue des plannings et horaires du personnel soignant ;
- Revue des règles de programmation et de l'ordonnancement des patients ;
- Informatisation du bloc opératoire pour permettre le suivi en routine des indicateurs clés.

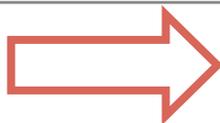
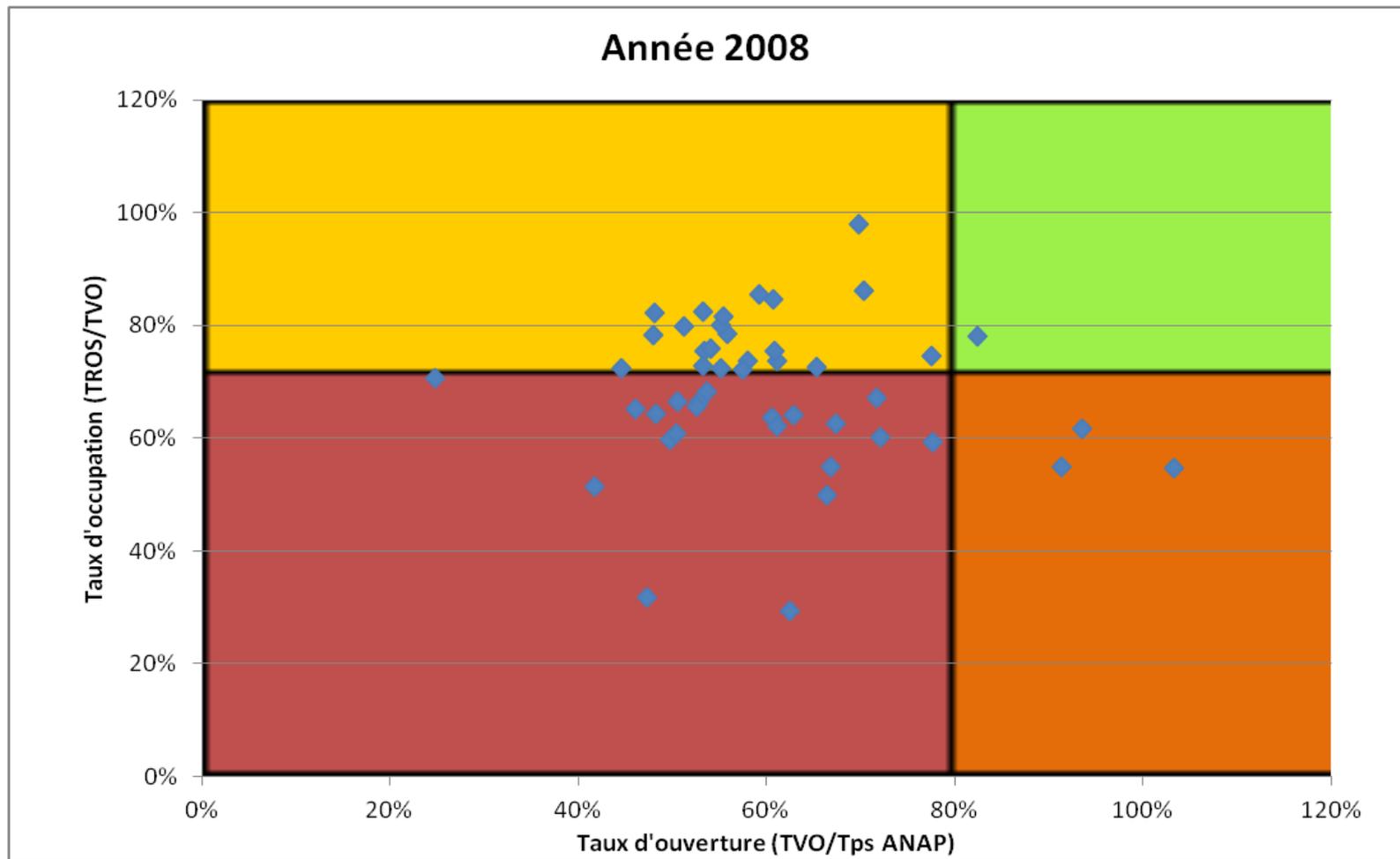
Restitution BLOCS OPERATOIRE 2015

Maturité organisationnelle

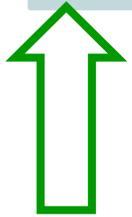




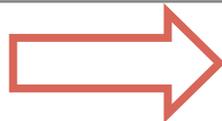
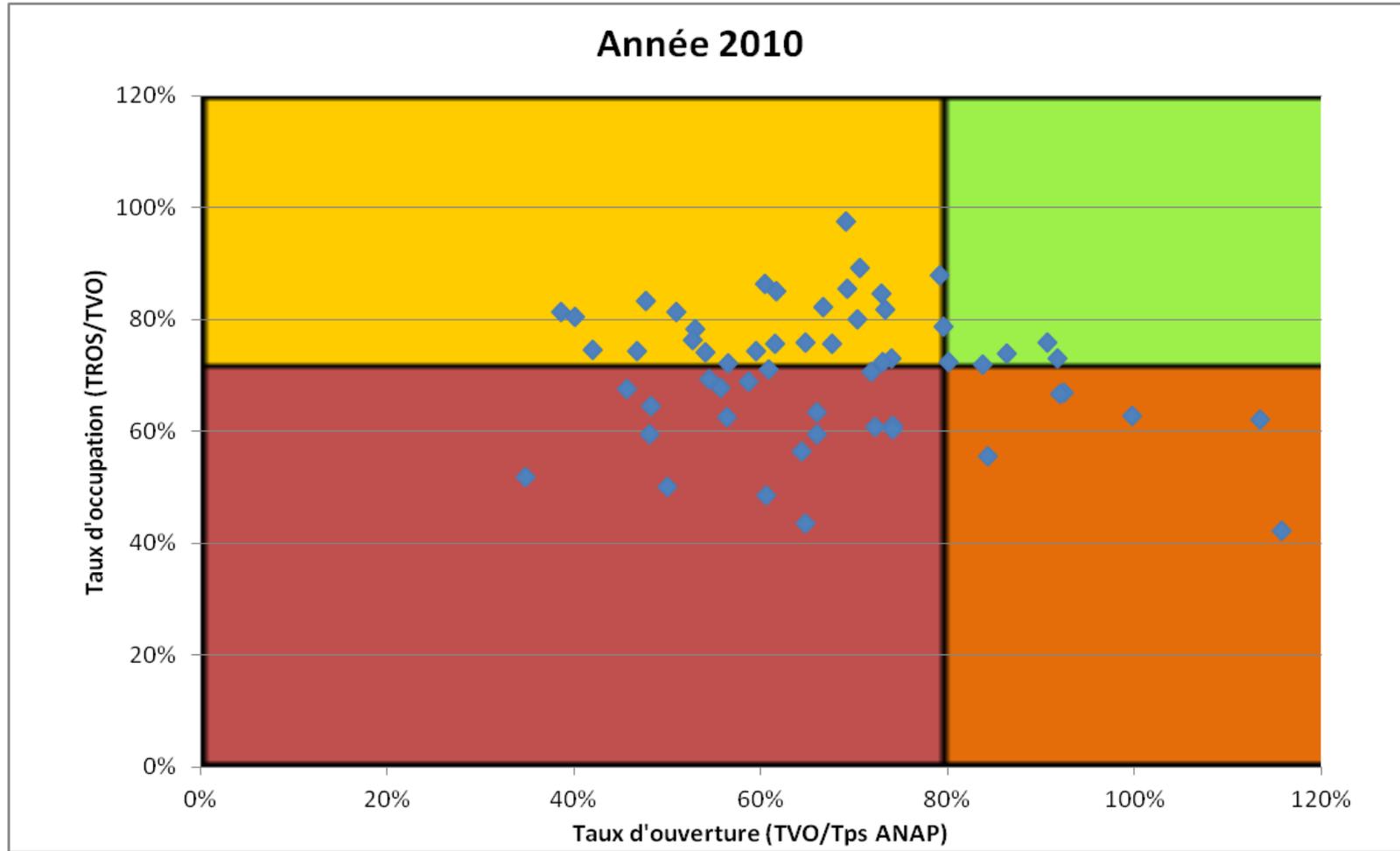
Optimisation de l'occupation des vacances



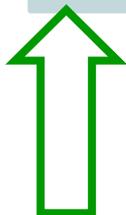
Augmentation de la capacité opératoire



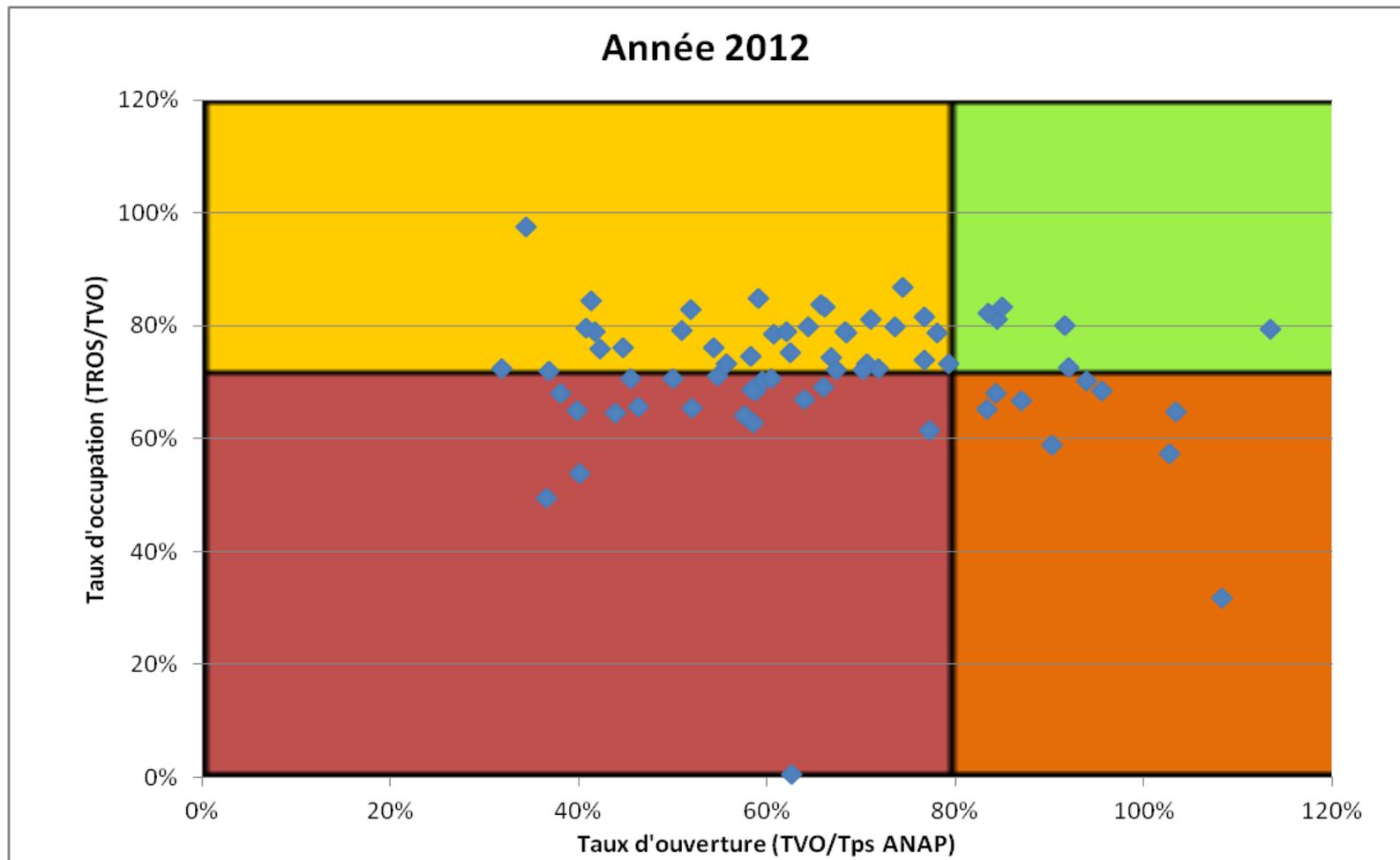
Optimisation de l'occupation des vacances



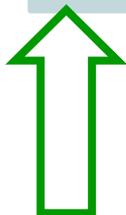
Augmentation de la capacité opératoire



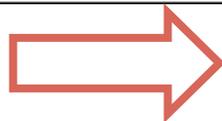
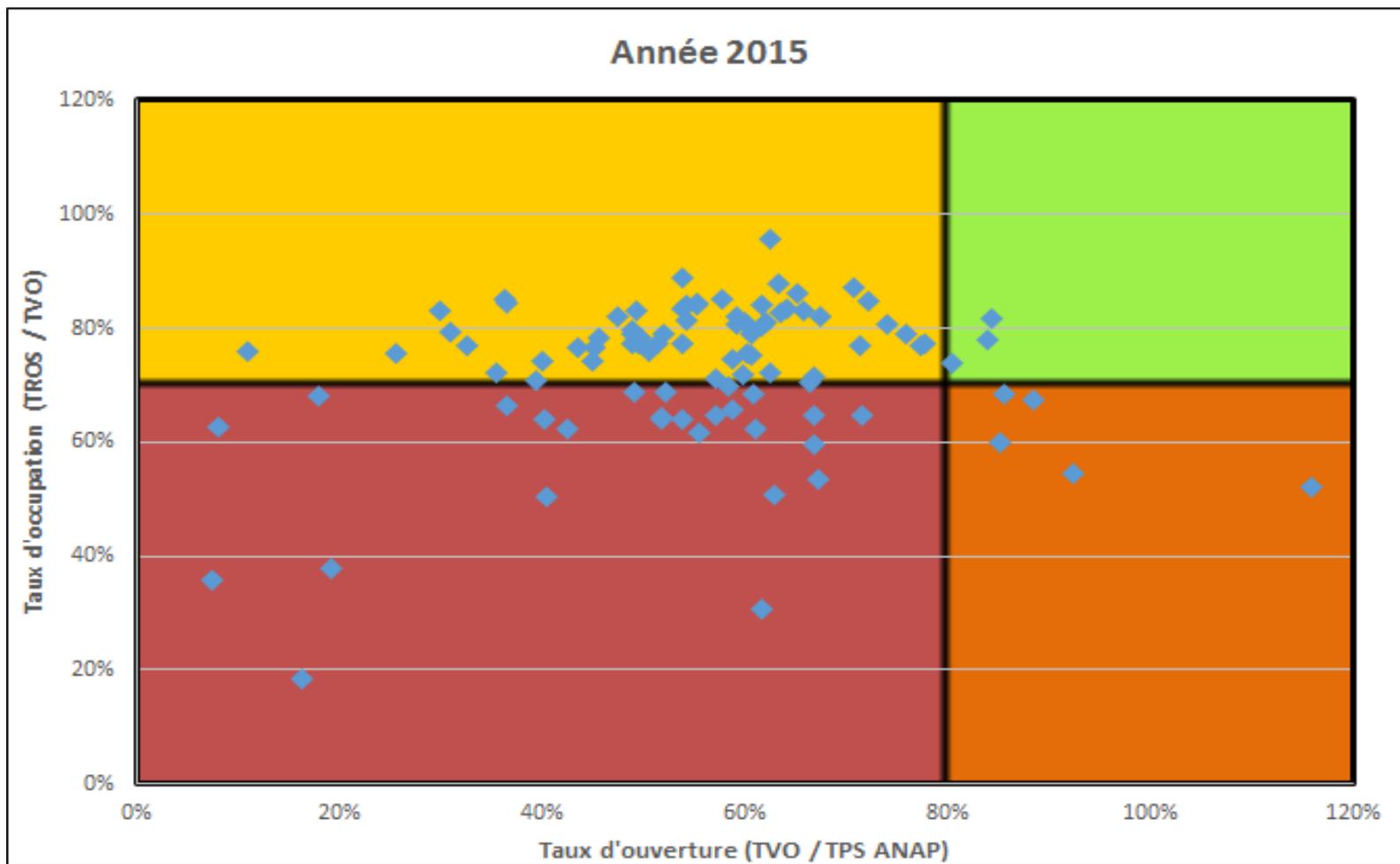
Optimisation de l'occupation des vacances



Augmentation de la capacité opératoire



Optimisation de l'occupation des vacances



Augmentation de la capacité opératoire

Adéquation vacation/activité

- Une **activité chirurgicale en croissance** sur la région du fait surtout de la forte croissance de l'ambulatoire, sur un taux d'ouverture a peu près stable → une meilleure productivité par salles
- Une **activité programmée dépassant les 80%** dans la grande majorité des établissements
- Une **sous-ouverture des blocs qui perdure** au regard de la capacité globale théorique selon le référentiel ANAP qui intègre par exemple une vacation le samedi matin qui est très peu utilisé
- Des **débordements et des démarrages tardifs à travailler** pour au moins 20% de la région

Anesthésie

- Des taux d'équipements en SSPI assez proches dans tous les blocs (rapport 1/1,5)
- Des modalités de surveillance post-opératoire très différenciées dès qu'il ne s'agit plus d'Anesthésie générale : quelles sont les pratiques les plus adaptées?
- Une certaine hétérogénéité de la présence anesthésique ne dépassant pas 2 salles par MAR

Benchmark UCA => taux de participation à 72% (55 ES sur 76 autorisés)

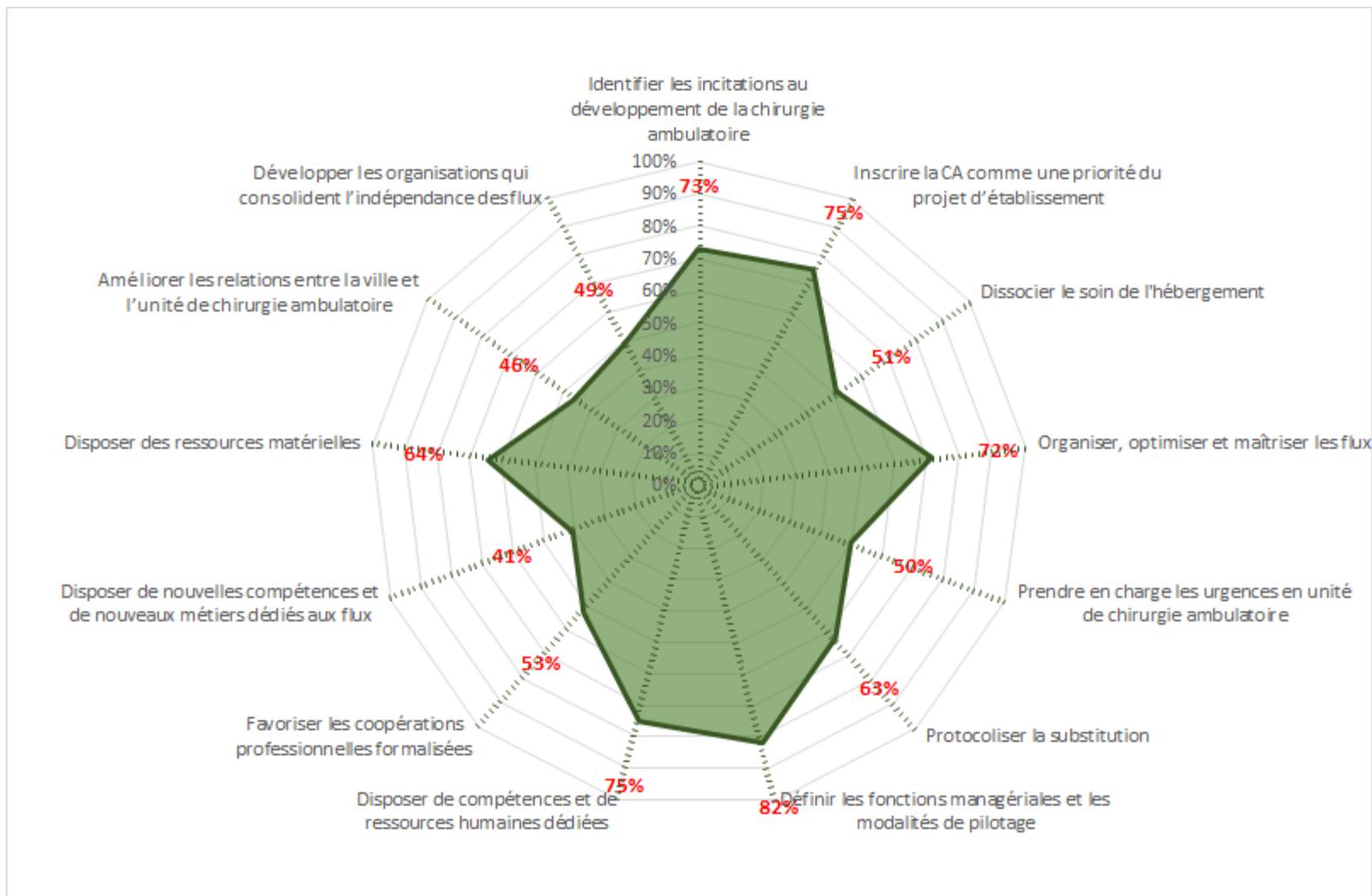
- 55 établissements MCO ce qui représentait 66 unités;
-et plus de 30 000 séjours.

Exemples d'actions mises en œuvre à la suite du benchmark UCA 2015 :

- Travail sur les protocoles de prises en charge par acte pour réduire la DMS (permettant la rotation des places d'UCA) ;
- Passeport ambulatoire ;
- Mise en place d'une marche en avant dans le processus de prise en charge du patient (vestiaire piscine, salon d'entrée, salon de sortie,...) ;
- Définition de critères de non éligibilité à l'ambulatoire à la consultation chirurgicale et anesthésique.

Auto-évaluation organisationnelle UCA (Autodiag HAS/ANAP)

- 49 Questionnaires renseignés sur 13 axes d'analyses :



- **51 Questionnaires** renseignés sur 7 axes d'analyses :
 - Programmation
 - Suivi post-interventionnel
 - Préparation du patient
 - Satisfaction patient
 - Séjour en UCA (exemple ci-dessous)**
 - Echanges avec la ville et partenariat
 - Systèmes d'informations

Question	Non / Jamais	Partiellement / Parfois	Majoritairement / Souvent	Oui / Complètement / Toujours
Les patients valides se rendent au bloc en marchant	69%	29%	2%	0%
Les patients valides se rendent en salle d'opération en marchant	77%	23%	0%	0%

Question	Non / Jamais	Partiellement / Parfois	Majoritairement / Souvent	Oui / Complètement / Toujours
L'UCA dispose d'un vestiaire commun	80%	NA	NA	20%
L'UCA dispose d'un salon pré-opératoire	80%	NA	NA	20%

Question	Non / Jamais	Partiellement / Parfois	Majoritairement / Souvent	Oui / Complètement / Toujours
L'UCA dispose d'un salon de sortie (sous surveillance IDE)	30%	NA	NA	70%

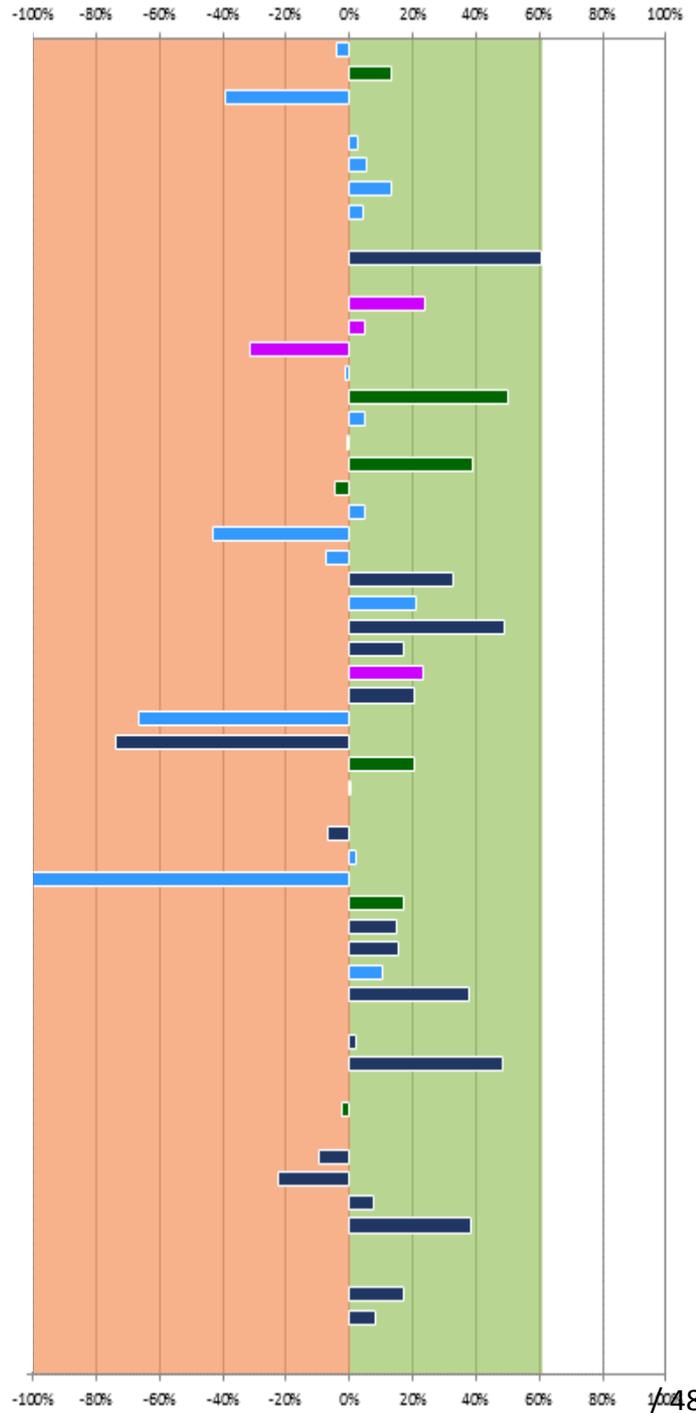
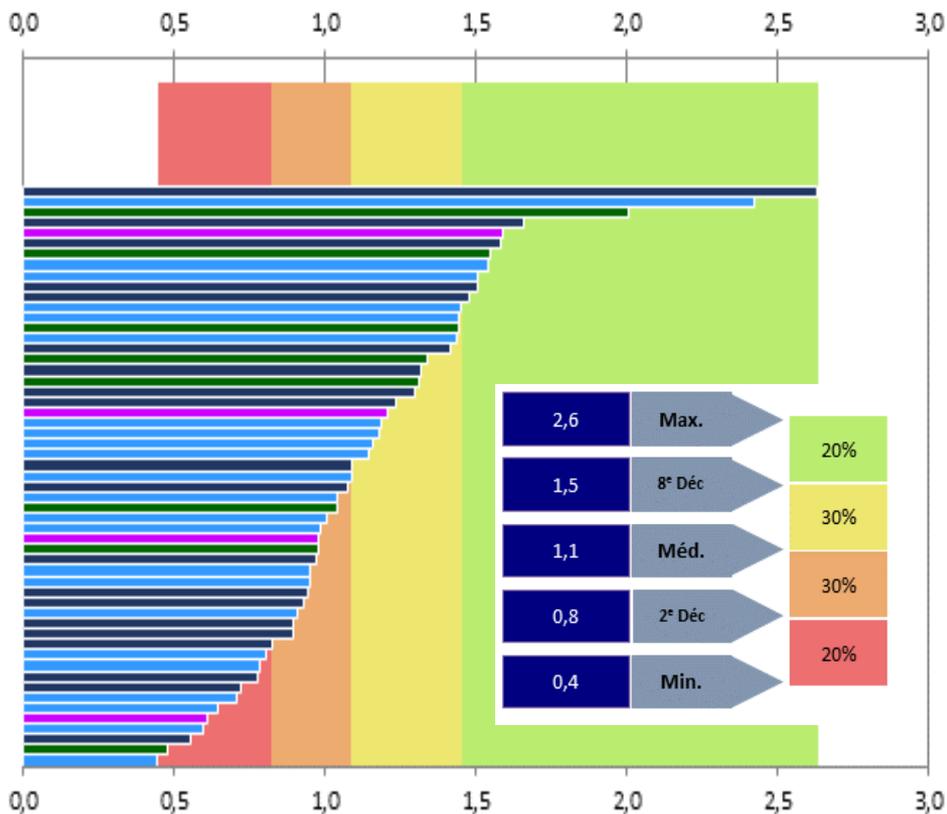
Rotations

Taux de Rotation et Evolution

Définition

Taux de rotation : Nbre de séjours réalisés / Nbre de places x Nombre de journées d'ouvertures (20 sur la période de recueil)

Evolution entre 2013 et 2015 avec une augmentation de 5% en médiane

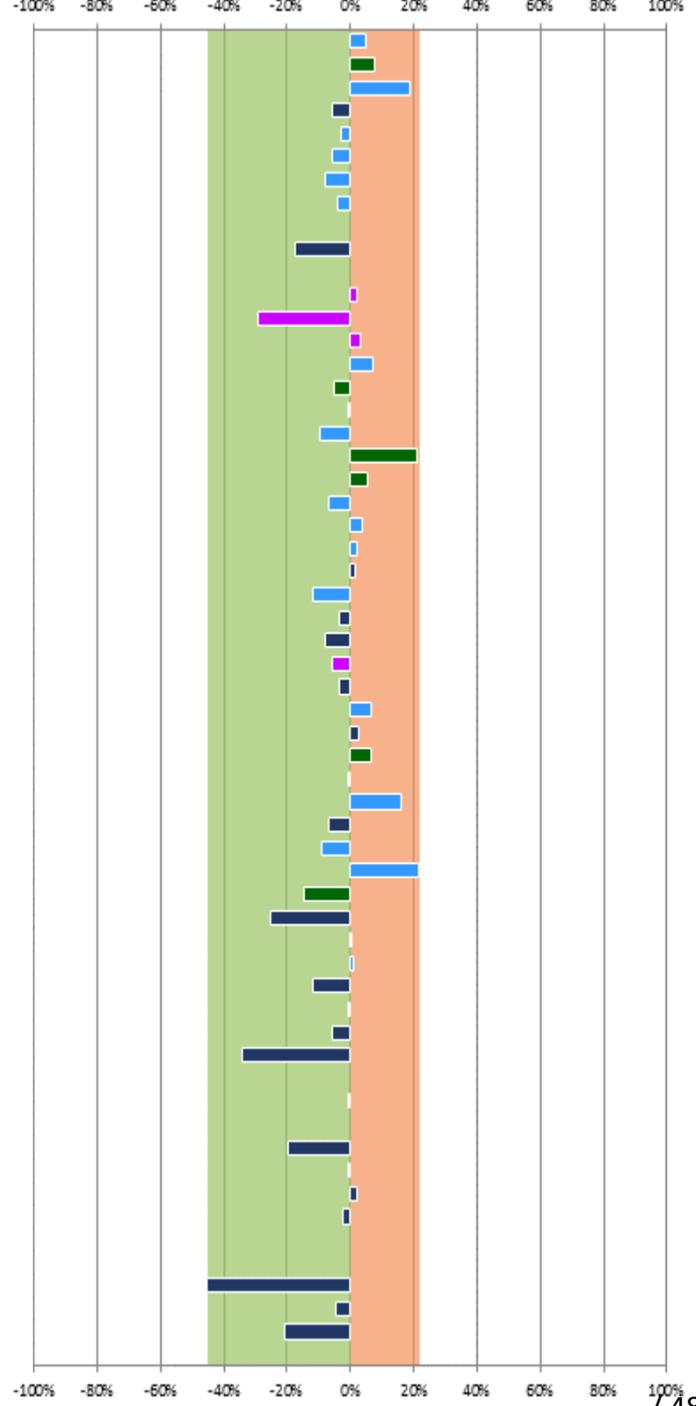
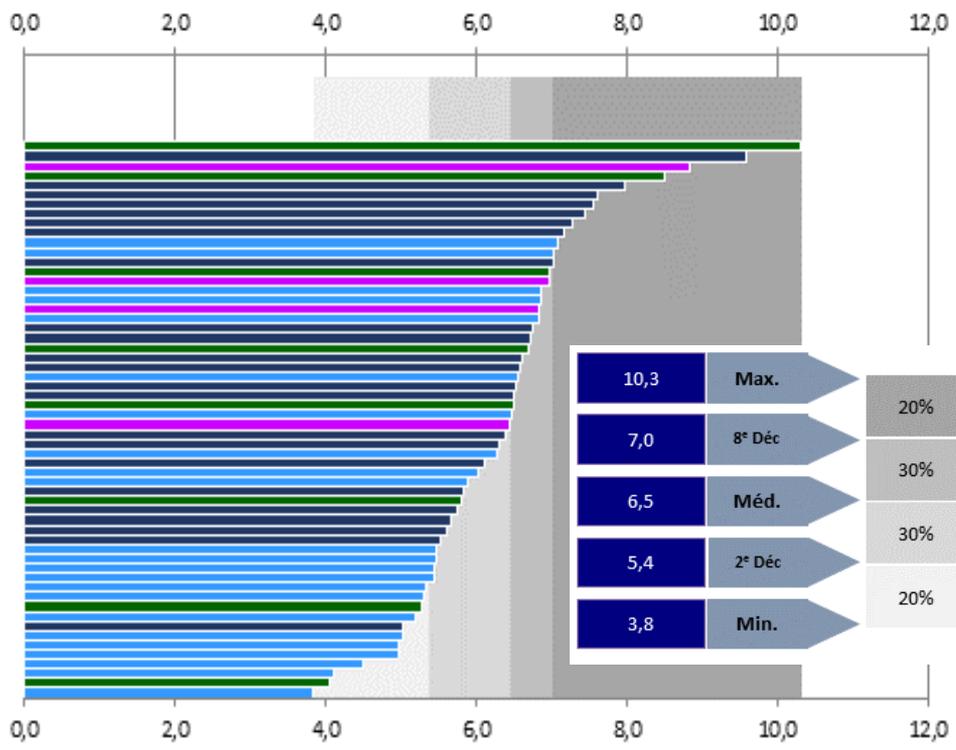


Flux patient

Durée Moy. Séj. – Evolution

Définition

Durée moyenne des séjours au sein de l'UCA
Evolution entre 2013 et 2015
 Augmentation de la durée par prise en charges complexes mais médiane diminution individuelle de 3%



Rotation au sein de l'UCA

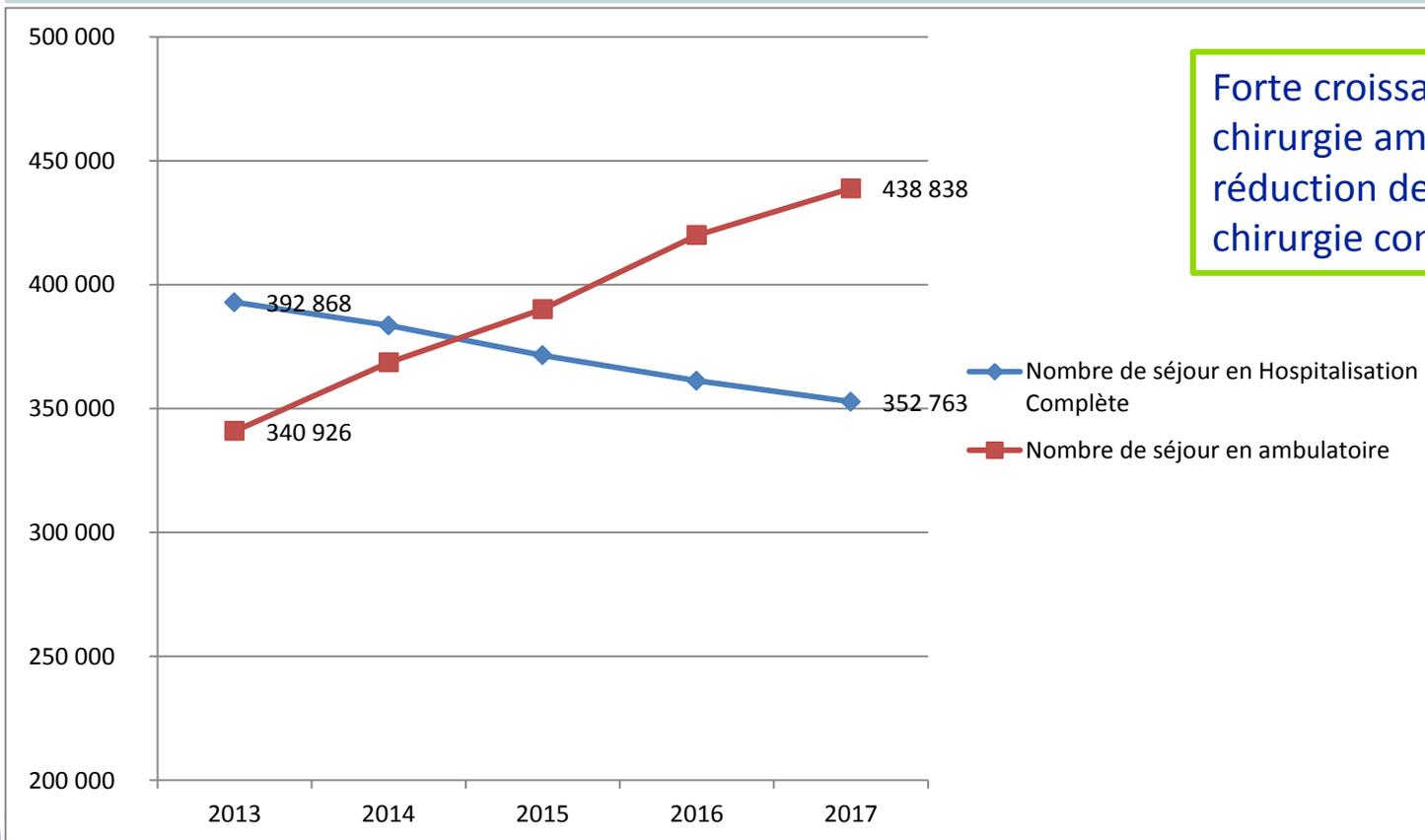
- Une nette **progression du taux de rotation** dans une majorité des établissements
- Des **marges de progrès encore importantes** dans beaucoup d'UCA au vu de la valeur moyenne du taux de rotation. Sous réserve d'évolution du cadre physique et de l'organisation de certaines UCA (marche en avant, salons d'accueil et de sortie...)

Flux Patient

- Une **amélioration tendancielle** incontestable témoignant de la progression des organisation
 - Des évolutions des valeurs moyennes régionales pas toujours significatives, d'autant que la croissance attendue de la substitution des interventions pratiquée antérieurement en HC augmente la durée moyenne de séjour en UCA (ex: la croissance des cholécystectomies en ambulatoire)

Organisation

- Des **pratiques de suivi pré et post chirurgie qui augmente** dans les spécialités les plus concernées.
- Une **remise immédiate du compte-rendu aux patients qui restent encore minoritaire**



Forte croissance de l'activité de chirurgie ambulatoire avec une réduction de l'activité de chirurgie complète

Evolution du taux de chirurgie ambulatoire

	2013	2014	2015	2016	2017	Taux Cible	Année cible
Taux de chirurgie ambulatoire Région ARA	46,5%	49,0%	51,2%	53,8%	55,4%	60,5%	2018

Résultats des indicateurs de l'HAS (année 2018)

Le regard croisé des résultats (évaluation par les patients et par les professionnels) permet de tirer 4 enseignements principaux au niveau national :

- **La prise en charge en chirurgie ambulatoire est jugée correcte par les patients.**
- Ils sont **bien informés en amont de l'intervention** et **rassurés** efficacement au cours de leur séjour.
- **L'organisation de la sortie et du retour à domicile doit être améliorée :**
 - l'évaluation du patient pour la sortie n'est tracée que dans 77 % des dossiers.
 - 50 % des patients ont été recontactés par l'établissement dans les jours suivants la sortie.
 - un quart déclare ne pas avoir reçu d'informations sur les signes ou complications devant les conduire à recontacter l'établissement en urgence
 - deux tiers rapportent qu'ils n'ont pas eu le numéro de téléphone de la personne ou du service à contacter en cas d'urgence.

Améliorer l'organisation de la sortie demeure d'ailleurs une priorité pour tout patient hospitalisé : ses progrès doivent porter sur la lettre de liaison à la sortie.

IPAQSS UCA 2018 :

	Evaluation de l'éligibilité à l'admission	Anticipation de la prise en charge de la douleur	Evaluation du patient pour la sortie de la structure
MOYENNE REGIONALE	80	20	79

Objectifs :

- Réaliser un nouveau point de mesure pour l'activité bloc et UCA (évaluation des plans d'actions mis en place à la suite des derniers benchmarks)
- Proposer une aide dans l'évolution des pratiques organisationnelles face au développement de la chirurgie ambulatoire (Partage des bonnes pratiques organisationnelles, Référentiels communs,...)
- Ajout d'items sur la RAC pour mesurer son développement au sein de la Région

Intérêts d'une démarche commune :

- Mise en relation des équipes bloc et UCA durant toute la démarche projet (équipe projet établissement mixte)
- Réflexion commune de l'organisation du bloc prenant en compte l'évolution de l'activité ambulatoire
- Une aide à l'appropriation : vue par spécialité pour les praticiens, qui associe bloc et unité d'accueil des patients

Principes généraux du benchmarking

Partie 1

- **Définition** du *benchmarking* :
 - Des traductions multiples : parangonnage (en Français), palmarès, évaluation comparative, étalonnage des performances, etc;
 - Un principe central : la comparaison;
- C'est un **audit organisationnel de premier niveau**;
- L'ensemble des participants voit l'ensemble des résultats, les non participants n'ont pas accès aux données des établissements faisant la démarche;
- C'est une **démarche volontaire**.

L'ARS s'appuie sur :

- Un **groupe de travail** issu des professionnels publics et privés de la région pour la validation de la démarche proposée.
- **CERCLH** : délivre un appui technique et méthodologique à l'ARS , fournit les outils de recueil et construit la base de données régionale

Composition du GT régional :

HCL, CHU St Etienne, CH Annecy Genevois, CH Valence, CH Le Puy en Velay, Infirmerie Protestante, Centre Léon Bérard, Clinique St Charles (69), GHM de Grenoble, Hôpitaux du Léman, Clinique Charcot, Médipôle de Savoie, Hopital Privé La Chataigneraie

A l'issue du groupe de professionnels réuni par l'ARS, 2 enjeux sont ressortis :

La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire impose de revoir les processus de préparation du patient à son intervention et à sa sortie

A ce titre les ES souhaitent **comparer leurs pratiques en matière d'éligibilité pour personnes seules, d'organisation du transport et d'anticipation des prescriptions, de PEC de la douleur, de pré-habilitation du patient, de recours aux hôtels hospitaliers.**

Les pratiques cliniques évoluent à un rythme accéléré et le benchmark permet de diffuser les pratiques innovantes

Les ES se préparent à mettre en œuvre le décret d'octobre 2018 assouplissant le fonctionnement de salles de réveil et plus largement, souhaitent se comparer sur l'évolution des pratiques anesthésiques

Le recueil de l'activité est simplifié

Le recueil de l'activité au bloc est facilitée par des imports informatiques. Le benchmark doit s'étendre à l'auto-évaluation des activités paramédicales hors salle (arsenaux, bio nettoyage, ...) qui n'était pas abordé dans les études antérieures.

Le GT a confirmé l'intérêt d'une démarche groupée à l'échelle régionale et la nécessité de conserver un recueil détaillé sur 4 semaines, pour répondre aux enjeux ci-dessus

Principes généraux du benchmarking

1 Recueil des données

- Le point d'entrée d'un Benchmark est le recueil de données d'activités.
- Le recueil pourra être réalisé soit via une collecte d'informations sur bordereau de papier suivi d'une saisie sur un outil soit via l'import de données depuis des fichiers CSV (export des SIH ou saisie locale sous MS Excel).

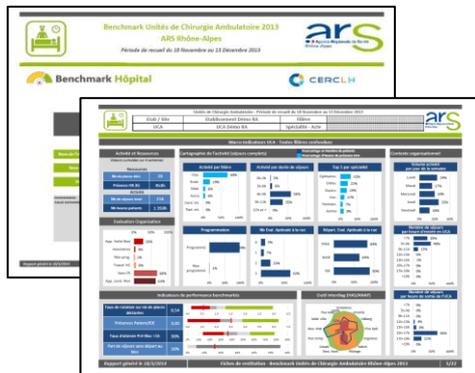
The image shows three overlapping software windows for data collection:

- Top window:** "Renseigner des informations dans la table Vacations". It contains a table with columns: Idem., Heure, Date vacation, Salle. The table lists 9 rows of vacation data for 01/03/2013 and 02/03/2013 in Salle1 and Salle2.
- Middle window:** "Renseigner des informations sur le questionnaire Auto-évaluation". It has a "Programme" section with text about UACA programming and a "Fin" section with a checkbox for patient consent.
- Bottom window:** "Renseigner des informations dans la table Examens". It features a table with columns: Engagement précédent (N°3, Ent), Chang de salle, Examens, Engagement en cours (N°4, Ent). It includes a "Date de l'examen" dropdown and a "Date de l'examen" input field.

Programmation	Réalisation
Patient (coller étiquette, si possible) *	Attente pré-bloc (en tenue de bloc) *
	Salon (>6 places) <input type="checkbox"/> Box (3-6 places) <input type="checkbox"/> Chambre (≤2 places) <input type="checkbox"/>
	Prémédication anxiolytique ? *
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Age du patient <input type="text"/>	Transport ALLER du patient (départ UCA) *
	Couché <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/>
Opérateur *	Transport RETOUR du patient (retour UCA) *
Nom de l'opérateur <input type="text"/>	Couché <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/>
Provenance *	Traçabilité heures réalisées *
Domicile <input type="checkbox"/>	Heure entrée UCA <input type="text"/>
Hospitalisation Conventioneelle <input type="checkbox"/>	Heure départ pour intervention <input type="text"/>
Autre <input type="checkbox"/>	Heure retour en UCA <input type="text"/>
Filière *	Heure libération place UCA <input type="text"/>
Chirurgie <input type="checkbox"/> Soins externes <input type="checkbox"/>	Heure patient sorti d'UCA <input type="text"/>
Endoscopie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/>	
Cardio/ Radio <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Collation *
Programmation *	Heure de collation <input type="text"/>
Programmé (avant Régul. Hebdo) <input type="checkbox"/>	Aptitude à la rue *
Ajouté (entre Régul. Hebdo et J-1-16h) <input type="checkbox"/>	Dernière heure évaluation IDE scoriée <input type="text"/>
Tardif (J-1-16h, J0) <input type="checkbox"/>	Heure visite praticiens dans l'UCA <input type="text"/>
Prise en charge protocolisée <input type="checkbox"/>	Heure visite MAR dans l'UCA <input type="text"/>
Préparation du séjour *	<small>In cas de <u>non-évaluation</u>, inscrire « 0 ». Exemple : si pas de visite praticien en UCA, inscrire « 0 » dans «Heure visite praticien UCA »</small>
Consultation PHM réalisée (kiné, IDE, ...) <input type="checkbox"/>	Transfert Hospit. Conventioneelle *
Ordonnances de sortie transmises au patient <input type="checkbox"/>	Non, pas de transfert HC <input type="checkbox"/>
Heures prévues *	Problème Orga. Interne <input type="checkbox"/>
Heure prévue entrée UCA <input type="text"/>	Raison médicale <input type="checkbox"/>
Heure prévue départ pour intervention <input type="text"/>	Vigilance météo <input type="checkbox"/>
Heure prévue sortie UCA <input type="text"/>	Patient seul <input type="checkbox"/>
<small>In absence de prévision, inscrire « 0 »</small>	Patient prévu en HC <input type="checkbox"/>
Appel la veille (ou Ve→Lu) *	Lettre de liaison (avec CRO personnalisé) *
Echange oral avec le patient <input type="checkbox"/>	Remise au patient <input type="checkbox"/> Envoyé <7> au Médecin Traitant <input type="checkbox"/>
Non répondu <input type="checkbox"/>	Appel le lendemain calendaire *
SMS ou Répondre <input type="checkbox"/>	Téléphonique <input type="checkbox"/>
Aucun échange initié <input type="checkbox"/>	Consultation de suivi <input type="checkbox"/>
Annulation entre J-1 et J0 *	Appel au-delà de J+1 <input type="checkbox"/>
Problème organisationnel interne <input type="checkbox"/>	Non répondu <input type="checkbox"/>
Raison médicale <input type="checkbox"/>	SMS ou répondre <input type="checkbox"/>
Annulation due au patient <input type="checkbox"/>	Aucun échange tenté <input type="checkbox"/>

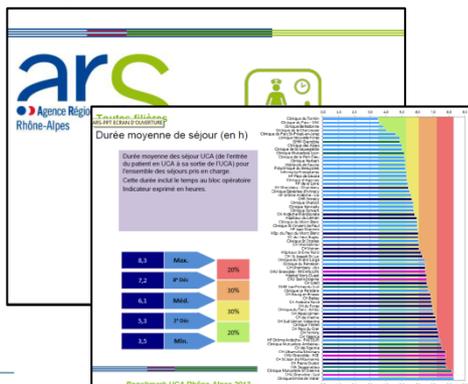
Principes généraux du benchmarking

2 Fiches de restitution individuelle



- Une fois le recueil de données réalisé, nous produisons des fiches de restitution individuelles pour chaque établissement.
- Ces fiches présentent les résultats d'un établissement et le comparent statistiquement aux autres établissements participants. Sont présentées des vues de synthèse (indicateurs stratégiques) et des vues détaillées (indicateurs opérationnels).

3 Diaporama de restitution régionale

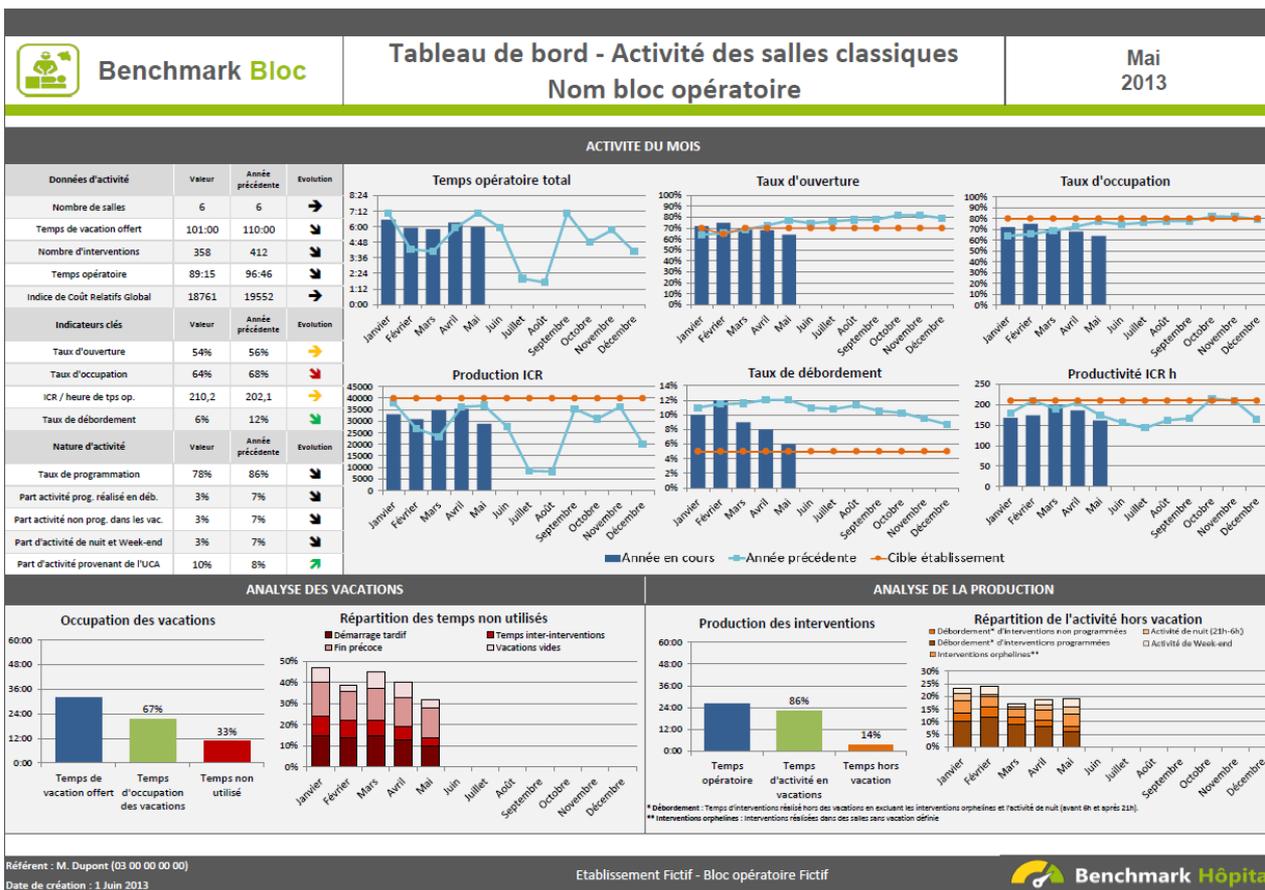


- La clôture d'une campagne de Benchmark s'accompagne généralement d'une réunion de restitution régionale. Le mode de présentation des résultats se veut complémentaire des fiches de restitution.

Possibilité d'utiliser la plateforme en routine

Après une démarche de benchmark : Accès à plateforme de recueil

➔ Accès à des tableaux de bord « Bloc » et « Imagerie » depuis 2013



- **Obtenir une photographie objective de sa performance organisationnelle.**
- **Se situer par rapport aux structures de la région et obtenir des valeurs repères pour les indicateurs clés afin d'objectiver les gisements de performance.**
- **Partager avec les autres structures de la région sur les bonnes pratiques organisationnelles.**
- **Le Benchmark permet d'engager ou de maintenir une démarche d'amélioration interne aux structures : identification des marges de manœuvre et mise en place de plans d'actions d'amélioration.**

Les objectifs du benchmark sont d'aider tous les acteurs à :
Evaluer leur organisation
Améliorer leur performance interne

Présentation de la démarche

Partie 2

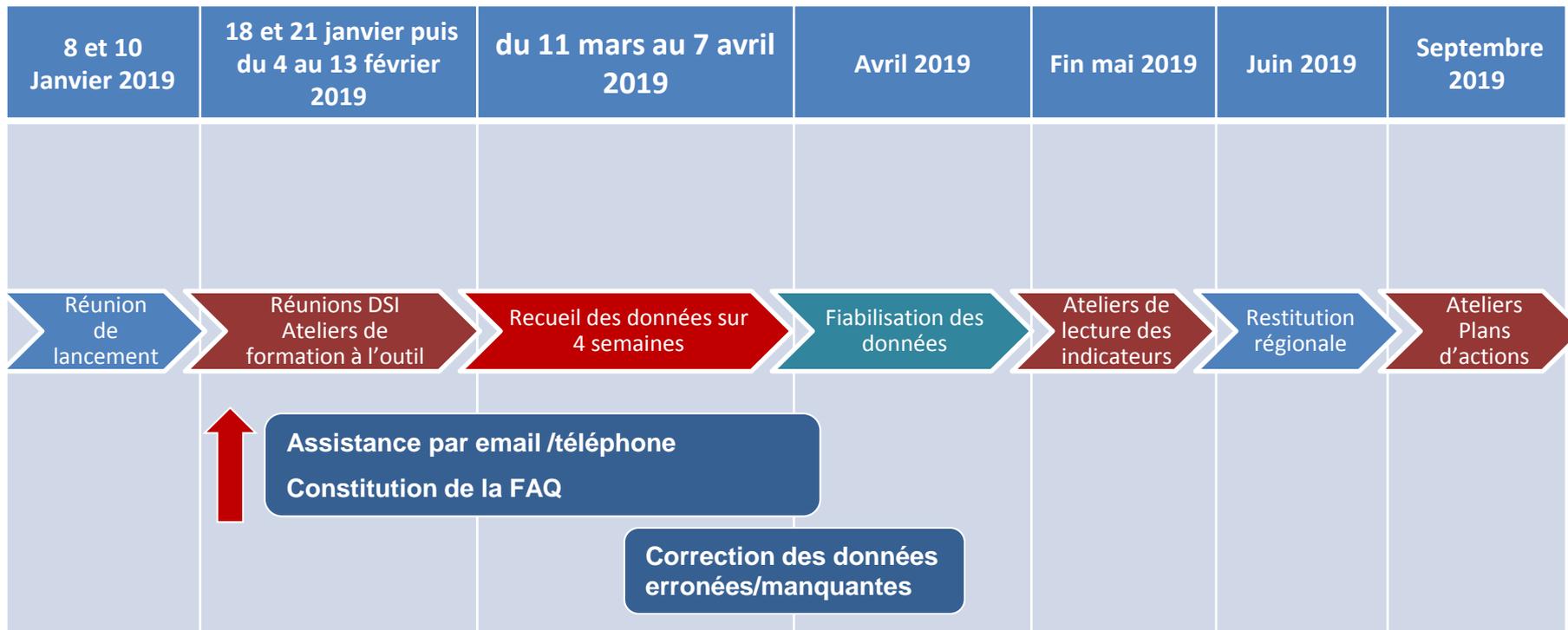
- **Périmètre Géographique :**
Tous les établissements MCO de la région Auvergne-Rhône-Alpes



- **Au sein de chaque établissement :**
 - L'ensemble des blocs opératoires
 - L'ensemble des UCA autorisées

Précisions :

- L'activité foraine ne fait pas partie du périmètre initial mais pourra faire l'objet d'un recueil identifié
- 2 recueils distincts seront mis en place :
 - 1 recueil pour l'activité bloc opératoire
 - 1 recueil pour l'activité des UCA



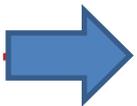
- **Un enjeu fort d'accompagnement des établissements**
 - Un premier atelier de compréhension et de partage des pratiques
 - L'identification des tendances régionales lors de la restitution régionale
 - Un second atelier collectif de définitions des plans d'actions et de bonnes pratiques

- **Suite à l'appel à candidature, vous avez transmis la composition de l'équipe projet à l'ARS :**
 - Un représentant de la direction
 - Deux représentants du corps médical : chef de pôle et/ou de service
 - Deux représentants du corps paramédical : cadre du bloc opératoire et UCA
 - Et un support de la part de l'équipe DIM/DSI

- **Les rôles de l'équipe projet sont :**
 - Organiser le recueil (arbitrage informatisé/manuel, répartition des tâches, journée test)
 - Centraliser les données et contrôler la cohérence
 - Analyser les résultats
 - Partager les interprétations avec les acteurs

A l'intention des référents informatiques, DIM, DSI de tous les établissements participants

- **Objet :**
 - Présentation de la plateforme (Navigateurs, Fonctionnalités d'import/export)
 - Interface entre les 2 recueils bloc UCA via le code de séjour anonymisé
 - Détails des exports attendus :
 - Table activité : Actes CCAM réalisés sur la période
 - Table planning : Postes horaires et planning journalier des IDE/AS de l'UCA
 - Rappel du calendrier exports de données

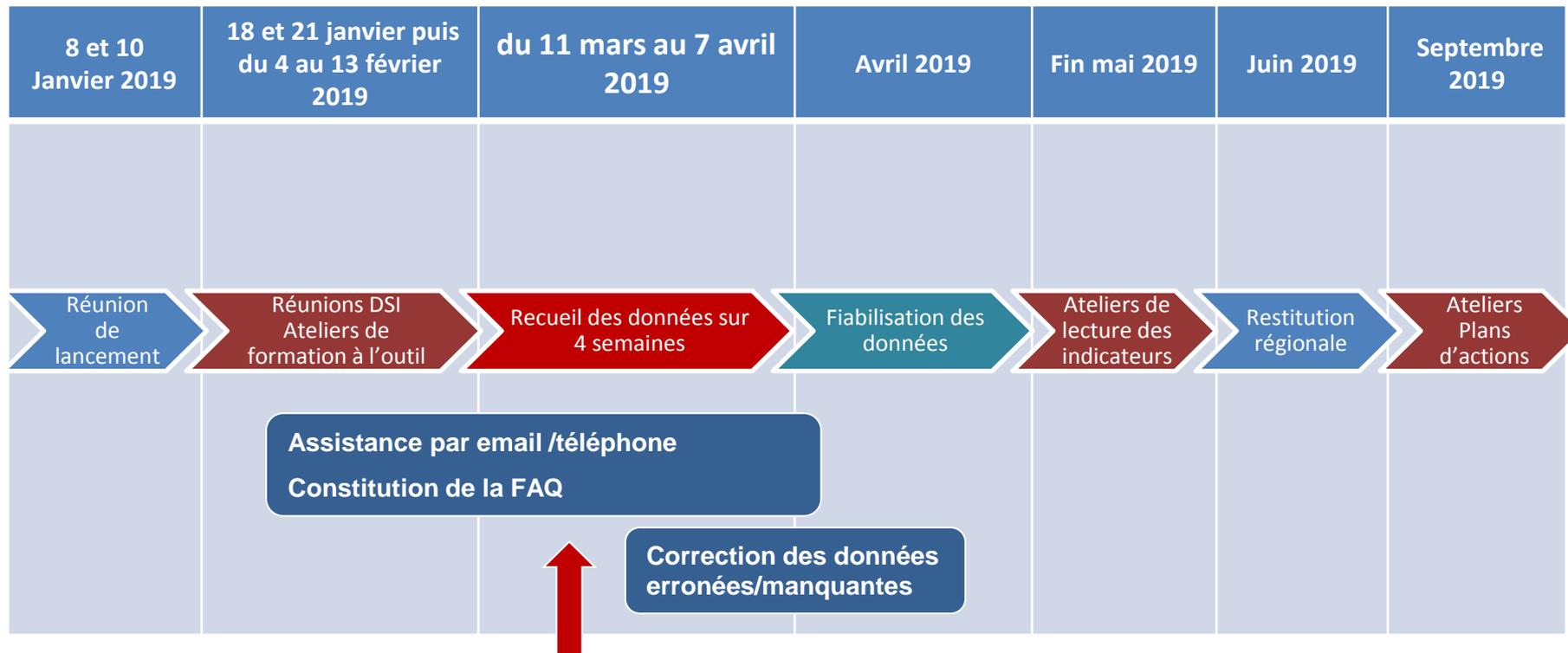


Inscriptions aux web-conférences via le lien transmis par mail **avant le 16 janvier 2019**

- **Mise en œuvre :**
 - Du **04/02 au 13/02**, sur Lyon, Clermont, Annecy, Grenoble, St Etienne et Valence
 - Equipe projet attendue à ces sessions, au minimum cadre et chargé de la saisie
 - Par groupe de 6 à 8 établissements
 - Une session d'une **demi-journée par groupe d'établissements et par thématique**
 - En présentiel et sur ordinateurs
 - Sessions différentes Bloc et UCA
 - Avec 3 participants par établissement maximum (cadre et personne chargée de saisie)
- **Objet :**
 - **Formation à l'aspect Technique :**
 - Navigation du site web
 - Fonctionnalités simples (saisie) et complexes (importation / cohérence du recueil)
 - **Formation à l'aspect Méthodologique :**
 - Bonnes pratiques de saisie en routine et des situations particulières
 - Conseils d'organisation du recueil
 - Présentation d'exemples de restitution



Inscriptions aux formations via les liens transmis par mail **[avant le 16 janvier 2019](#)**

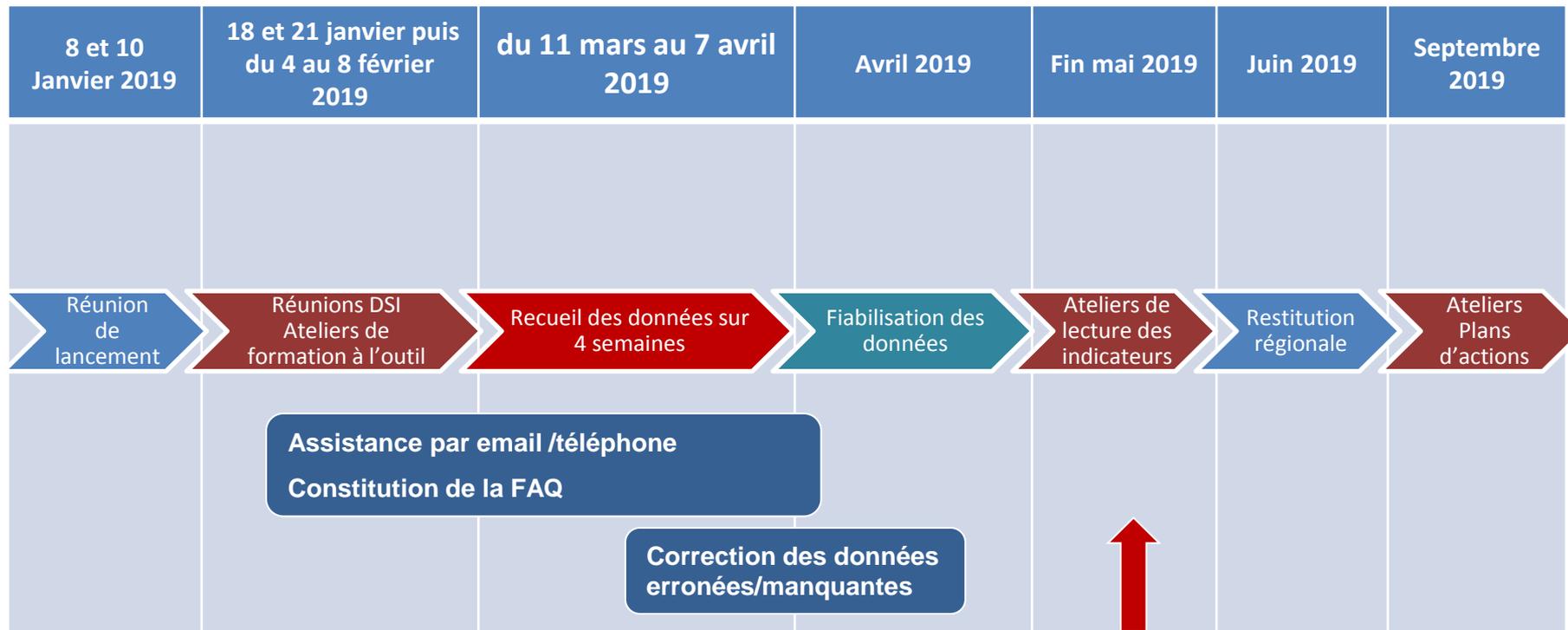


- **Un enjeu fort d'accompagnement des établissements**
 - Un premier atelier de compréhension et de partage des pratiques
 - L'identification des tendances régionales lors de la restitution régionale
 - Un second atelier collectif de définitions des plans d'actions et de bonnes pratiques



- **Une plateforme reconnue**
 - Compatibilité avec les navigateurs récents
 - Sécurité SSL de l'accès au site
 - Saisie manuelle ou importation totale des données
 - Contrôle d'erreur en temps réel
 - Production « J+1 » des principaux indicateurs
- **Plus de 400 établissements inscrits**
- **Respect des réglementations en vigueur (RGPD et méthodologie de référence MR004 de la CNIL)**

- **Mise en œuvre :**
 - **Depuis les formations jusqu'à la restitution régionale**
 - Une adresse mail dédiée
 - Une équipe de consultants pour vous aider sur des aspects techniques et méthodologiques
 - La possibilité d'échanger par téléphone si nécessaire sur rendez-vous.
 - Des relances ciblées si des erreurs sont détectées de notre côté
- **De la documentation mise à disposition**
 - Un guide d'utilisation de la plateforme web de recueil
 - Un guide méthodologique reprenant les éléments détaillés du recueil
 - Une aide contextuelle en direct lors du recueil
 - Une FAQ mise à jour au fur et à mesure
 - Des **tableaux de bord de cohérence mis à jour au quotidien**
- **Une adresse mail dédiée à la hotline: benchmark-ara@cerclh.com**



- **Un enjeu fort d'accompagnement des établissements**
 - Un premier atelier de compréhension et de partage des pratiques
 - L'identification des tendances régionales lors de la restitution régionale
 - Un second atelier collectif de définitions des plans d'actions et de bonnes pratiques

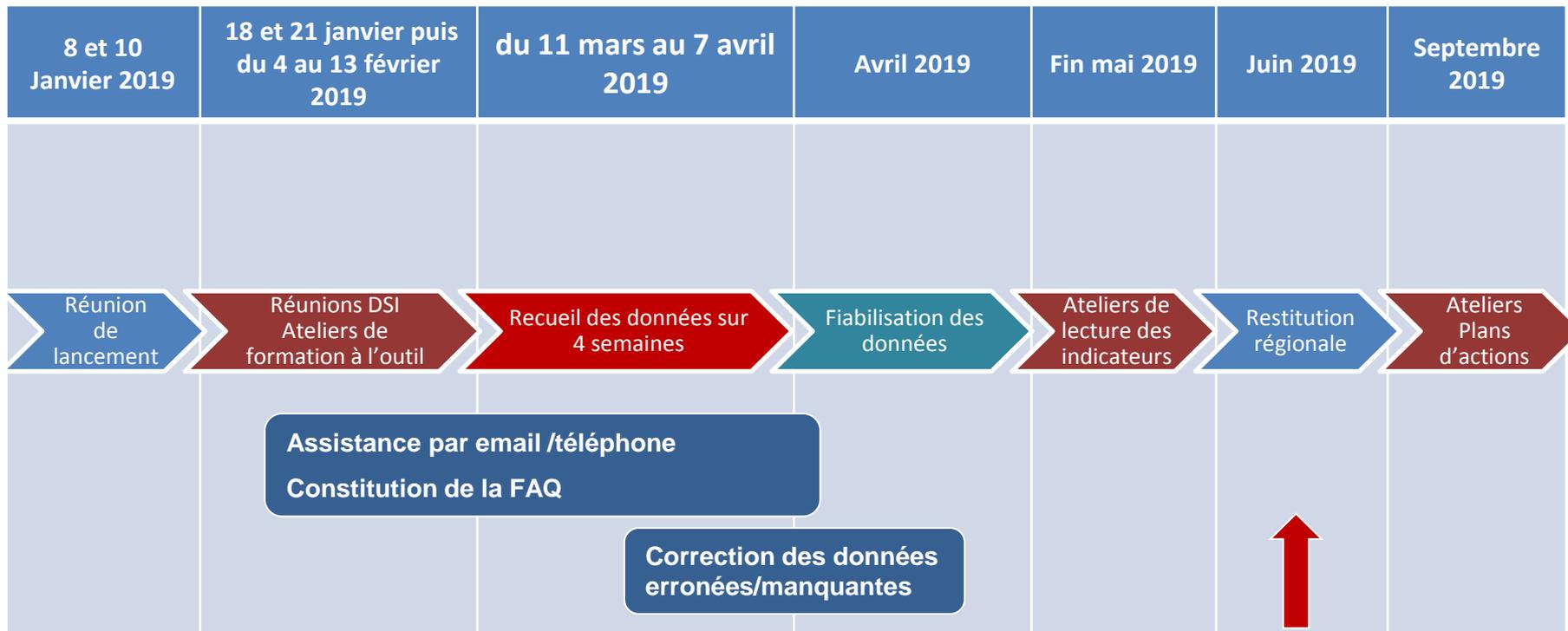
Mise en œuvre :

- Equipe projet attendue complète à ces sessions
- **Une session d'une demi-journée par groupe d'établissements et par thématique**

De la documentation mise à disposition

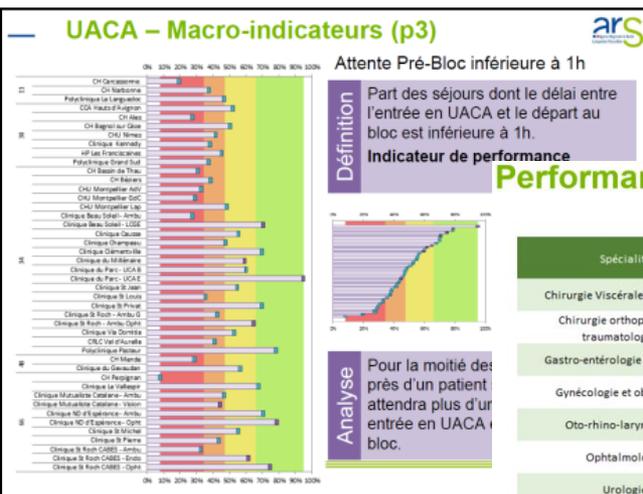
- **Comprendre** la structure du document,
- Savoir interpréter les graphiques complexes,
- **Maîtriser** les représentations statistiques
- Maîtriser les indicateurs présentés
 - Leur définition et mode de calcul
 - Leur signification pratique (« qui parle aux équipes »)
 - Les valeurs de références (objectif et valeur d'alerte)
 - Les causes extérieures qui peuvent influencer un indicateur donné
- L'engagement d'une réflexion sur les pistes d'amélioration





- **Un enjeu fort d'accompagnement des établissements**
 - Un premier atelier de compréhension et de partage des pratiques
 - L'identification des tendances régionales lors de la restitution régionale
 - Un second atelier collectif de définitions des plans d'actions et de bonnes pratiques

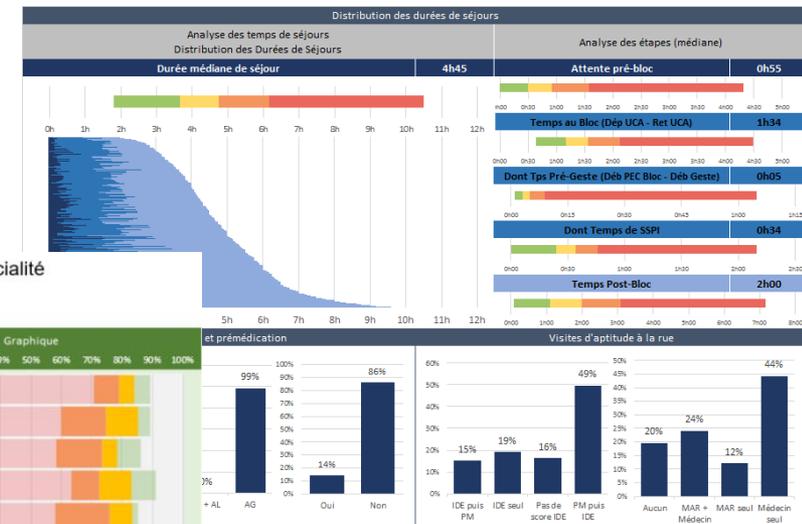
- **Mise en œuvre :**
 - Réunion plénière avec tous les établissements du département (4 réunions au total)
 - Présence fortement conseillée Direction et Médecins
- **Objectifs**
 - Restituer la comparaison des performances entre établissements
 - Identifier les tendances régionales
 - Partager les bonnes pratiques



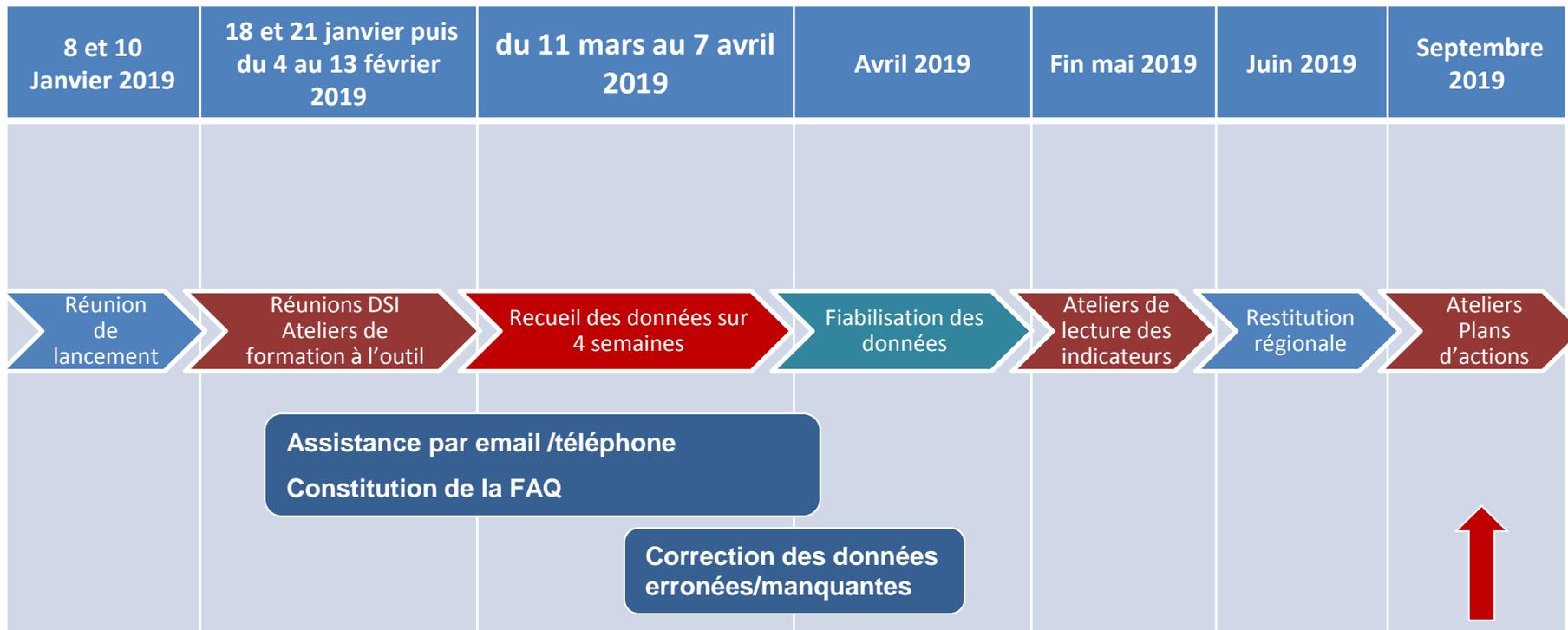
Performances

Spécialité	Graphique		
	2ème décile	Médiane	8ème décile
Chirurgie Viscérale et Digestive	70,7%	79,1%	84,2%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	59,9%	74,8%	85,2%
Gastro-entérologie hépatologie	58,4%	73,6%	78,5%
Gynécologie et obstétrique	63,2%	72,6%	83,0%
Oto-rhino-laryngologie	57,9%	75,9%	83,5%
Ophthalmologie	67,5%	75,2%	85,0%
Urologie	67,2%	76,4%	82,9%
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	67,5%	79,4%	89,9%
Chirurgie vasculaire	70,9%	79,0%	88,5%
Chirurgie esthétique, réparatrice et reconstructrice	51,2%	74,8%	87,5%

Flux patient – HHQE005



ire et UCA 2015 – Restitution régionale



- **Un enjeu fort d'accompagnement des établissements**
 - Un premier atelier de compréhension et de partage des pratiques
 - L'identification des tendances régionales lors de la restitution régionale
 - Un second atelier collectif de définitions des plans d'actions et de bonnes pratiques

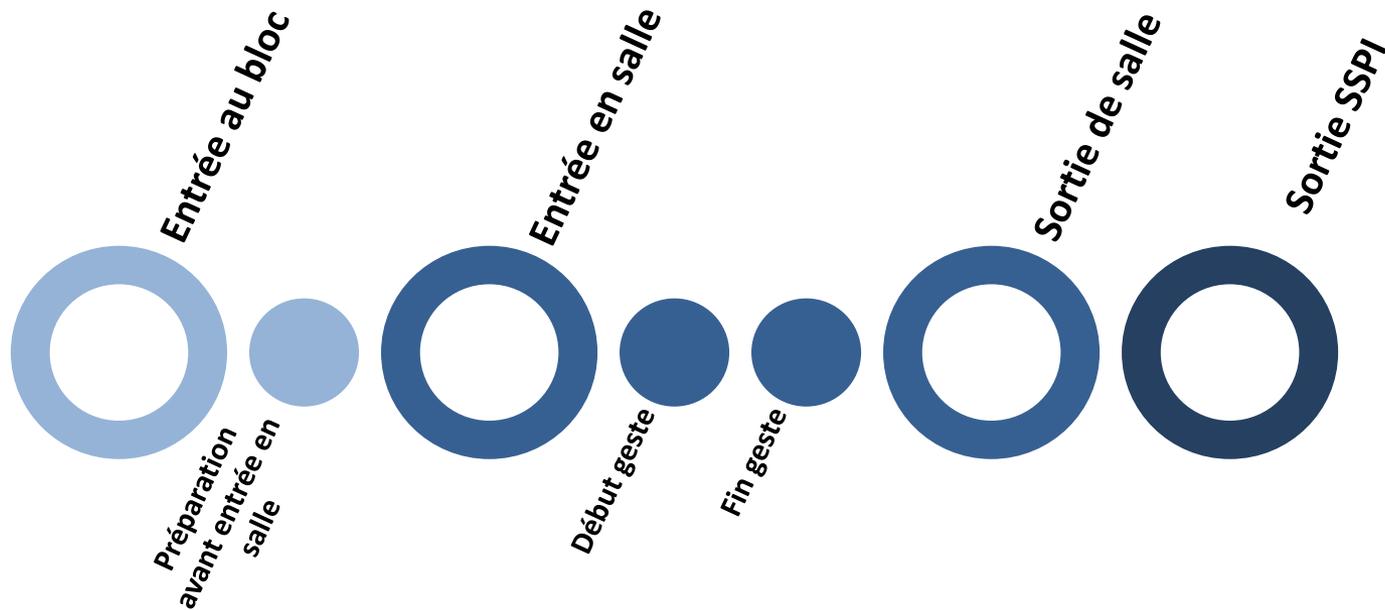
- **Mise en œuvre :**
 - Equipe projet attendue complète à ces sessions
 - **Une session d'une demi-journée par groupe d'établissements et par thématique**
- **Objectifs**
 - Identifier des pistes d'amélioration en s'appuyant notamment sur les fiches de restitution et sur le support de restitution régionale,
 - Entamer une réflexion sur la définition de plans d'actions à mettre en œuvre
 - Partager les bonnes pratiques sur les points de blocage rencontrés sur le terrain

Les recueils proposés

Partie 3

- **Analyse détaillée du bloc opératoire**

- Tous les patients pris en charge au bloc opératoire (ambulatoire, HC, urgences)
- Analyse du flux patient : pré-salle, salle opératoire et SSPI
- Analyse de l'utilisation des moyens humains et matériels



Périmètre du recueil : tous les patients passant au bloc opératoire entre le lundi 11 Mars (0h00) et le dimanche 7 Avril (23h59), depuis l'entrée au bloc jusqu'en sortie de SSPI

- **Au niveau du recueil détaillé**
 - **L'évaluation du respect des recommandations RAC communes à toutes les spécialités (Sondes en SSPI, Pratiques Anesthésiques)**
 - **Le suivi des lieux où se déroule l'activité (types de salle, lieux de pré-induction)**
 - **Une meilleure précision des étapes au sein du bloc (temps geste complet, prévision de la journée opératoire)**
 - **Un meilleur suivi des RH (en dehors des salles et de la SSPI) sur plus de profils (ASH, Branc.) que les années précédentes**

- **Au niveau des questionnaires d'autoévaluation**
 - Sur les recommandations RAC
 - Sur les Pratiques Innovantes (levés en SSPI, e-brancardage)
 - Sur les parcours complexes et leur coordination

Exemple sur les postes de coordination de parcours :

- Est-ce que cette activité/rôle existe dans l'établissement ?
- Si oui
 - Sur quel périmètre (part des spécialités chir.) ?
 - Avec quel volume de ressource IDE ?
 - Avec quel volume de ressource Secrétaire ?

Votre IDE de Coordination s'occupe-t-elle ?

- Planification Consult Anesth
- Planification Examens complémentaires
- Planification des paramédicaux (Kiné, Diét, ...)
- Organisation des soins de suite par l'étab.
- Mise en relation avec dispositif PRADO
- Education thérapeutique

- **Contexte**



Auto éval.



Fiche d'identité

- **Activité**



Salles



Opérateurs



Anesthésistes



Vacations



Interventions

- **Imports données CCAM**



CCAM

- **Ressources Humaines**



Postes



Plannings

INTERVENTION

Réalisée le * : __/__/2019

Salle*		Opérateur*		Anesthésiste*			
Patient (coller étiquette, si possible) *				Préparation PréOp >10mn (Ex. ALR) ? *			
				Oui, en SSPI	Oui, en Salle dédiée	Oui, en Salle de bloc	Non
				Si Préparation en SSPI, préciser l'heure d'entrée en SSPI			
Age du patient							
Personnel en salle							
Nb IADE*							
Nb IBODE*							
Nb Internes en chirurgie*							
Nb Internes en anesthésie*							
Programmation *							
Programmé (avant Régul. Hebdo)							
Ajouté (entre Régul. Hebdo et J-1:16h)							
Tardif (J-1:16h, J0)							
Patient entré le jour même ? *							
Oui		Non					
Prévision du passage							
Entrée Salle							
Respect Jeûne Moderne (6h Solides/2h Liquides)							
Oui	Non - Etab.	Non - Médical	Non - Patient				
Heures réelles *							
Entrée Bloc							
Entrée Salle							
Début Geste							
Fin Geste							
Sortie Salle							
Sortie SSPI (0 si NA)							
Anesthésie *							
Aucune		SIV					
AG		MEOPA					
ALR2 (péri./rachis)		Topique					
ALR1 (bloc péri.)		Hypnose					
AL		Cocher 3 cases max.					
Analgésie multimodale ?							
Oui		Non					
Score ASA							
Score ASA (1 à 5 ou NA)							
Arrivée Post-Opératoire en SSPI							
SNG	Sonde Uri.	Intubé					

Mieux distinguer les flux de planification

Suivi des J0 (ambu ou HC)

Qualité de la prévision.

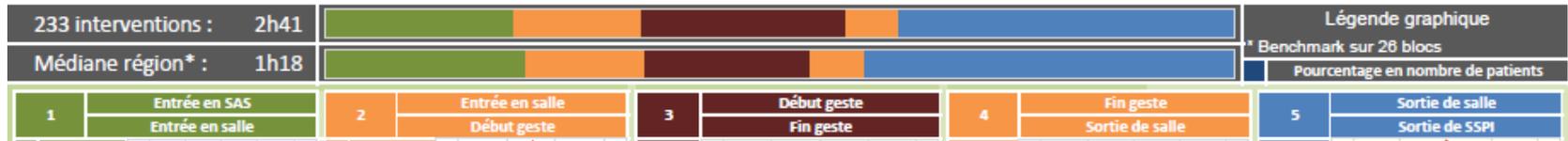
Suivi de la préparation pré-op

Meilleur suivi du parcours patient

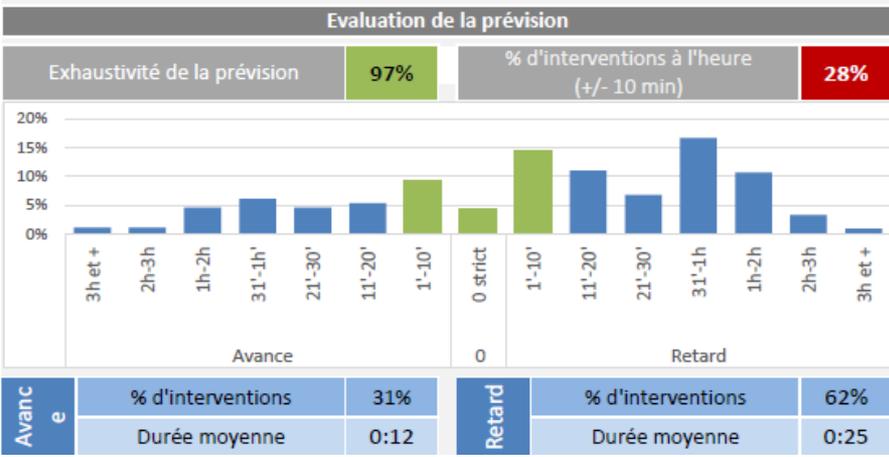
RAAC

Une fiche pour chaque patient du bloc opératoire (jour, nuit, week-end) pendant le recueil * = Champ obligatoire

Quelques exemples de résultat



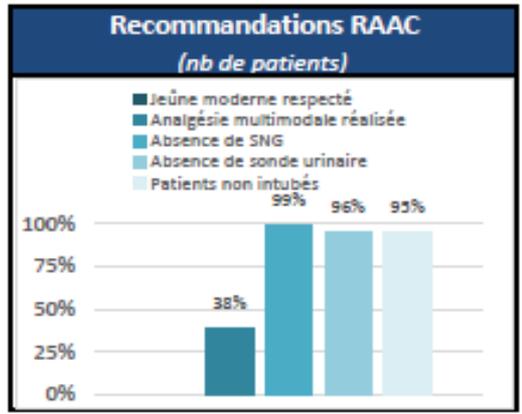
Parcours détaillé (Bloc, Spé, CCAM)



Qualité de planification (Bloc, Spé, CCAM)

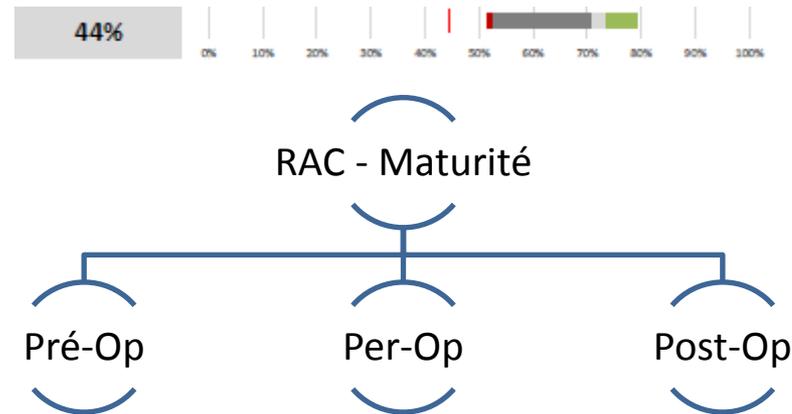
Activité en SSPI (pré et post-op)

Présence moyenne patients en SSPI (pré-op)								Présence moyenne patients en SSPI (post-op)							
Plages	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Plages	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
< 6h								< 6h	0,1	0,0					0,1
06h-07h								06h-07h							
07h-08h								07h-08h			0,2	0,1			
08h-09h	0,2							08h-09h		0,0	0,1	0,2			
09h-10h	0,0				0,1	0,0		09h-10h	0,6	1,7	0,8	1,1	1,5		0,0
10h-11h		0,2			0,2	0,1		10h-11h	1,9	3,4	3,3	2,0	3,0	0,1	0,2
11h-12h		0,1				0,1		11h-12h	1,8	3,9	3,1	2,2	3,4	0,4	
12h-13h			0,1			0,0		12h-13h	1,9	3,8	3,5	1,3	2,0	0,6	0,1
13h-14h			0,1	0,1				13h-14h	2,0	3,4	1,8	1,4	2,3	0,8	0,1
14h-15h								14h-15h	2,8	3,3	1,4	0,8	2,8	0,4	
15h-16h					0,0			15h-16h	2,3	2,7	1,9	1,3	2,5	0,3	
16h-17h	0,1					0,1	0,1	16h-17h	1,9	2,0	2,5	1,0	1,7	0,7	0,2
17h-18h								17h-18h	1,9	1,9	2,3	1,3	1,1	0,8	0,2
18h-19h								18h-19h	0,7	0,5	1,6	0,8	0,4	0,2	0,1
19h-20h							0,0	19h-20h	0,0	0,3	0,2	0,2	0,5	0,2	0,2
> 20h								> 20h							

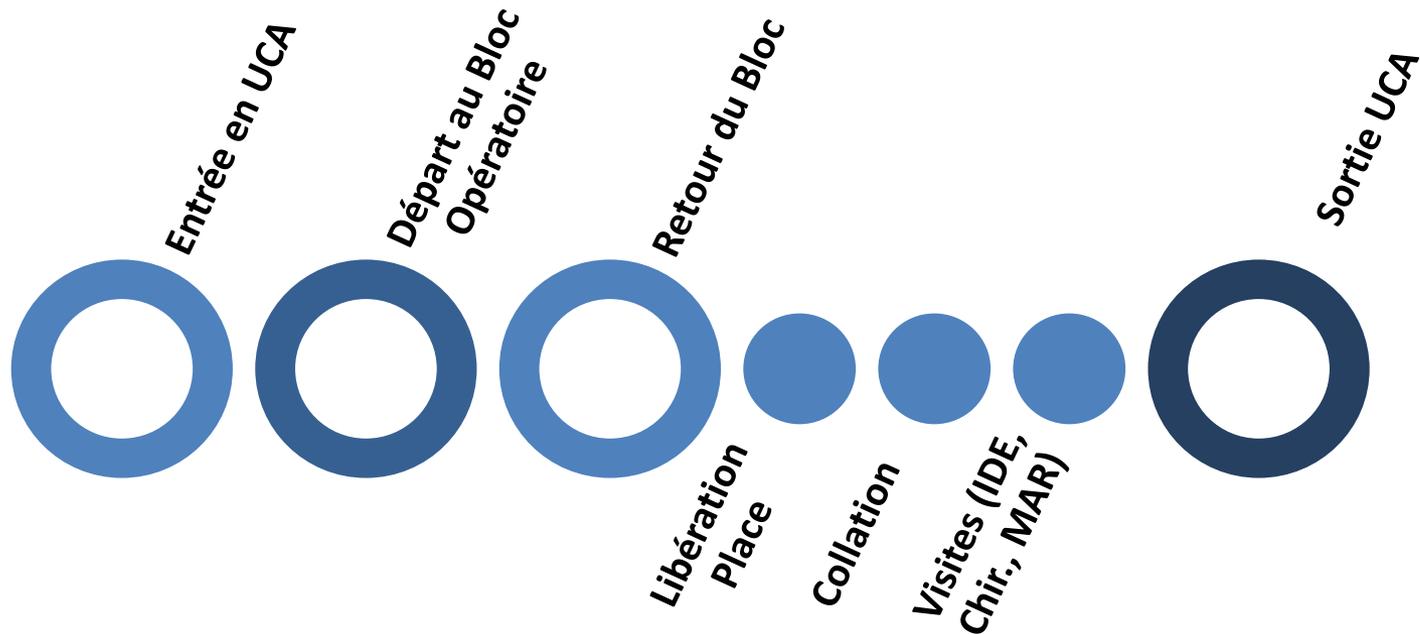


Observance RAC (Bloc, Spé, CCAM)

Autoévaluation RAC



- **Analyse détaillée de l'unité de chirurgie ambulatoire**
 - Tous les patients pris en charge par l'UCA (Chirurgie, Médecine, SE)
 - Analyse du flux patient : pré et post-Opératoire
 - Analyse de l'utilisation des moyens humains et matériels



Périmètre du recueil : tous les patients en UCA entre le lundi 11 Mars et le vendredi 5 Avril, avec ou sans passage au bloc

- **Au niveau du recueil détaillé**
 - Evaluation du suivi des Filières
 - Evaluation du niveau d'anticipation
 - Amélioration du détail des parcours pré et post-op
 - Evaluation des salons de sorties

- **Au niveau des questionnaires d'autoévaluation**
 - Volume de travail pour les appels
 - Signatures médicale anticipées
 - L'anticipation de la sortie (ordonnance, prêts, PRADO)
 - Le rôle de l'accompagnant

Un questionnaire sur les pratiques organisationnelles concernant les sujets suivants :

- **Pratiques spécifiques de prise en charge du patient en ambulatoire :**
 - Salon d'entrée, Salon de sortie, collation, Appel de la veille et du lendemain, Pratiques d'évaluation d'aptitude à la rue en SSPI (ex : Pratique de signature MAR ou Médecin à la sortie de SSPI sous réserve d'une protocolisation, ...)
- **Pratiques organisationnelles et Innovations :**
 - Appel médical ou autres échanges avec le médecin traitant avant l'intervention: systématique, fréquent, rare, jamais
 - Appel médical ou autres échanges avec d'autres professionnels de santé de ville avant l'intervention: IDE libéral/ Kiné/SIAD : systématique, fréquent, rare, jamais (=> Même questions en post op)
 - Programmation tardive en UCA pour le lendemain suite à passage aux urgences : systématique, fréquent, rare, jamais
 - Innovations organisationnelles dans la prise en charge du patient : en aval et en amont du séjour

- **Contexte**



Fiche d'identité



Interdiag
HAS/ANAP



Pratiques et
Innovations

- **Activité**



Opérateurs



Séjours

- **Import données CCAM**



CCAM

- **Ressources Humaines**



Postes



Plannings

Séjours

Programmation	Réalisation
Patient (coller étiquette, si possible) *	Attente pré-bloc (en tenue de bloc) *
	Salon (>6 places) <input type="checkbox"/> Box (3-6 places) <input type="checkbox"/> Chambre (≤2 places) <input type="checkbox"/>
Age du patient <input type="text"/>	Prémédication anxiolytique ? *
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Opérateur *	Transport ALLER du patient (départ UCA) *
Nom de l'opérateur <input type="text"/>	Couché <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/>
Provenance *	Transport RETOUR du patient (retour UCA) *
Domicile <input type="checkbox"/>	Couché <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/>
Hospitalisation Conventiennelle <input type="checkbox"/>	Traçabilité heures réalisées *
Autre <input type="checkbox"/>	Heure entrée UCA <input type="text"/>
Filière *	Heure départ pour intervention <input type="text"/>
Chirurgie <input type="checkbox"/> Soins externes <input type="checkbox"/>	Heure retour en UCA <input type="text"/>
Endoscopie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/>	Heure libération place UCA <input type="text"/>
Cardio/ Radio Interv. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Heure patient sorti d'UCA <input type="text"/>
Programmation *	Collation *
Programmé (avant Régul. Hebdo) <input type="checkbox"/>	Heure de collation <input type="text"/>
Ajouté (entre Régul. Hebdo et J-1:16h) <input type="checkbox"/>	Aptitude à la rue *
Tardif (J-1:16h, J0) <input type="checkbox"/>	Dernière heure évaluation IDE scoriée <input type="text"/>
Prise en charge protocolisée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Heure visite praticien dans l'UCA <input type="text"/>
Préparation du séjour *	Heure visite MAR dans l'UCA <input type="text"/>
Consultation PNM réalisée (kiné, IDE...) <input type="checkbox"/>	<small>En cas de <u>non évènement</u>, inscrire « 0 ». Exemple : si pas de visite praticien en UCA, inscrire « 0 » dans « Heure visite praticien UCA »</small>
Ordonnances de sortie transmises au patient <input type="checkbox"/>	Transfert Hospit. Conventiennelle *
Heures prévues *	Non, pas de transfert HC <input type="checkbox"/>
Heure prévue entrée UCA <input type="text"/>	Problème Orga. Interne <input type="checkbox"/>
Heure prévue départ pour intervention <input type="text"/>	Raison médicale <input type="checkbox"/>
Heure prévue sortie UCA <input type="text"/>	Vigilance météo <input type="checkbox"/>
<small>En absence de prévision, inscrire « 0 »</small>	Patient seul <input type="checkbox"/>
Appel la veille (ou Ve → Lu) *	Patient prévu en HC. <input type="checkbox"/>
Echange oral avec le patient <input type="checkbox"/>	Lettre de liaison (avec CRO personnalisé) *
Non répondu <input type="checkbox"/>	Remise au patient <input type="checkbox"/> Envoyé <7j au Médecin Traitant <input type="checkbox"/>
Sans échange oral <input type="checkbox"/>	Appel le lendemain calendaire *
SMS ou Répondeur <input type="checkbox"/>	Avec échange oral <input type="checkbox"/>
Aucun échange initié <input type="checkbox"/>	Téléphonique <input type="checkbox"/>
Annulation entre J-1 et J0 *	Consultation de suivi <input type="checkbox"/>
Problème organisationnel interne <input type="checkbox"/>	Appel au-delà de J+1 <input type="checkbox"/>
Raison médicale <input type="checkbox"/>	Sans échange oral <input type="checkbox"/>
Annulation due au patient <input type="checkbox"/>	Non répondu <input type="checkbox"/>
	SMS ou répondeur <input type="checkbox"/>
	Aucun échange tenté <input type="checkbox"/>

60

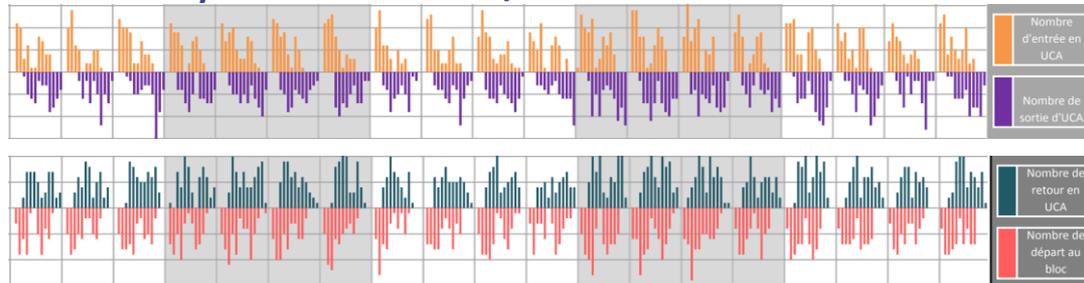
Amélioration du parcours détaillé

Mieux distinguer les flux

Anticipation du parcours pré-op

Evaluation Salon de sortie

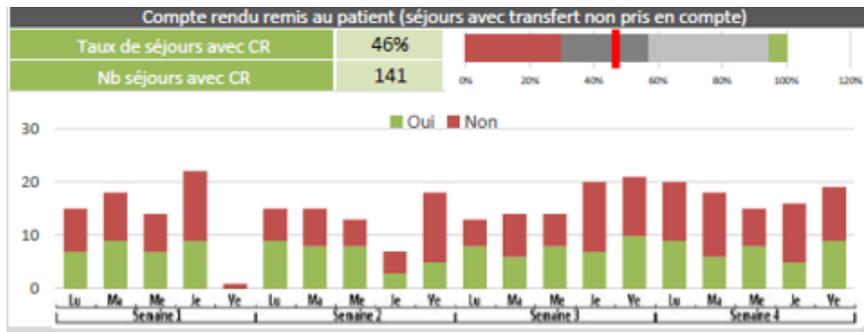
Analyse fine des entrées/sorties de l'UCA



Autoévaluations UCA

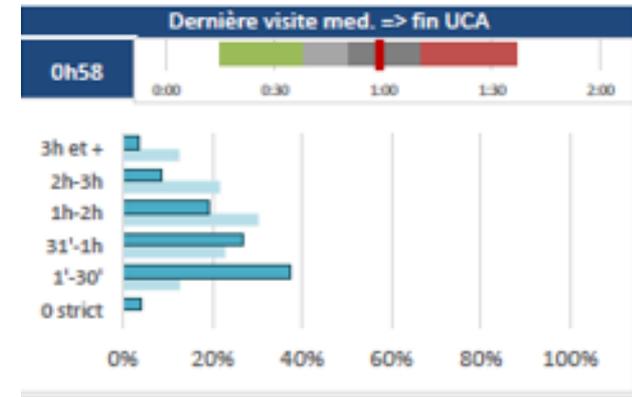
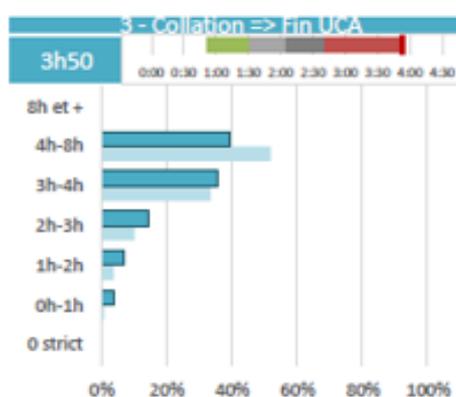
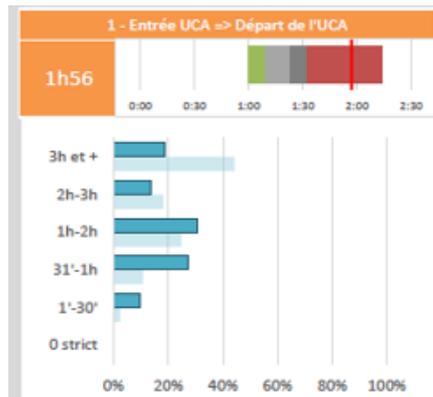


Etude Qualité (Appels, CR, Anticipation)



Catégorie	Valeur	Méd.	Catégorie	Valeur	Méd.
Identifier les incitations au développement de la chirurgie ambulatoire	93%	80%	Disposer de compétences et de ressources humaines dédiées	63%	75%
Inscrire la CA comme une priorité du projet d'établissement	100%	88%	Favoriser les coopérations professionnelles formalisées	83%	50%
Dissocier le soin de l'hébergement	57%	57%	Disposer de nouvelles compétences et de nouveaux métiers dédiés aux flux	50%	0%
Organiser, optimiser et maîtriser les flux	85%	85%	Disposer des ressources matérielles	38%	60%
Prendre en charge les urgences en unité de chirurgie ambulatoire	50%	50%	Améliorer les relations entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire	67%	56%
Protocoller la substitution	100%	74%	Développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux	72%	50%
Définir les fonctions managériales et les modalités de pilotage	88%	88%			

Suivi détaillé du parcours



Prochaines échéances

Partie 4

- **8 et 10 janvier 2018** : Réunions de lancement de la démarche à Clermont Ferrand et à Lyon
- **18 et 21 janvier 2019** : Web-conférences aux Directions des Services Informatiques (DSI) et/ou aux Directeurs de l'Information Médiale (DIM)
- **Du 4 au 13 février 2019** : Session de formation des utilisateurs à l'outil et aux modalités de recueil
- **Du 11 mars au 7 avril 2019** : Collecte des données sur 4 semaines
- **Avril – Mai 2019** : Contrôle de cohérence et finalisation de la saisie
- **Fin mai 2019** : Ateliers de lecture des fiches de restitution
- **Juin 2019** : Réunions de restitution régionale
- **Septembre 2019** : Ateliers plan d'action

Contacts



Frédéric Gjøsteen

Dr Martine Gelas-Boniface

Edwige Olmedo



Yoan Jacquemin



Cédric Mbwentchou

ARS: ars-ara-dos-performance@ars.sante.fr

Hotline CERCLH : benchmark-ARA@cerclh.com

Annexes



Table Fiche d'identité



Principales informations collectées	Objectifs
<ul style="list-style-type: none">▪ Fiche d'identité de l'établissement suivant les 4 axes suivants:▪ Activité globale 2018▪ Identification des équipements présents au bloc (échographe, radiologie, lasers, salle hybride, robots...)▪ Description des locaux et des pratiques (vacations/salles dédiées à l'ambulatoire, aux urgences, salle de stockage/arsenal, salle d'attente préopératoire)▪ Postes de SSPI▪ Description des Ressources Humaines du bloc opératoire▪ Description détaillée du système d'information	<ul style="list-style-type: none">▪ Evaluer la représentativité des données collectées au cours du recueil, en fonction l'activité annuelle de l'établissement▪ Obtenir des éléments de contexte▪ Taux de Forain

Table Auto-évaluation



Principales informations collectées

Questionnaire d'auto-évaluation sur les thématiques suivantes :

- Pilotage
- Planification
- Prise en charge du patient
- Développement de la RAAC

Objectifs

- Evaluer la maturité des pratiques organisationnelles
- Identifier les pratiques pour lesquelles l'établissement se démarque par rapport aux autres établissements de la région

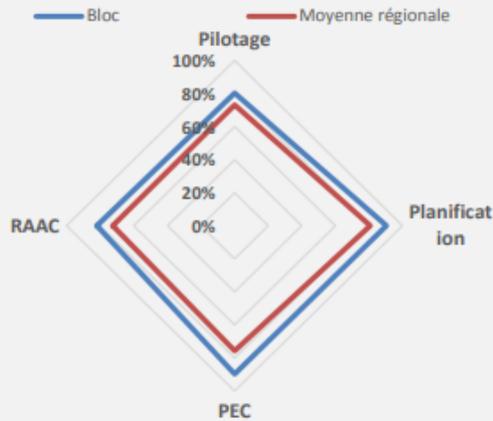


Table Auto-évaluation

Evaluation des pratiques organisationnelles

Bilan global

Représentation graphique



Explication :

L'auto-évaluation permet d'analyser la maturité de votre organisation de bloc sur 3 thèmes majeurs :

- Pilotage
- Planification
- Prise en charge patient
- Recommandation RAAC

20 questionnaires d'auto-évaluation renseignés

Score global

86%



	Thème	Maturité Bloc	Moy. Région
Pilotage	Commission des utilisateurs du bloc	25%	61%
	Conseil de bloc	80%	84%
	Chef de bloc	100%	80%
	Charte de bloc	75%	80%
	Interfaces	100%	42%
Planification	Tableau de bord	100%	76%
	Planification	84%	80%
	Programmation	86%	81%
	Régulation/Ordonnancement	92%	88%
	Gestion des modifications de programmation	100%	71%
PEC	Urgences	100%	79%
	Dossier patient	92%	82%
RAAC	Check - List HAS -Sécurité du patient au bloc opératoire-	89%	74%
	La récupération améliorée après chirurgie	58%	44%
	Les recommandations RAAC – Pré Opérateur	80%	62%
	Les recommandations RAAC – Per Opérateur	100%	86%
	Les recommandations RAAC – Post Opérateur	68%	73%

Table Salles



Principales informations collectées

- Type de salle (chirurgie / endoscopie / radio interventionnelle...)
- Salle dédiée à l'urgence

Objectifs

Restreindre le périmètre de calcul de certains indicateurs en fonction du type de salle (Ex : salles avec un robot traitées séparément)

Tables Opérateurs et Anesthésistes



Principales informations collectées

- Spécialité de l'opérateur
- Noms des anesthésistes

Objectifs

Faciliter l'identification de la spécialité de l'intervention et le partage des opérateurs entre établissements
Aucune restitution nominative par opérateur

Table Vacations



Principales informations collectées

- Date
- Salle
- Horaires de début et fin de vacation
- Spécialité de la vacation
- Nature de la vacation (chirurgie / endoscopie / radio interventionnelle...)
- Activité dédiée à l'urgence

Objectifs

- Identifier les prévisions d'allocation des ressources par spécialité et caractériser les activités spécifiques pour leur meilleure prise en compte dans les indicateurs (vacations dédiées à l'urgence)

Table Interventions



Principales informations collectées

- Date
- Salle
- Opérateur
- Anesthésiste
- Programmation
- Types d'anesthésie
- Jalons horaires
- Description des pratiques

Objectifs

- Caractériser la patientèle
- Analyser le flux patient
- Evaluer l'écart entre les ressources allouées et les ressources utilisées

Tables d'activité (Salles, Opérateurs, Vacances, Interventions)

- Analyse des flux patients

Cohérence entre spécialité de l'intervention

LEGENDE:		Spécialité									
spécialité de l'intervention (en haut)		Ortho.	Gastro.	Visc. & Dig.	Vasc.	Gynéco obst.	ORL	Pneumo.			
spécialité de la vacation (à gauche)		100h23	64h21	146h16	25h29	11h22	11h25	0h30			
		Part en vacation									
		48%	99%	46%	98%	85%	100%				
		TVO	Tx d'occ.	Tx déb.							
Chirurgie orthopédique et traumatologique	118h30	75%	8%	72%				3%			
Gastro-entérologie hépatologie	108h00	59%	1%		59%						
Chirurgie Viscérale et Digestive	87h30	79%	4%	2%		74%	2%	2%			
Chirurgie vasculaire	40h00	73%	0%	3%		7%	63%				
Gynécologie et obstétrique	14h30	65%	0%	7%			58%				
Oto-rhino-laryngologie	10h00	70%	0%	0%				70%			

Parcours patients ambulatoires - Durées entre l'entrée en SAS et la sortie de SSPI

317 interventions : 1h53

Médiane région* : 1h17

Légende graphique

* Benchmark sur 31 blocs

Pourcentage en nombre de patients

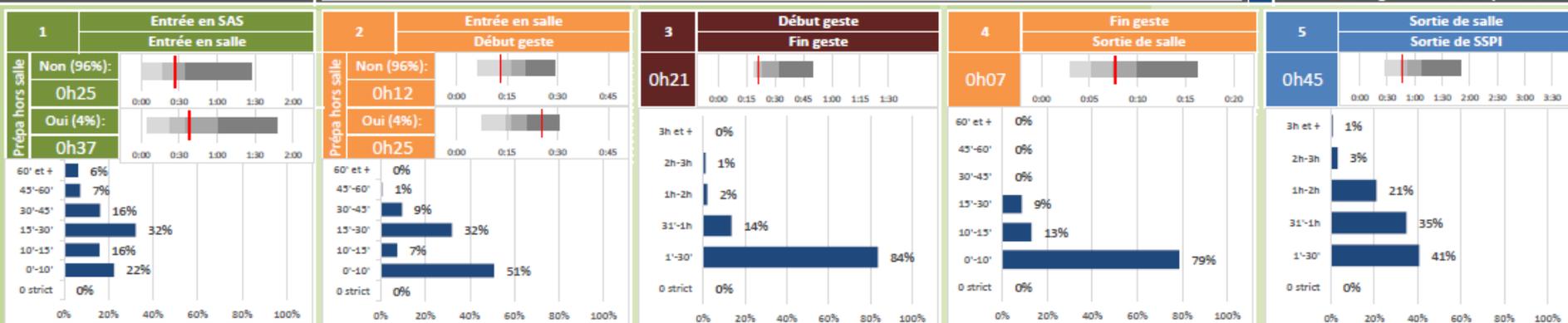


Table CCAM



Principales informations collectées

- Acte CCAM
- Code activité

Objectifs

- Réaliser un focus sur les actes les plus réalisés au sein de l'établissement pour chacune des spécialité (patientèle, pratiques, flux)

Table CCAM

Analyse détaillée des actes les plus fréquents par spécialité

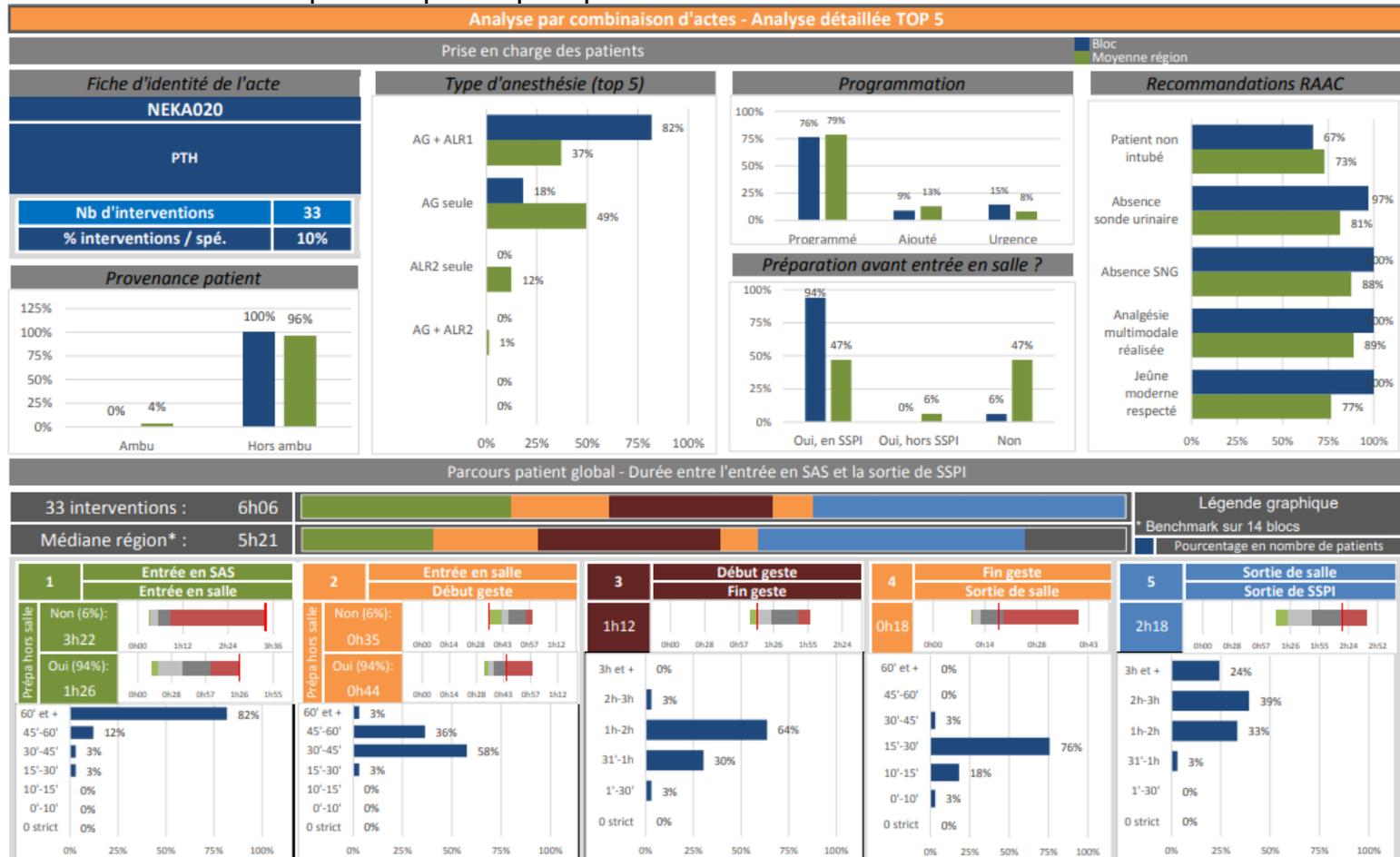
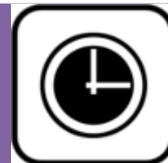


Table Postes



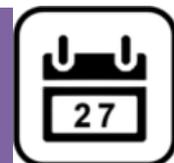
Principales informations collectées

- Type de poste (jour / nuit / astreinte)
- Horaires du poste

Objectifs

- Caractériser les différents postes horaires des personnels présents au bloc opératoire

Table Planning



Principales informations collectées

- Poste (tel que défini précédemment)
- Jour
- Métier (IBODE, IADE, IDE, ASH, Brancardier)
- Affectation (Salle d'opération, SSPI, Bloc et hors-bloc)
- Nombre de personnes affectées

Objectifs

- Evaluer l'adéquation entre présence RH et Activité en fonction des moments de la journée

Tables Ressources Humaines

Adéquation présence RH / activité : Carte de chaleur de présence RH par rapport à l'activité (en salle opératoire ou en SSPI)

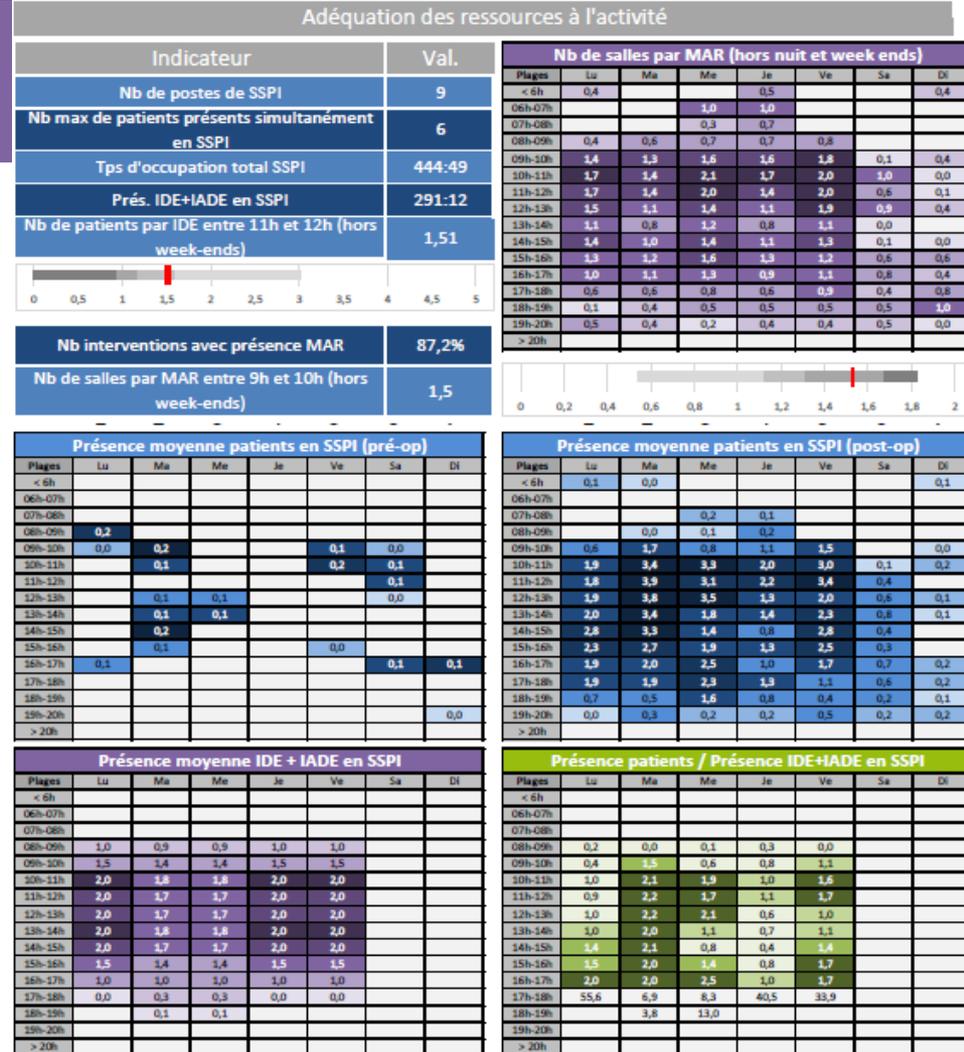


Table Fiche d'identité



Principales informations collectées

Fiche d'identité de l'établissement suivant les 3 axes suivants:

- 1 – Capacité d'accueil de l'UCA
- 2 – Activité globale 2018
- 3 – Ressources Humaines 2018

Objectifs

- Evaluer la représentativité des données collectées au cours du recueil, en fonction l'activité annuelle de l'établissement
- Obtenir des éléments de contexte

Table Pratiques et Innovations



Principales informations collectées

Questionnaire d'auto-évaluation sur les thématiques suivantes :

- 1 - Programmation
- 2 - Préparation du patient
- 3 – Séjour en UCA
- 4 – Séjour post-interventionnel
- 5 – Satisfaction patient
- 6 – Echanges avec la ville et partenariat
- 7 – Système d'informations

Objectifs

- Evaluer la maturité des pratiques organisationnelles
- Identifier les pratiques pour lesquelles l'établissement se démarque par rapport aux autres établissements de la région

Table Interdiag HAS/ANAP



Principales informations collectées

Questionnaire Interdiag HAS suivant 13 axes, parmi lesquels :

- Identifier les incitations au développement de la chirurgie ambulatoire
- Disposer de compétences et de RH dédiées
- Disposer des ressources matérielles
- Développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux
- ...

Objectifs

- Evaluer la maturité des pratiques organisationnelles par rapport aux recommandations organisationnelles suite au travail mené par l'ANAP et la HAS sur la chirurgie ambulatoire



- **Comparaison des pratiques (auto-évaluation)**
- **Zoom sur les chapitres et questions pour lesquelles l'établissement se démarque par rapport aux autres**

Synthèse des résultats



Catégorie	Valeur	Méd.
Identifier les incitations au développement de la chirurgie ambulatoire	73%	80%
Inscrire la CA comme une priorité du projet d'établissement	82%	78%
Dissocier le soin de l'hébergement	50%	50%
Organiser, optimiser et maîtriser les flux	64%	59%
Prendre en charge les urgences en unité de chirurgie ambulatoire	25%	50%
Protocoliser la substitution	50%	50%
Définir les fonctions managériales et les modalités de pilotage	82%	79%

Table Opérateurs



Principales informations collectées

- Spécialité de l'opérateur

Objectifs

Faciliter la récupération de la spécialité du séjour
Aucune restitution par opérateur

Table CCAM



Principales informations collectées

- Acte CCAM
 - Code activité

Objectifs

Affiner l'analyse afin de mieux cibler les axes d'amélioration
 Réaliser un focus sur les actes les plus réalisés au sein de l'établissement

Analyse détaillée des actes les plus fréquents par spécialité

Spécialité Ophtalmologie - BFGA004 BELB001 (1/2)

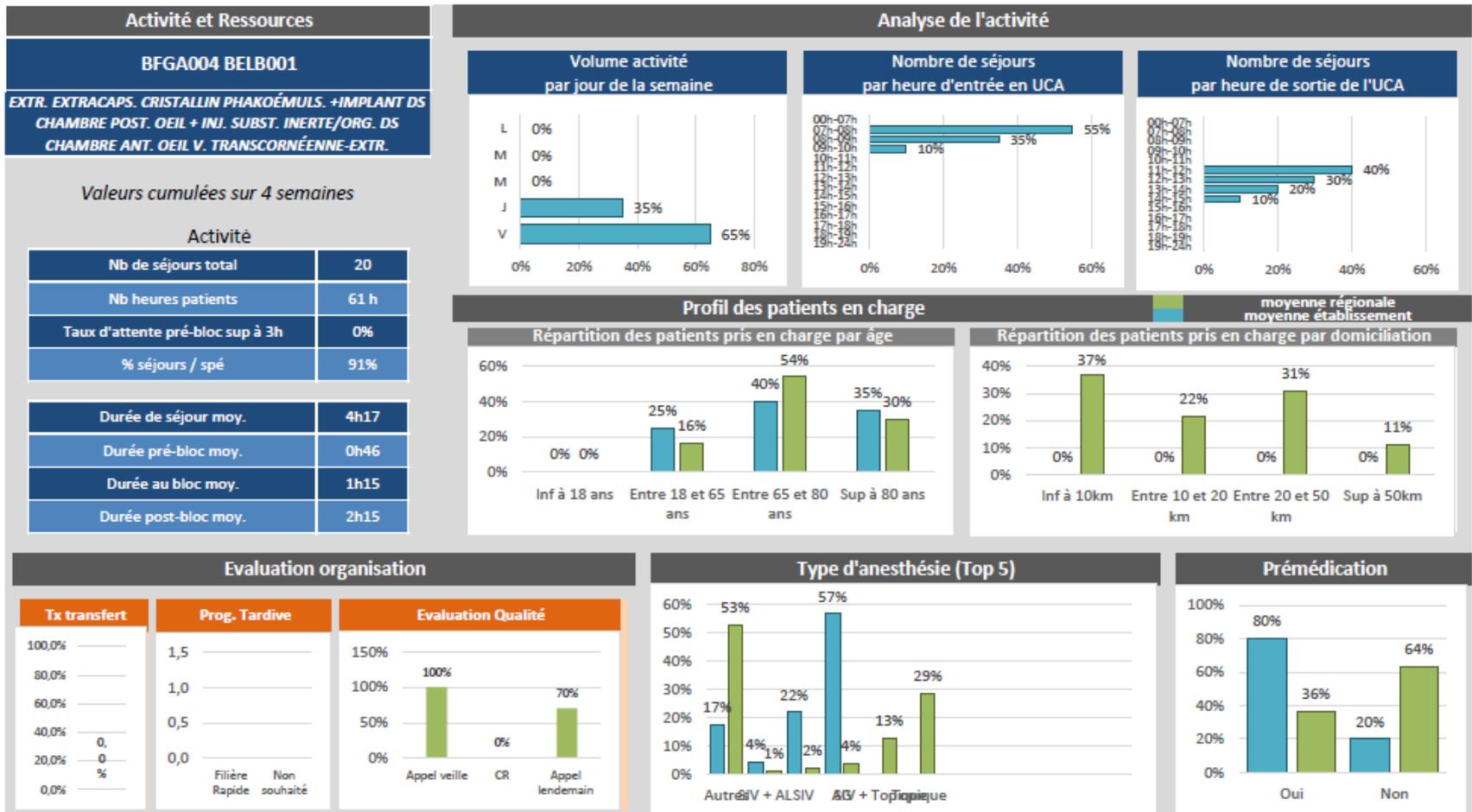


Table Séjours



Principales informations collectées	Objectifs
<ul style="list-style-type: none"> - Date - Opérateur 	Informations indispensables pour calculer les principaux indicateurs (taux de rotation, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> - Filière de prise en charge - Programmation 	Éléments de contexte pouvant influencer sur la valeur de certains indicateurs et sur l'interprétation des résultats
Horaires prévisionnels : <ul style="list-style-type: none"> - Entrée en UCA - Départ pour intervention - Sortie d'UCA 	Apprécier l'exhaustivité et la qualité de la programmation
Jalons horaires réels	Analyser le flux patient Observer les pratiques en termes de visites médicales et IDE post-intervention
<ul style="list-style-type: none"> - Annulation - Transfert en HC 	Déterminer les principales causes des annulations et transferts en vue d'en diminuer l'incidence
<ul style="list-style-type: none"> - Appel de la veille - Appel du lendemain - Remise du CR au patient à sa sortie 	Evaluer la qualité de prise en charge



Flux patient

202 séjours avec départ de l'UCA :

6h20

19%

28%

17%

36%

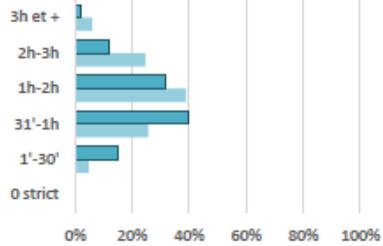
Legende graphique

Pourcentage en nombre de patients
Pourcentage en heures de patients

1 - Entrée UCA => Départ de l'UCA

1h12

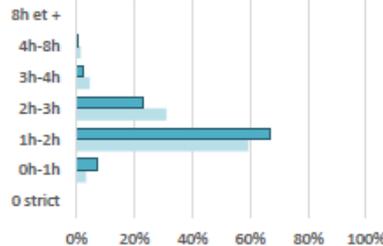
0:00 0:28 0:57 1:26 1:55 2:24 2:52



2 - Départ de l'UCA (Soins) => Retour UCA

1h47

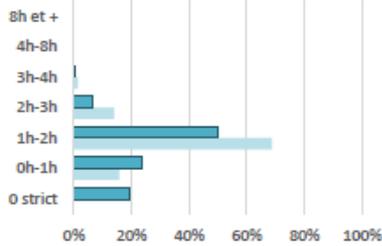
0:00 1:12 2:24 3:36 4:48



3 - Retour UCA => collation UCA

1h02

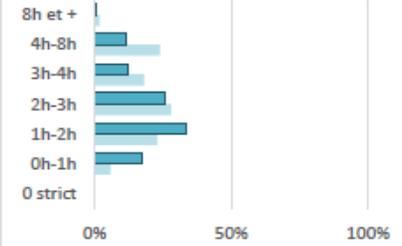
0:00 0:28 0:57 1:26 1:55 2:24 2:52



4 - Collation => Sortie UCA

2h17

0:00 1:12 2:24 3:36 4:48



189 séjours avec passage au bloc :

1h48

7%

11%

42%

34%

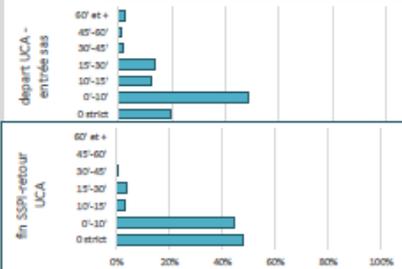
Legende graphique

Pourcentage en nombre de patients
Pourcentage en heures de patients

Transport (aller/retour)

0h08

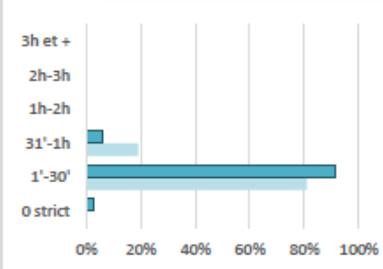
0:00 0:14 0:28 0:43 0:57



Entrée sas => Entrée salle

0h11

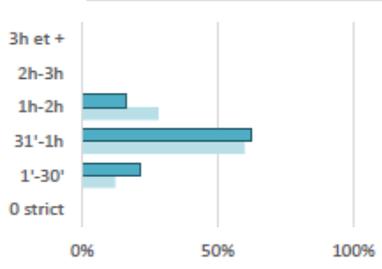
0:00 0:14 0:28 0:43 0:57 1:12



Entrée salle => Sortie salle

0h45

0:00 0:14 0:28 0:43 0:57 1:12 1:26 1:40



Sortie salle => Sortie SSPI

0h36

0:00 0:28 0:57 1:26 1:55 2:24

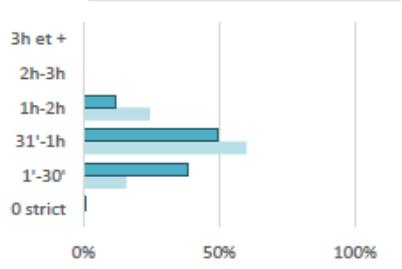


Table Postes



Principales informations collectées	Objectifs
- Horaires du poste	Caractéristiques du poste

Table Planning



Principales informations collectées	Objectifs
- Poste (tel que défini précédemment) - Jour - Métier (IDE et AS uniquement) - Nombre de personnes affectées	Evaluer l'adéquation entre présence RH et Activité