



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



GUIDE RÉGIONAL | Offre de soins | septembre 2021

Benchmark blocs opératoires

Fiches actions
pour identifier
des pistes d'amélioration
au sein de votre
établissement

Crédit photo : Centre Léon Bérard

TABLE DES MATIÈRES

04 Introduction

06 Principaux constats du benchmark BO

12 Thématique 1 : comment améliorer l'occupation de mes vacations ?

16 Thématique 2 : comment améliorer ma programmation
et ma planification ?

18 Thématique 3 : comment optimiser les flux au bloc opératoire ?

20 Outils

Introduction

Le benchmarking est une technique d'analyse comparative. Cette démarche correspond à un audit de premier niveau et non pas à un audit complet.

Il s'agit d'un diagnostic permettant d'identifier les forces et les faiblesses des établissements sur un périmètre d'étude donné. Il permet de faire l'état des lieux de la situation dans la perspective de dégager des axes d'amélioration et constitue une étape indispensable comme prérequis à l'élaboration d'un plan d'actions.

L'étude mesure la performance des organisations à la fois sur l'activité réalisée, les équipements mobilisés et les ressources humaines, la typologie des patients accueillis et des actes réalisés, l'organisation de l'unité concernée ainsi que des indicateurs de qualité. Cette démarche inclut également une étude qualitative sur les pratiques organisationnelles et la maturité des organisations (questionnaire d'auto-évaluation).

Dans ce cadre, l'ARS outille depuis 2007 les établissements de la région sur plusieurs thématiques : blocs opératoires, Unités de chirurgie ambulatoire (UCA), services d'imagerie, consultations externes.

Les retours d'expérience précédents ont montré que les établissements engagent des réflexions aboutissant à des mesures d'amélioration durables des organisations.

Pourquoi un benchmark sur les blocs opératoires ?

Parce qu'il s'agit d'un secteur de l'hôpital :

- coûteux (investissements, matériels, salles, ressources humaines) ;
- complexe (au centre de l'organisation, activités programmées et d'urgence, nombre et diversité des acteurs au sein même du bloc, nombreuses interfaces (unités de soins, consultations, stérilisation, brancardage, logistique, plateaux d'imagerie...)) ;
- à risques (haute technicité des actes réalisés, enjeux majeurs de sécurité et qualité des soins).

Quels avantages pour l'établissement ?

- 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.
- Engager ou maintenir une démarche d'amélioration interne : identification des marges de manœuvre et mise en place de plans d'actions d'amélioration.

Le dernier benchmark blocs opératoires a eu lieu en 2019 et a permis à 54 établissements de bénéficier de ce diagnostic.

Le retour d'expérience a donné lieu à des ateliers "plan d'action" (fin 2019) pour identifier des pistes d'amélioration. Pour permettre à d'autres établissements de

mettre en place la même démarche, ce document regroupe des fiches actions issues de ce retour d'expérience.

Les fiches sont classées en 3 principales thématiques abordées dans ces ateliers :

- l'occupation du bloc ;
- la planification et programmation ;
- l'optimisation des flux.

En préambule de ces fiches, vous trouverez une première partie présentant les principaux constats du benchmark Blocs opératoires.

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, ainsi que sur le cabinet de conseil CERCLH qui délivre un appui technique et méthodologique à l'ARS, fournit les outils de recueil et construit la base de données régionale.

Pour en savoir plus, consultez le [site internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes](#).

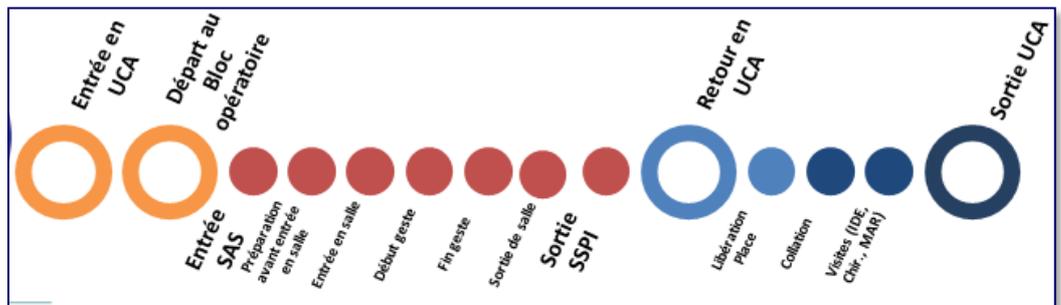
Principaux constats du benchmark

Blocs opératoires (BO)

Rappel du mode opératoire et du périmètre de la démarche

Le recueil de données par les établissements s'est déroulé en mars 2019 pendant 4 semaines sur une plateforme web mise à disposition.

Il s'agit de l'analyse détaillée du bloc opératoire comprenant toute l'activité au-delà des patients ambulatoires (ambulatoire, Hospitalisation conventionnelle (HC), urgences, autre) ; de l'analyse du flux patient : depuis l'entrée au sas jusqu'à la Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ; et l'analyse de l'utilisation des moyens humains et matériels.

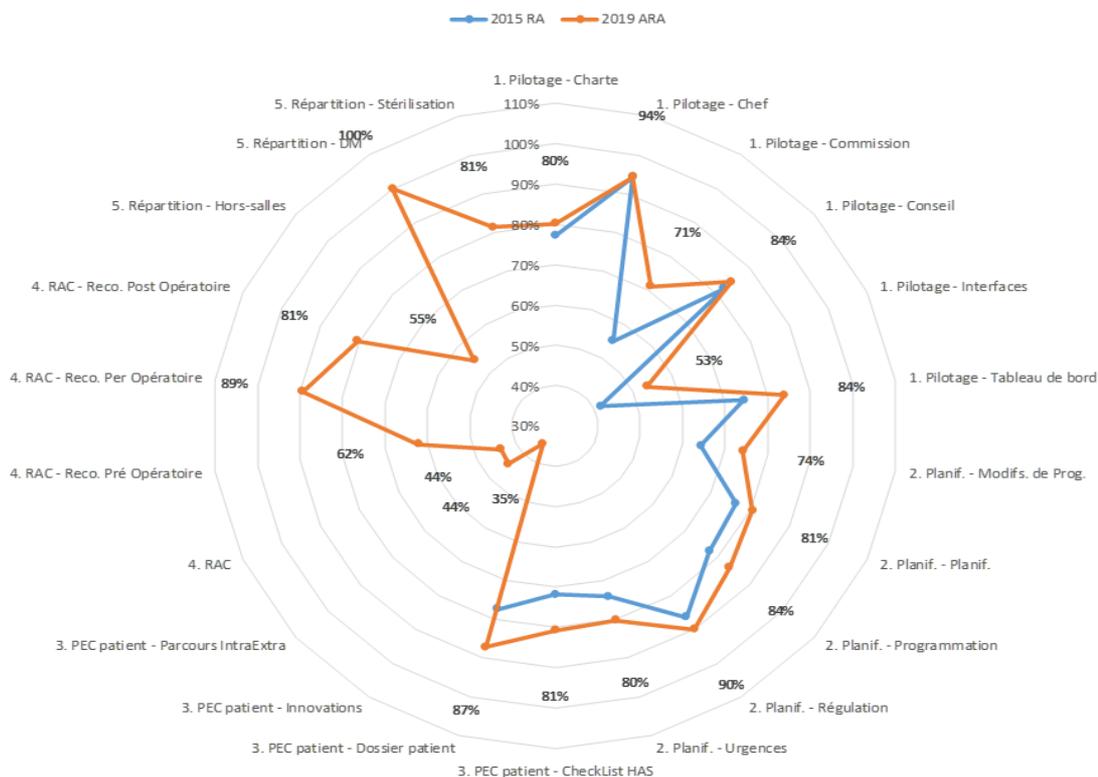


54 établissements ont participé, ce qui correspond à 74 blocs opératoires ; environ 700 salles d'opérations et environ 55 000 interventions.

Auto-évaluation organisationnelle (outil inter diag de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP))

Les établissements ont réalisé une autoévaluation afin de dégager des axes d'amélioration. Les sujets évalués concernent l'activité réalisée, les équipements mobilisés et les ressources humaines, la typologie des patients accueillis et des actes réalisés, l'organisation de l'unité concernée ainsi que des indicateurs de qualité. Cette démarche inclut également une étude qualitative sur les pratiques organisationnelles et la maturité des organisations.

Un graphique de type « radar » permet de visualiser les points forts et ceux sur lesquels il est possible de travailler.



Au niveau régional, les axes d'amélioration identifiés à travailler en priorité sont :

- les interfaces avec les autres services (stérilisation, radiologie...);
- la gestion des modifications de programmation ;
- les parcours intra et extra hospitaliers et les innovations.

Suivi des recommandations RAC

La Réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC) permet, comme l'ont prouvé plusieurs méta-analyses et comme l'a confirmé le rapport d'orientation de la HAS de juin 2016, une prise en charge globale du patient en péri-opératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques et donc à réduire significativement la mortalité et la morbidité. Elle permet un retour à domicile plus précoce des patients, dans des conditions plus favorables.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a été, dès 2015, la première ARS à s'inscrire dans un déploiement large et à piloter trois démarches d'accompagnement sous forme de « compagnonnage ». Cette démarche de benchmark a permis de mesurer son développement au sein de la région par l'intermédiaire d'un questionnaire d'auto-évaluation et le suivi de 5 recommandations pendant 4 semaines.

Au niveau de l'auto-évaluation, les établissements ayant participé déclarent une mise en place des recommandations RAC à hauteur de 75 % au global.

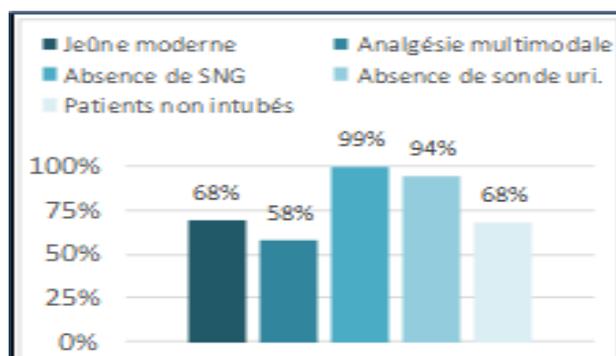
Détail par chapitre du suivi des recommandations RAC :

- Pré opératoire : 62 %
- Per opératoire : 89 %
- Post opératoire : 81 %

Un guide composé des retours d'expérience des équipes accompagnées principalement lors de la vague 1 et quelques exemples de la vague 2 a été réalisé.
[> Consultez-le sur le site internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes](#)

Les recommandations RAC « pré opératoire » sont les moins développées et nécessitent de poursuivre leur développement.

Lors de la mesure des 5 recommandations pendant 4 semaines, on constate que l'analgésie multimodale et l'absence de sonde urinaire sont suivis à plus de 90 %. Par contre les autres recommandations restent à développer (cf. graphique ci-dessous).

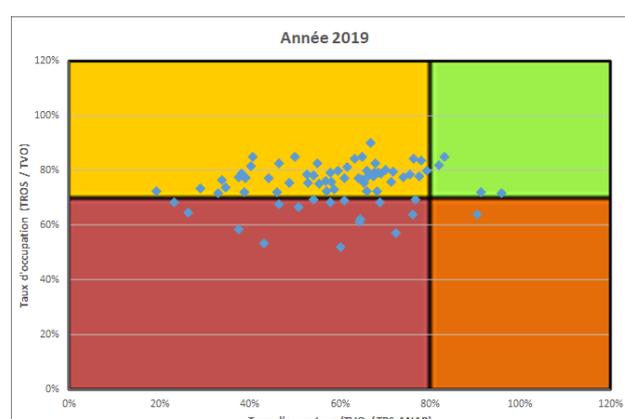
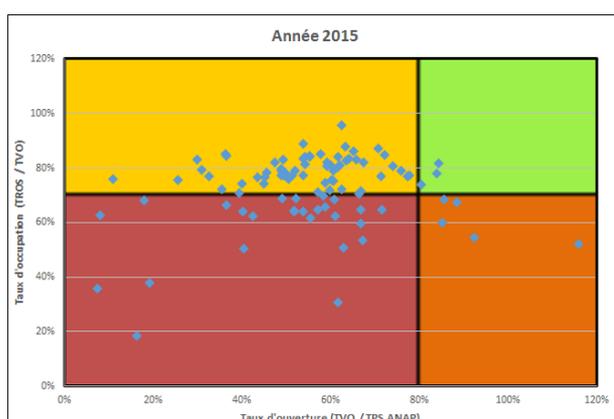


Adéquation vacation / activité

Les principaux constats observés sur les établissements participants sont les suivants :

- une activité programmée dépassant les 80 % dans la grande majorité des établissements ;
- une sous-utilisation des blocs qui perdure au regard de la capacité globale théorique selon le référentiel ANAP, qui intègre par exemple une vacation le samedi matin très peu utilisée. En région, les blocs fonctionnent de 8 h à 16 h dans la majorité des établissements. On observe tout de même quelques établissements qui fonctionnent jusqu'à 18 h voir 19 h.

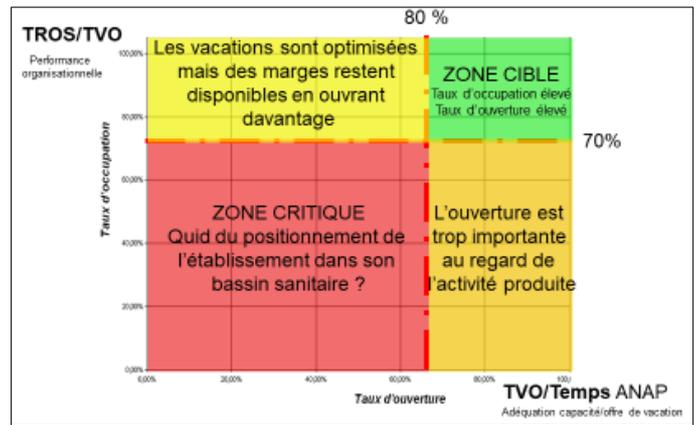
Optimisation de l'occupation des vacations



Augmentation de la capacité opératoire

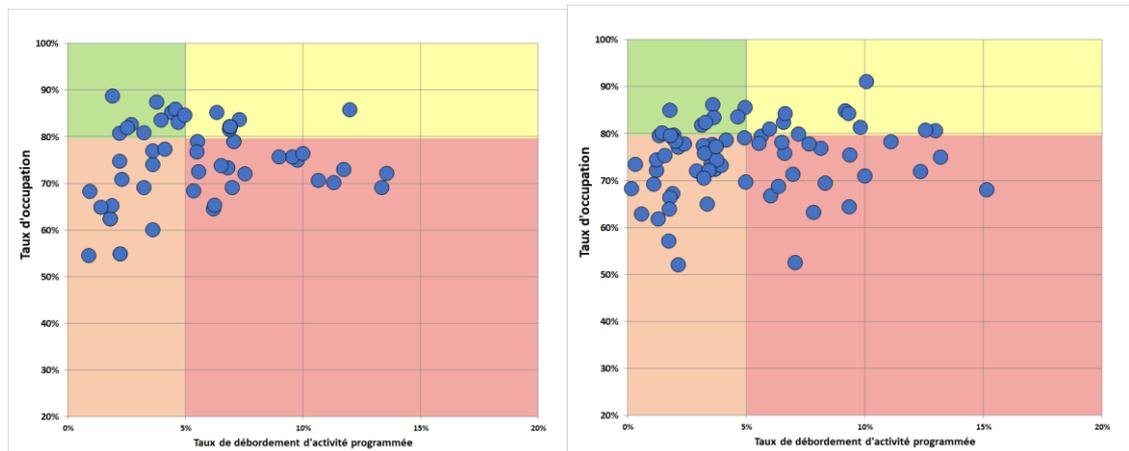
On constate que l'ensemble des établissements se recentre dans la zone jaune et ceux se trouvant dans la zone rouge diminue entre 2015 et 2019.

Cf. graphique explicitant chaque zone.

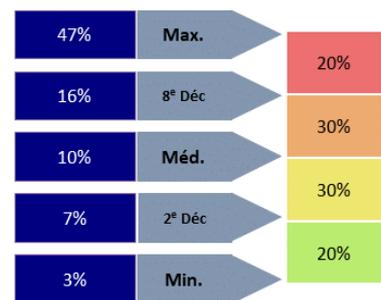


- Des débordements encore conséquents dans beaucoup d'établissements privés et publics. La planification et l'instance de pilotage restent essentiels.

2015 - Pilotage des blocs – Salles classiques 2019 – Pilotage des blocs – Salles classiques



- Des fins précoces encore importantes :
 - En région, les fermetures de blocs avant l'heure prévue sont de 10 % en médiane sur les salles « classiques ».
 - La recommandation ANAP est à 10 %, 50 % des établissements réussissent à l'atteindre.



Ressources humaines

Un nombre important d'Infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et d'Infirmiers anesthésistes (IADE) est constaté en début de programme opératoire (cf. tableau ci-dessous : pour la plages 6h/7h on constate 12,7 IBODE et 6,9 IADE pour un patient).

Par ailleurs, les taches transverses reposent principalement sur les IBODE dans la majorité des établissements, comme le montre la synthèse du questionnaire. En

revanche, les missions du cadre sont à géométrie variable avec l'augmentation des tâches transverses. De plus, on constate l'apparition d'un nouveau métier : Préparateur en pharmacie hospitalière (PPH).

Ressources humaines – Vision régionale sur 82 blocs opératoires

Plages	TVO (en nbre)	Patients (en nbre)	IBODE (en nbre)	IADE (en nbre)	Ratio IBODE	Ratio IADE
< 6h	0,0	12	16,0	12,2	13,2	10,0
06h - 07h	12	18	22,4	12,1	12,7	6,9
07h - 08h	36,1	30,3	394,7	122,3	13,0	4,0
08h - 09h	507,7	392,1	881,1	278,4	2,2	0,7
09h - 10h	548,7	485,1	908,1	284,9	1,9	0,6
10h - 11h	550,4	476,6	914,3	286,4	1,9	0,6
11h - 12h	550,3	481,8	930,3	290,3	2,0	0,6
12h - 13h	513,8	406,7	940,6	284,2	2,3	0,7
13h - 14h	478,1	357,7	968,5	297,8	2,7	0,8
14h - 15h	488,2	368,2	949,4	295,2	2,6	0,8
15h - 16h	427,5	323,6	809,1	243,3	2,5	0,8
16h - 17h	305,0	241,0	609,0	185,3	2,5	0,8
17h - 18h	187,0	147,5	476,3	131,6	3,2	0,9
18h - 19h	67,9	76,4	223,7	58,1	2,9	0,8
19h - 20h	11,3	38,3	137,7	37,8	3,6	1,0
> 20h	0,8	5,0	6,7	4,5	1,3	0,9

Attention, une partie des ressources n'apparaît pas dans ce tableau car recrutée directement par les praticiens pour les établissements privés.

Le Temps de vacation offert (TVO) correspond à la somme des temps de vacation offerts en heure au programmé pour accueillir de l'activité.

Ressources humaines – Répartition des tâches

Imagerie	Question				
		IBODE	IDE	AS	MER
	Qui manipule l'amplificateur de brillance	58%	19%		23%
	Qui intervient en salle d'imagerie interv.	24%	18%		
	Qui intervient en salle hybride	48%	12%		40%

Gestion des DM	Question						
		IBODE	IDE	CADRE	PPH	Secr.	Autre
	Qui est resp. de la gestion des stocks et des DM	38%	3%	28%	25%		6%
	Qui définit les besoins	44%	8%	30%	8%		11%
	Qui fait l'inventaire	41%	9%	9%	28%	3%	9%
	Qui rédige la commande	48%	9%	6%	22%	3%	11%
	Qui valide la commande	33%	6%	30%	24%		6%
	Qui passe les commandes aux fournisseurs	11%	2%	13%	58%	6%	11%
	Qui réceptionne les commandes et transporte les DM	25%	3%	2%	34%	3%	33%
	Qui fait le rangement des DM	52%	8%		14%		27%
	Qui fait le suivi des commandes	36%	5%	20%	23%	5%	11%
	Qui vérifie les DM nécessaires par intervention et révision	69%	5%	22%			5%

Par qui est réalisée la pré-désinfection des instruments ?	IDE	100%
	AS	
	Autre	
Par qui est réalisée la pré-désinfection des endoscopes ?	IDE	70%
	AS	30%
	Autre	

Conclusion

En résumé, la planification et la gestion de flux sont centrales et restent des axes de travail à privilégier.

Le pilotage des vacations et la liaison avec l'Unité de chirurgie ambulatoire (UCA) est à revoir à une fréquence plus élevée. Un pilotage par le quadrinôme semble primordial : **chirurgien - anesthésiste - cadre – direction.**

De plus, la RAC est à amplifier pour devenir la pratique quotidienne.

Thématique 1

Comment améliorer l'occupation
de mes vacances ?

Réduction du démarrage tardif

DÉRIVE RAPIDE DU DÉMARRAGE TARDIF (DT)

Piste d'amélioration : le démarrage tardif est à piloter quotidiennement et chaque occurrence est à suivre de manière individuelle dès que la durée dépasse un seuil raisonnable (15 ou 30 minutes).

RETARD DES PATIENTS

Pistes d'amélioration :

- Afin de corriger les problèmes de goulot d'étranglement, soit en termes de place en salle de transfert, soit en termes de transports par les brancardiers, la logique de patient debout permettant de faire venir un brancardier avec plusieurs patients peut être bénéfique, surtout si les premiers patients proviennent de l'unité de chirurgie ambulatoire.
- Choisir de verrouiller le programme opératoire la veille. Il ne peut y avoir de changement de programme le matin-même.
- S'assurer du circuit de l'information dans les services de chirurgie pour que les changements de programme de J-1 soient pris en compte pour la préparation à J0.

RETARD EN SALLE

Pistes d'amélioration :

- Préparer / anticiper la journée (boîtes, ordre des patients, premier patient en urgence), mettre en place des consignes de démarrage de salle en termes de présence des acteurs.
- Faire éventuellement décaler les heures de début de poste IBODE pour que les premières soient affectées à la préparation de salle.
- Faire installer le patient en salle d'intervention par les IBODE si une prescription et un protocole sont formalisés, sous couvert de la présence médicale à proximité.
- Instaurer un décalage de 15 minutes entre les deux salles supervisées par un Médecin anesthésiste réanimateur (MAR).

PROGRAMMATION DES INTERVENTIONS

Pistes d'amélioration :

- Limiter le nombre de patients attendus au bloc pour le démarrage (pas plus de 2 patients en même temps, sauf actes très courts), mais par salle en avoir au moins 2 préparés par les services (UCA + hospitalisation) pour gérer les annulations.
- Éviter les Anesthésies locorégionale (ALR) en début de programme.
- Éviter les vacations sur 2 salles.

CALCUL DES INDICATEURS

Piste d'amélioration : déclarer les heures de début de vacation le plus finement possible (pas l'heure de début de poste au risque d'un décalage de 15 minutes (cf. "Retard en salle" – Médecin anesthésiste réanimateur).

Limitation du temps inter-interventions

OPÉRATEUR PROGRAMMÉ SUR DEUX SALLES

Pistes d'amélioration :

- Faire disparaître cette pratique, sauf dans le cas où le temps « geste » dans une salle correspond au temps de préparation dans l'autre salle ou que l'opérateur n'est disponible qu'une journée par roulement.
- Optimiser le temps inter-geste pour les opérateurs à l'aide d'une programmation pouvant se répéter d'une semaine sur l'autre (fort volume d'activité uniquement).
- Maitriser au mieux l'affectation Ressources humaines (RH), si la pratique est impossible à faire disparaître, jamais 2 équipes complètes mais plutôt une équipe de Personnels non médicaux (PNM) sur 2 salles.

BIONETTOYAGE

Pistes d'amélioration :

- Adapter le nombre d'Agents des services hospitaliers (ASH) en fonction de la durée des interventions et des spécialités concernées.
- Anticiper l'appel par l'équipe de salle lorsque le patient est encore en salle.

PAUSE MÉRIDienne

Pistes d'amélioration :

- Disposer dans l'idéal d'une équipe permettant la rotation en salle sans interrompre le programme.
- Prévoir la pause en fonction de l'ordonnancement des interventions et vice-versa.
- Mettre en place un principe de coupe-file pour les personnels bloc pour le self + plateaux repas à proximité.
- Communiquer périodiquement auprès des personnels du bloc pour rappeler les temps dédiés à la pause (+/-temps de déshabillage) et l'importance de les respecter.

DISPONIBILITÉ DU PATIENT

Pistes d'amélioration :

- Mettre en place un parcours debout et assis pour accélérer les flux.
- Anticiper au niveau de la salle de bloc les appels patients, en lien avec les impératifs anesthésiques (Anesthésie locorégionale (ALR) par exemple) + risque sur la pause méridienne en particulier.
- Disposer d'un système de brancardage connecté.

RÉFÉRENTIEL DES DURÉES OPÉRATOIRES

Pistes d'amélioration :

- Mettre à jour de façon trimestrielle ou semestrielle les référentiels de durée par geste et opérateur. Attention, la mise à jour des durées se doit d'être objective et basée sur du recueil pour éviter leur remise en cause.
Attention aux durées surestimées.
- Programmer en fonction des temps opératoires (entrée-sortie de salle) et non en fonction des temps geste uniquement.

DISPONIBILITÉ DES OPÉRATEURS

Pistes d'amélioration :

- Permettre aux opérateurs de réaliser toutes leurs activités au sein du bloc opératoire (dictée des comptes rendus, consultation de dossiers et de résultats d'examens biologiques + imagerie).
- Mettre en place des procédures de validation de sortie des patients UCA pour limiter les sorties des opérateurs.

Minimisation des fins précoces / vacances vides

VACATIONS PEU REMPLIES OU VIDES

Pistes d'amélioration :

- Établissements privés : facturer les vacances par défaut indépendamment de la présence du praticien (attention à ne pas valider des comportements de ce type par l'application d'un tarif identique, un coût supplémentaire peut être appliqué lorsque la vacation n'a pas été utilisée).
- Établissements publics : contractualiser avec une logique de refacturation interne (comptabilité analytique) entre les plateaux médicotechniques et les services utilisateurs.
- Étudier la planification sur 2 semaines lors du staff hebdomadaire et mettre en place des règles de gestion des vacances remplies à moins de X.
- Mettre en place une « bourse » à la vacation d'abord dans la spécialité puis à tous, sous réserve d'avoir l'information de disponibilité plus de 15 jours avant.
- Avoir une politique institutionnelle de remise des congés plus de 4 semaines avant leur réalisation et exemplarité des acteurs au sein de la gouvernance (CME, conseil de bloc, chefs de service).
- Définir des vacances dans la charte pour les périodes basses.

RÉFÉRENTIEL DES DURÉES OPÉRATOIRES

Mettre à jour de façon trimestrielle ou semestrielle les référentiels de durée par geste et opérateur.

Important : la mise à jour des durées se doit d'être objective et basée sur du recueil pour éviter leur remise en cause.

REDIMENSIONNEMENT DES VACATIONS

Réviser les vacances tous les 3 mois (au maximum tous les 6 mois) en se basant sur le taux d'occupation et le taux de débordement :

- 1^{er} mois = identification de la tendance ;
- 2^e mois = confirmation de la tendance et annonce des changements à venir si pas d'amélioration ;
- 3^e mois = changement des vacances.

Si ces 2 indicateurs sont maîtrisés par tous, il faut alors s'intéresser à la gestion de la file active pour chaque opérateur de chaque spécialité afin d'éviter l'allongement des délais de planification.



Thématique 2

Comment améliorer ma programmation
et ma planification ?

Gestion des débordements

PLANIFICATION

Pistes d'amélioration :

- Bloquer les ajouts pour la semaine en cours après le staff hebdo, validation obligatoire par le cadre/régulation.
- Informer le cadre des spécificités de l'intervention entraînant une augmentation de la durée (participation d'interne, intervention filmée, etc.) dès que l'information est connue, au plus tard lors de la réunion hebdomadaire de planification.
- Prévoir un volume théorique d'urgences par spécialité afin de limiter le débordement d'activité non programmée (en étudiant de manière rétrospective les taux d'urgence sur les années précédentes pour les mêmes mois, pour conserver la saisonnalité).
- Planifier les urgences relatives (supérieures à 48 h) décidées par la cellule de régulation.
- Favoriser l'opération des patients recrutés au niveau des urgences par les opérateurs disponibles (ce n'est pas systématiquement le prescripteur qui opère).

RÉFÉRENTIEL DES DURÉES OPÉRATOIRES

Pistes d'amélioration :

- Mettre à jour de façon trimestrielle ou semestrielle les référentiels de durée par geste et opérateur. Attention, la mise à jour des durées se doit d'être objective et basée sur du recueil pour éviter leur remise en cause.
- Mettre en place des chemins cliniques avec des durées théoriques par étape.

GESTION DU DÉBORDEMENT

Pistes d'amélioration :

- Autoriser un opérateur à terminer sa vacation sur une deuxième salle libérée par une autre spécialité (fin précoce).
- Fonctionner en entonnoir (toutes les interventions en débordement sur la même salle à la suite) pour les activités en débordement.
- Mettre en place un suivi et l'analyse des causes des « vrais » débordements : ceux qui conduisent une équipe à rester alors que ce n'était pas prévu VS ceux pris en charge par les équipes de garde/d'astreinte.

Thématique 3

Comment optimiser
les flux au bloc opératoire ?

Amélioration des durées en Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) (sortie de salle – sortie de SSPI)

GESTION DU BRANCARDAGE

Pistes d'amélioration :

- Outiller les brancardiers « Brancardiers connectés » (téléphone, ordinateur, tablette...).
- Anticiper l'appel du transport dès un score Aldrete positif (sauf pédiatrie). Le score d'Aldrete modifié est un indicateur du réveil post anesthésique d'un patient, basé sur 6 items qui permet de guider la décision de sortie de SSPI, il est positif lorsque supérieur à 9.
- Favoriser la sortie possible sous protocole pour certaines prises en charge sans revue de l'anesthésiste.

IDENTIFICATION DES FLUX

Pistes d'amélioration :

- Mettre en place une identification visuelle des patients en ambulatoire (bracelet ou tenue de couleur différente ou emplacements dédiés dans la SSPI).
- Mettre en place des flux différents en SSPI, selon les prises en charge et surveillance des patients : pas de passage par la SSPI, passage rapide par la SSPI, surveillance longue post interventionnelle.
- Identifier avec les anesthésistes des parcours patients ne nécessitant pas une surveillance post interventionnelle en SSPI (certaines Anesthésie locales (AL), certaines anesthésies loco-régionales (ALR)...).

HARMONISATION DES PRATIQUES ANESTHÉSQUES

Pistes d'amélioration :

- Travailler d'après les recommandations de la RAC pour les étapes pré, per et post opératoire (limiter la prémédication, les drains et ne pas systématiser les patients arrivants intubés en SSPI).
- Travailler à développer les chemins cliniques par spécialité et type d'acte, en se basant sur des durées théoriques par étape de prise en charge.

Outils

Rappel

Lors de l'élaboration et pour la mise en œuvre d'un plan d'amélioration, il est important de mettre en place **une équipe projet** avec à minima un trinôme : cadre / médecin / direction

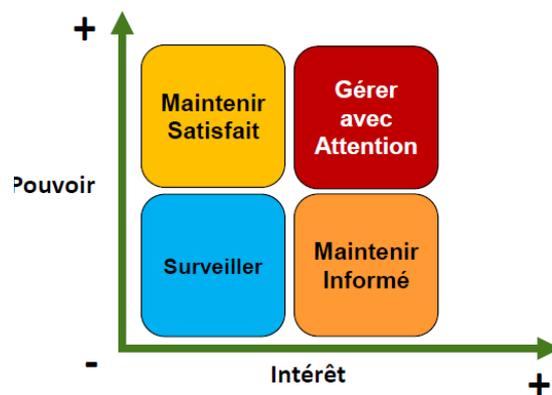
Pour compléter les fiches actions, vous trouverez ci-après les principaux outils pour la construction de votre plan d'actions et le suivi des indicateurs.

Parties prenantes

L'analyse des parties prenantes c'est identifier toutes les personnes, groupes et institutions qui peuvent avoir un intérêt dans un projet et engager des actions pour gérer leurs intérêts et leurs attentes afin que le projet fonctionne le mieux possible.

Pour chaque chantier, il faut lister tous les noms des parties prenantes qui pourraient :

- être concernées de n'importe quelle façon par le projet ;
- avoir une position influente, ou
- être affectée par les problèmes auxquels s'attaquent le projet.



Les 2 types de Partie prenante (PP) :

- Les PP en interne
 - Le commanditaire/Pilote
 - Les impactés (opérationnels)
 - La direction (gouvernance)
 - L'équipe projet (restreinte)
 - Les services supports du projets (RH, DSI, etc.)
 - Les experts
- Les PP en externe
 - Les patients
 - Les partenaires (ville, prestataires)
 - Les organismes publics (ARS, CPAM)

Plan de communication

La communication ne doit pas être négligée. Elle permet d'informer et de faire adhérer les différentes parties prenantes.

Modèle de plan de communication qui sera mis à jour tout au long de la démarche :

PLAN DE COMMUNICATION INSTITUTIONNEL (à adapter par l'établissement)

Phases	Objectifs	Objectifs particuliers selon la cible	Date / fréquence	Cible	Instance	Support	Responsable de la communication	Etat d'avancement
Cadrage	Lancer le projet : Présenter la démarche ARS et sa déclinaison opérationnelle dans l'établissement (objectifs, calendrier, équipe projet, gouvernance)	Valider et cadrer le projet	déc-16	Membres du Directoire	Directoire	Note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	PM	Présentation CME	Note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	PM	Conseil de bloc	Note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	Cadres	Présentation en CSIRMT	Note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	Responsables de services	Bureaux de pôle : point à l'ordre du jour	Synthèse note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	Tout le personnel		Synthèse note de cadrage Journal interne	Trinôme	Terminé
Diagnostic	Partager les indicateurs clés relevés et les conclusions de l'analyse (résultats du benchmark, des outils d'autodiagnostic et des entretiens / groupes de travail réalisés) et les premières grandes pistes d'action	Valider le diagnostic	févr-17	Directoire		Restitution du diagnostic	Trinôme	En cours
		- Axer les sur les thématiques qui auront un impact sur l'organisation de la prise en charge médicale	févr-17	PM	Présentation CME	Restitution du diagnostic	Trinôme	En cours
		- Axer les sur les thématiques qui auront un impact sur l'organisation de la prise en charge soignante	févr-17	Cadres	Présentation en CSIRMT	Restitution du diagnostic	Trinôme	En retard
		- Axer les sur les thématiques qui auront un impact sur l'organisation de les processus administratifs	févr-17	Responsables de services	Bureaux de pôle: point à l'ordre du jour	Restitution du diagnostic	Trinôme	Pas commencé

Actions et indicateurs

Une action doit avoir :

- un pilote ;
- une durée (environ 6 mois - elle ne doit pas durer plus d'un an sinon il faut la redéfinir et la découper en plusieurs actions) ;
- un indicateur de suivi avec une cible.

Pour suivre une action, il faut à minima un indicateur de suivi. Cet indicateur est à suivre en routine, dont il faut avoir une valeur de départ (avant le début du changement).

L'indicateur de suivi est différent de l'indicateur de pilotage, l'indicateur de suivi de plan d'action est plus précis et définit par l'équipe projet. Il doit être :

- Mesurable
- Atteignable
- Limite temporelle à définir
- Intelligible
- Négociable

Modèle de fiche action et plan d'action à télécharger

Vous pouvez télécharger les outils suivants :

Trame de suivi de Plan d'actions

Cet outil est un fichier Excel composé de 2 onglets. Le 1^{er} onglet étant une aide à l'utilisation du fichier et le 2^e, intitulé FDR (Feuille de route) permet de décrire le plan d'actions et de suivre son avancement.

Fiche action

Ce document est un fichier Power point qui permet de décrire une action et peut faciliter la communication.

>> insérer un lien vers le document « Trame suivi PA » et « fiche action »
(document qui sera publié sur le site internet ARS)

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

 @ARS_ARA_SANTE

