

ANAP

appui santé & médico-social

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Chirurgie ambulatoire mode d'emploi



NOVEMBRE 2013

Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Dr Christian ESPAGNO,
ANAP, christian.espagno@anap.fr

Anne BELLANGER,
ANAP, anne.bellanger@anap.fr

Dr Stanislas JOHANET,
ANAP, stanislas.johanet@anap.fr

Jamel MAHCER,
ANAP, jamel.mahcer@anap.fr

Pauline SASSARD,
ANAP, pauline.sassard@anap.fr

Résumé

La chirurgie ambulatoire permet de mettre en œuvre « dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes chirurgicaux nécessitant le recours à un secteur opératoire » (art. R.6121-4 du CSP). Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire sont désormais reconnus par une majorité d'acteurs de la santé.

Le taux de chirurgie ambulatoire a déjà bien progressé en France au cours des cinq dernières années. Néanmoins, son potentiel d'évolution est encore important. Au-delà des mesures incitatives prises par les pouvoirs publics, des leviers complémentaires sont actionnés sur le terrain, notamment par l'ANAP.

Dans ce contexte, 20 établissements de santé ont été accompagnés par l'ANAP de mai 2012 à juillet 2013. Ils ont ainsi pu identifier et faire face à l'ensemble des problématiques liées au développement de la chirurgie ambulatoire. Les chefs de projets de ces établissements, avec l'appui de l'ANAP, se sont organisés en « mode projet » pour :

- ▶ mener un état des lieux et un diagnostic identifiant forces et faiblesses
- ▶ définir et prioriser les actions nécessaires au développement de la chirurgie ambulatoire
- ▶ mettre en œuvre ces actions

Ce guide, issu de ce dispositif d'accompagnement, s'adresse aux professionnels de santé et aux gestionnaires d'établissements pour les aider à développer l'activité de chirurgie ambulatoire au sein de leur structure.

Il décrit de manière opérationnelle toutes les étapes indispensables à la réussite du projet de développement de la chirurgie ambulatoire, depuis le cadrage du projet jusqu'à sa mise en œuvre et à la pérennisation des actions. Il propose des méthodes et des exemples d'organisations issus du retour d'expérience des 20 établissements ; il donne également des pistes pour « convaincre et embarquer » les acteurs.

Mots-clés : chirurgie ambulatoire, développement, mode projet, retour d'expérience

3

Summary

Outpatient surgery enables "surgical procedures requiring an operation, under conditions that allow the patient to return home the same day" (Article R.6121-4 of the French Public Health Code). Its benefits are now acknowledged by most players in the health sector.

The rate of outpatient surgery in France has already progressed well in the last five years. However, there is still much potential for further development. Apart from the incentives provided by the public authorities, additional levers have been activated in the field, particularly by ANAP (French National Agency to Support the Performance of Health and Social Care Organisation).

In this context, 20 health facilities were supported by ANAP from May 2012 to July 2013. They were thus able to identify and confront all problems related to the development of outpatient surgery. The project managers in these facilities, with support from ANAP, entered "project mode" in order to:

- ▶ carry out a review and diagnosis to identify strengths and weaknesses
- ▶ define and prioritise the actions needed to develop outpatient surgery
- ▶ implement these actions

This guide, resulting from this support scheme, is intended for health professionals and managers of facilities in order to help them develop outpatient surgery activity within their facilities.

It describes, in operational terms, all the steps that are essential to the success of a plan to develop outpatient surgery, from framing the project to implementing it, and putting the actions on a sustainable footing. It offers methods and examples of organisation based on feedback obtained from the 20 facilities; it also suggests ways to convince the players and get them on board.

Keywords: outpatient surgery, development, project mode, feedback

Sommaire

Préface
p. 8

Introduction
p. 10

Des points clés pour réussir
p. 14

1 DÉMARCHE OPÉRATIONNELLE POUR DÉVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

p. 15

1.1 - Organiser et piloter en « mode projet »
p. 16

1.1.1 - Intérêt et pertinence du mode projet
p. 17

1.1.2 - Organisation en mode projet
p. 17

1.2 - Lancer le projet
p. 20

1.3 - Réaliser un état des lieux et diagnostiquer
p. 21

1.3.1 - Phase d'identification des éléments descriptifs
de l'organisation de la prise en charge en ambulatoire
p. 22

1.3.2 - Phase d'analyse du potentiel ambulatoire
de l'établissement
p. 27

1.3.3 - Phase de synthèse : formalisation
d'une matrice de type SWOT et émergence des axes
opérationnels et stratégiques prioritaires
p. 29

1.4 - Élaborer et prioriser les actions
p. 29

1.5 - Mettre en œuvre, accompagner et mesurer
les actions
p. 31

1.6 - Pérenniser
p. 33

1.6.1 - Des indicateurs pour continuer à suivre
p. 33

1.6.2 - Une instance pour continuer à piloter
et développer
p. 33

1.6.3 - Une communication ciblée pour continuer
à mobiliser
p. 33

1.6.4 - Une personne ressource pour continuer
à relayer
p. 33

1.7 - Conduire le changement :
« convaincre et embarquer »
p. 34

1.7.1 - Comprendre les jeux d'acteurs
p. 34

1.7.2 - Identifier les craintes
p. 35

1.7.3 - Développer les arguments de persuasion
p. 35

1.7.4 - Vaincre les réticences
p. 36

1.7.5 - Communiquer
p. 36

Sommaire

2 MODE D'EMPLOI ISSU DES RETOURS D'EXPÉRIENCE

p. 38

2.1 - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire

p. 41

2.2 - Harmoniser les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire

p. 43

2.3 - Mettre en place l'appel de la veille

p. 46

2.4 - Fluidifier l'amont de la prise en charge

p. 49

2.5 - Choisir un type de structure

p. 51

2.6 - Intégrer l'ambulatoire dans la planification et la programmation au bloc opératoire

p. 54

2.7 - Fluidifier le passage en salle de surveillance postinterventionnelle

p. 58

2.8 - Formaliser le parcours patient

p. 61

2.9 - Protocoliser la sortie du patient

p. 65

2.10 - Mettre en place un score de sortie de l'UCA

p. 67

2.11 - Optimiser l'hébergement en UCA

p. 70

2.12 - Mettre en place un salon de sortie

p. 73

2.13 - Mesurer la satisfaction du patient

p. 76

2.14 - Mettre en place l'appel du lendemain

p. 79

2.15 - Assurer la continuité des soins

p. 83

2.16 - Communiquer auprès des professionnels de santé de ville sur l'offre ambulatoire

p. 88

2.17 - Supprimer l'activité dite « foraine »

p. 91

2.18 - Fluidifier le brancardage des patients en ambulatoire

p. 93

2.19 - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge en ambulatoire

p. 95

Sommaire

3

POUR ALLER PLUS LOIN : GESTION DE PROJET

p. 98

3.1 - Les fondamentaux pour piloter un projet
de développement de la chirurgie ambulatoire

p. 99

3.2 - Le choix du chef de projet

p. 100

3.3 - La mise en place d'une équipe projet chirurgie
ambulatoire

p. 101

6 3.4 - Le « comité de pilotage chirurgie ambulatoire »

p. 102

3.5 - Le calendrier du projet

p. 102

3.6 - Les indicateurs pour diagnostiquer et suivre

p. 104

3.7 - Les instruments de pilotage du projet

p. 105

3.8 - Le support de lancement de projet (exemple)

p. 106

ANNEXES

p. 109

GLOSSAIRE

p. 110

LES 20 ÉTABLISSEMENTS ACCOMPAGNÉS

p. 112

REMERCIEMENTS

p. 114

Préface

Favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre d'une réflexion globale et cohérente

Dès sa création, l'ANAP s'est fortement impliquée pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre d'une réflexion globale et cohérente, avec le souci permanent d'être en proximité des acteurs de terrain.

Ce guide intitulé « Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi » fournit des clés de mise en œuvre opérationnelle issues des travaux d'accompagnement de 20 établissements de santé (3 CHU, 5 CH, 4 ESPIC, 8 Cliniques).

La dimension opérationnelle de la démarche proposée dans ce guide a permis aux 20 établissements de santé accompagnés par l'ANAP d'augmenter leur taux de chirurgie ambulatoire de façon importante.

La multitude et la diversité des enjeux opérationnels, auxquels sont confrontés tous les établissements poursuivant cet objectif, génèrent d'emblée des inquiétudes et des difficultés, voire des résistances qui ne sont pas insurmontables.

En effet, notre expérience montre qu'avec l'identification et la mobilisation d'une équipe motivée, une méthode rigoureuse et une volonté institutionnelle, des résultats rapides et tangibles peuvent être obtenus.

Ces résultats ne peuvent cependant être atteints qu'au fur et à mesure que se développe le niveau de maturité de l'établissement. Il ne faut pas vouloir prendre d'emblée en charge des actes chirurgicaux très complexes sans avoir au préalable acquis une bonne expérience et mener les réflexions nécessaires en matières d'organisation.

Afin de répondre à la demande croissante des patients, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en confortant sa place dans l'offre de soins territoriale, le développement de la chirurgie ambulatoire est une nécessité pour tout établissement.

Cependant, il ne s'agit que d'une étape dans la réorganisation globale de l'hôpital qui doit améliorer son efficacité notamment en adaptant son dimensionnement capacitaire.

L'hôpital de demain doit être de moins en moins un lieu d'hébergement au profit d'un ensemble de plateaux techniques autour desquels s'articulent des flux bien organisés de patients.

L'hospitalisation de demain sera de plus en plus une étape limitée au juste temps nécessaire et intégrée dans un parcours de soins ou de santé.

L'ANAP espère que ce guide aidera tout établissement qui souhaite s'engager dans le développement de la prise en charge ambulatoire.

Christian ANASTASY
Directeur général de l'ANAP

Préface

L'aventure de la chirurgie ambulatoire, c'est déjà une longue histoire au CHU de Poitiers

Une démarche initiée en 2001, ce qui prouve qu'il faut compter avec le temps.

En tant que directeur général j'avais proposé un voyage d'études aux USA pour évoquer d'autres modes d'exercice, dont la chirurgie ambulatoire, qui s'y développent dans les hôpitaux et hors des hôpitaux : choc des cultures qui suscita de l'intérêt.

Deux ans plus tard en 2003, nous inaugurons un espace architectural ouvert de 15 places de chirurgie ambulatoire. Les oppositions demeuraient nombreuses : techniques non stabilisées, absence de bloc dédié, décalage entre les acteurs chirurgiens et anesthésistes, craintes sécuritaires pour le patient, chirurgie impossible si absence de conditions sociales, intellectuelles et environnementales... En substance pourquoi changer nos habitudes ?

Certaines pratiques chirurgicales se prêtent mieux à la chirurgie ambulatoire, il faut donc les prioriser ; cependant, toutes les disciplines chirurgicales sont concernées à des degrés divers mais elles doivent résolument s'engager dans la chirurgie ambulatoire. L'incitation doit être forte et aller jusqu'à la suppression de liste de chirurgie si aucune activité nouvelle n'est proposée en substitution.

Quels sont les apports majeurs de ce mode de prise en charge ? Tout d'abord, il est demandé par le patient et sa satisfaction est grande. Cette pratique modifie la mission de l'hôpital en créant un circuit court différent qui efface le caractère trop hospitalier. Cette pratique transforme la pratique opératoire renforçant la programmation et la protocolisation ; elle unit et solidifie le couple chirurgiens et anesthésistes. Elle laisse augurer une très forte réduction des capacités d'hébergement d'un établissement. Aujourd'hui nous offrons deux espaces de 15 places dont un sous ensemble dédié à la pédiatrie.

L'activité croît de plus de 10% par an mais il faut accepter des paliers de développement ; bien que notre taux de chirurgie ambulatoire soit d'environ 30% nous avons bénéficié des accompagnements de l'ANAP.

Les travaux ont permis d'auditer la situation actuelle et d'objectiver les freins qui demeurent plus importants lorsqu'on s'interroge sur les nouvelles interventions possiblement réalisables.

Se comparer rassure ; je reste convaincu que les indications demeurent très nombreuses et que les échanges entre les équipes médicales restent trop restreints.

Dix ans après, l'aventure continue, elle nous pousse vers le redimensionnement du plateau technique et la réduction capacitaire hôtelière. Le premier bénéficiaire, c'est le patient ; sa prise en charge allie qualité et efficacité.

Jean-Pierre DEWITTE

Directeur général du CHU de Poitiers

Introduction

Les impacts positifs de la chirurgie ambulatoire sont maintenant partagés par une majorité d'acteurs de la santé. Malgré ce constat, de nombreux freins à son développement subsistent en France, tant sur le plan culturel qu'organisationnel, et pour les lever, les pouvoirs publics ont impulsé et mis en œuvre plusieurs dispositifs destinés aux établissements de santé.

Certains de ces dispositifs s'inscrivent dans un partenariat HAS-ANAP « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » qui vise à accompagner les professionnels de santé, les gestionnaires d'établissements et les agences régionales de santé (ARS) dans le développement de la chirurgie ambulatoire¹ en France. L'objectif conjoint est de mettre à disposition, de l'ensemble des acteurs concernés, des outils, guides et recommandations de bonnes pratiques organisationnelles.

Dans le cadre de ce partenariat, l'ANAP a engagé quatre projets complémentaires qui répondent à différentes attentes :

10

- ▶ Disposer d'un outil d'analyse prospectif des coûts :
 - [OPEERA² \(Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire\)](#), objectivant les conditions requises pour assurer un équilibre économique de l'activité de chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.
- ▶ Fournir des productions à visée organisationnelle permettant l'adhésion des professionnels et des établissements de santé :
 - [Parangonnage ciblé sur quinze établissements pionniers](#), qui a nourri les recommandations organisationnelles conjointes HAS-ANAP quant au développement de la chirurgie ambulatoire.
- ▶ Faire progresser les régions ayant un fort potentiel en chirurgie ambulatoire :
 - Accompagnement de trois ARS, pour analyser les actions menées par les régions afin de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, au regard de leurs caractéristiques régionales (offre de santé, spécificités géographiques et sociodémographiques, etc.).
- ▶ Accompagner 20 établissements de santé, (cf liste ci-après), pour faire progresser leur taux de chirurgie ambulatoire.

Ce guide a été réalisé dans le cadre de ce dernier projet.

Il est bâti autour de points forts tels que des solutions organisationnelles, des actions pour mener à bien les travaux, des fiches explicatives, des exemples d'indicateurs, des illustrations, des modèles de documents et des clés pour conduire le changement.

1 - L'ensemble des productions élaborées dans ce cadre sont disponibles sur le site de l'ANAP : <http://www.anap.fr>

2 - Le lien vers la page web contenant l'outil est disponible dans la rubrique « Bibliographie »

Introduction

Liste des 20 établissements de santé accompagnés par l'ANAP

Catégorie d'établissement	Nom de l'établissement	Ville
Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU)	CHRU de Brest	Brest
	CHRU de Poitiers	Poitiers
	CHRU de Tours	Tours
Centres hospitaliers (CH)	CH d'Avignon	Avignon
	CH de Mâcon	Mâcon
	CH de Martigues	Martigues
	Groupe hospitalier Tarbes-Lourdes (CH de Bigorre et de Lourdes)	Tarbes-Lourdes
	Hôpital Nord-Ouest	Villefranche-sur-Saône
Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)	Groupement des hôpitaux de l'Institut catholique de Lille (GHICL)	Lille
	Centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc	Lyon
ESPIC et établissement de santé privé	Clinique Jules Verne	Nantes
Établissement de santé privé à but non lucratif	Hôpital Saint-Joseph	Marseille
Établissements de santé privés	Polyclinique de Blois	Blois
	Hôpital Privé La Casamance	Aubagne
	Clinique des Cèdres	Brive-la-Gaillarde
	Polyclinique Kennedy	Nîmes
	Clinique Saint-Augustin	Bordeaux
	Clinique chirurgicale le Pré Pasteur	Le Mans
	Clinique Turin	Paris
	Clinique de la Sauvegarde	Lyon

Ces établissements ont répondu à l'appel à candidatures de l'ANAP. Ils ont été sélectionnés sur la base des critères suivants :

- ▶ Disposer d'une unité de chirurgie ambulatoire identifiée.
- ▶ Avoir inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire dans leur projet d'établissement (cf. **Recommandation E HAS/ANAP**) et/ou CPOM.
- ▶ Avoir un volume d'activité ambulatoire supérieur ou égal à 2 000 actes.

L'un des objectifs de ce projet était de faire progresser le taux de chirurgie ambulatoire dans ces établissements volontaires.

Pour ce faire, l'accompagnement de l'ANAP, mené sur le terrain pendant 16 mois, a consisté à élaborer un diagnostic (identification des forces et faiblesses) puis de définir et de mettre en œuvre toutes les actions nécessaires pour le développement de la chirurgie ambulatoire.

À l'issue de la phase de diagnostic des 20 établissements de santé, une « **photo de départ** » et une « **photo d'arrivée** » ont été réalisées afin de mesurer les progrès accomplis.

Introduction

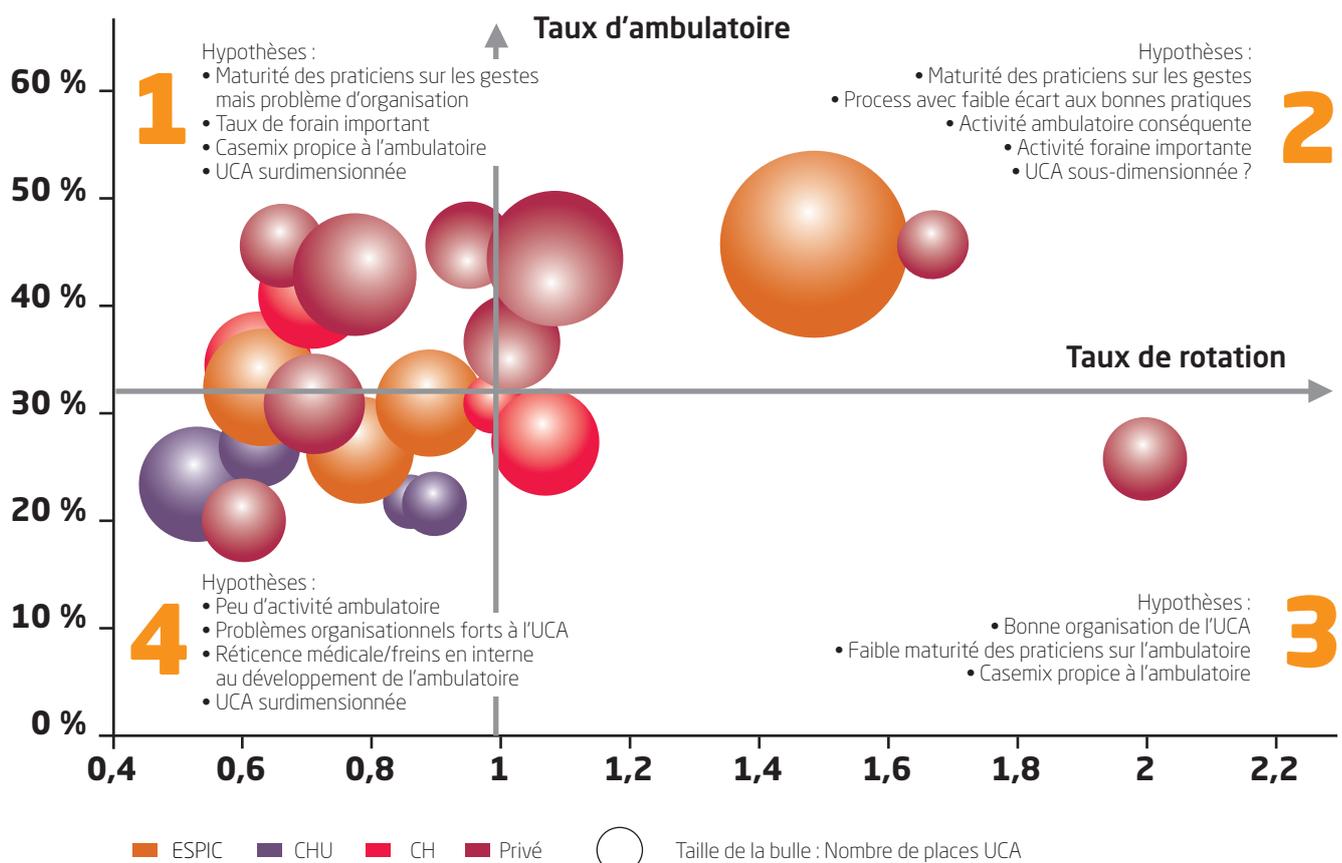
Matrice activité/Organisation UCA

Clés de lecture des graphiques ci-après :

- ▶ La taille des bulles représente le nombre de places en UCA de l'établissement.
- ▶ La couleur des bulles correspond à la typologie d'établissement.
- ▶ L'axe horizontal représente le taux de rotation de l'UCA positionné à 1 (plus un établissement se situe vers la droite du graphique, plus ses places en ambulatoire sont optimisées).
- ▶ L'axe vertical correspond au taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement calculé sur le taux moyen des 20 établissements (plus un établissement se situe vers le haut du graphique, plus son taux d'ambulatoire est élevé).

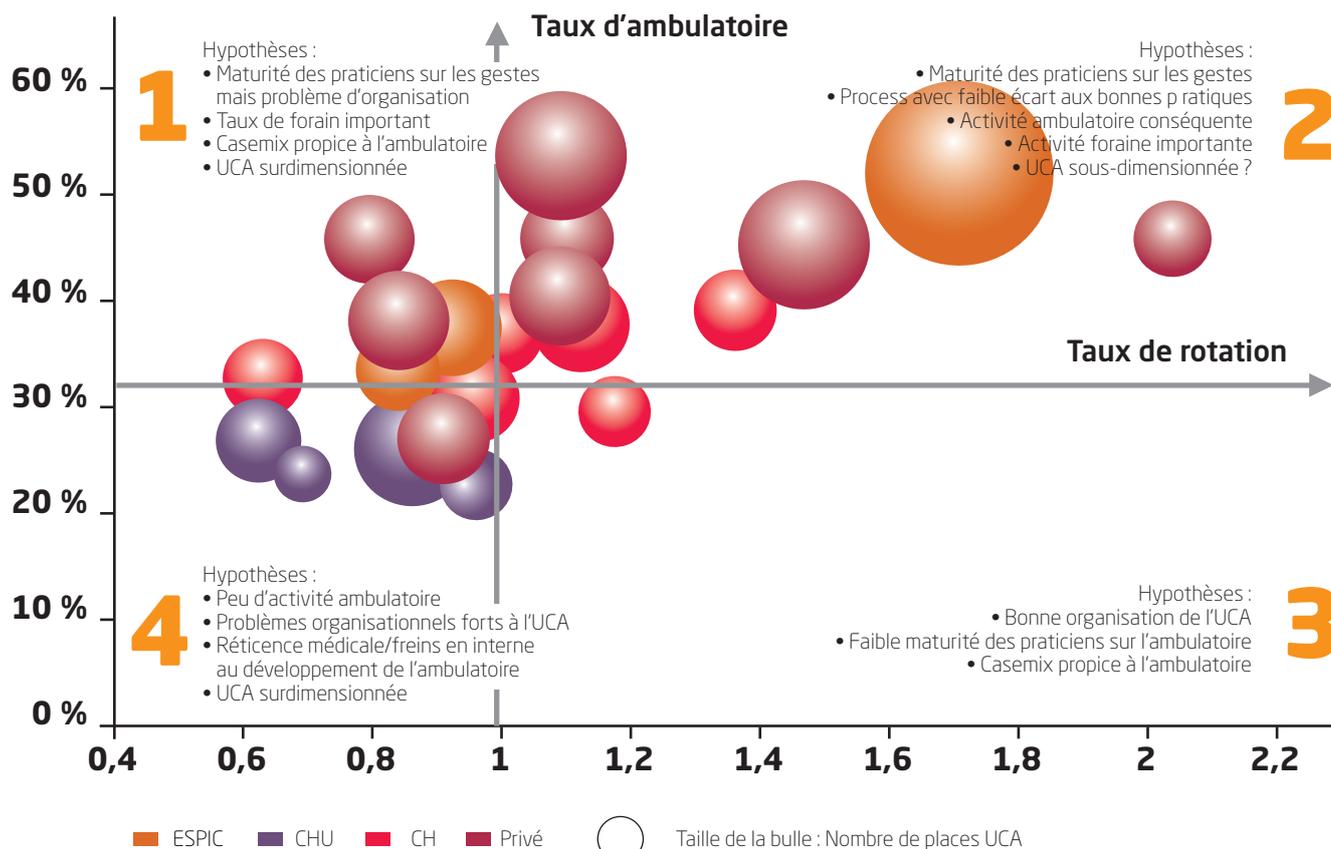
12

Photo de départ : 2011



Introduction

Photo d'arrivée : 1^{er} trimestre 2013



13

Ce guide est conçu pour être une aide pratique pour les professionnels souhaitant développer l'activité de chirurgie ambulatoire au sein de leur établissement. Il décrit toutes les étapes nécessaires depuis le cadrage du projet jusqu'à sa mise en œuvre.

Son architecture est la suivante :

- Des points clés pour réussir : une mise en avant des fondamentaux.

- Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire : une application du mode projet à la chirurgie ambulatoire.
- Fiches de retour d'expérience : un partage des pratiques des 20 établissements.
- Annexes : des illustrations de mise en œuvre.

Le présent guide n'est ni un recueil de règles opposables ni une synthèse de recommandations d'experts.

Chaque fois qu'une thématique abordée dans ce guide est en lien avec une recommandation organisationnelle (référéncée de A à P) covalidée par la HAS et l'ANAP, le lecteur est invité à se référer au document diffusé sur le site Internet de l'ANAP : « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire - Recommandations organisationnelles », HAS, ANAP, mai 2013.

Des points clés pour réussir

Les principaux points présentés ci-dessous et développés dans le guide ont été observés au cours de l'accompagnement des 20 établissements de santé. Ils semblent être des facteurs clés conditionnant la réussite du projet de développement de la chirurgie ambulatoire.

1. Légitimer le projet

- ▶ Inscription dans le projet d'établissement (**cf. Recommandation E HAS/ANAP**)
- ▶ Communication institutionnelle déclinée à tous les niveaux

2. Mettre en place une organisation opérationnelle

- ▶ Organisation en mode projet (**cf. Recommandation K HAS/ANAP**)
- ▶ Choix du chef de projet avec une double mission : piloter le projet et mobiliser les praticiens et les autres soignants (**cf. Recommandations D et K HAS/ANAP**)
- ▶ Identification d'un temps dédié au projet
- ▶ Identification de praticien(s) leader(s) (**cf. Recommandation D**)

3. Choisir les objectifs

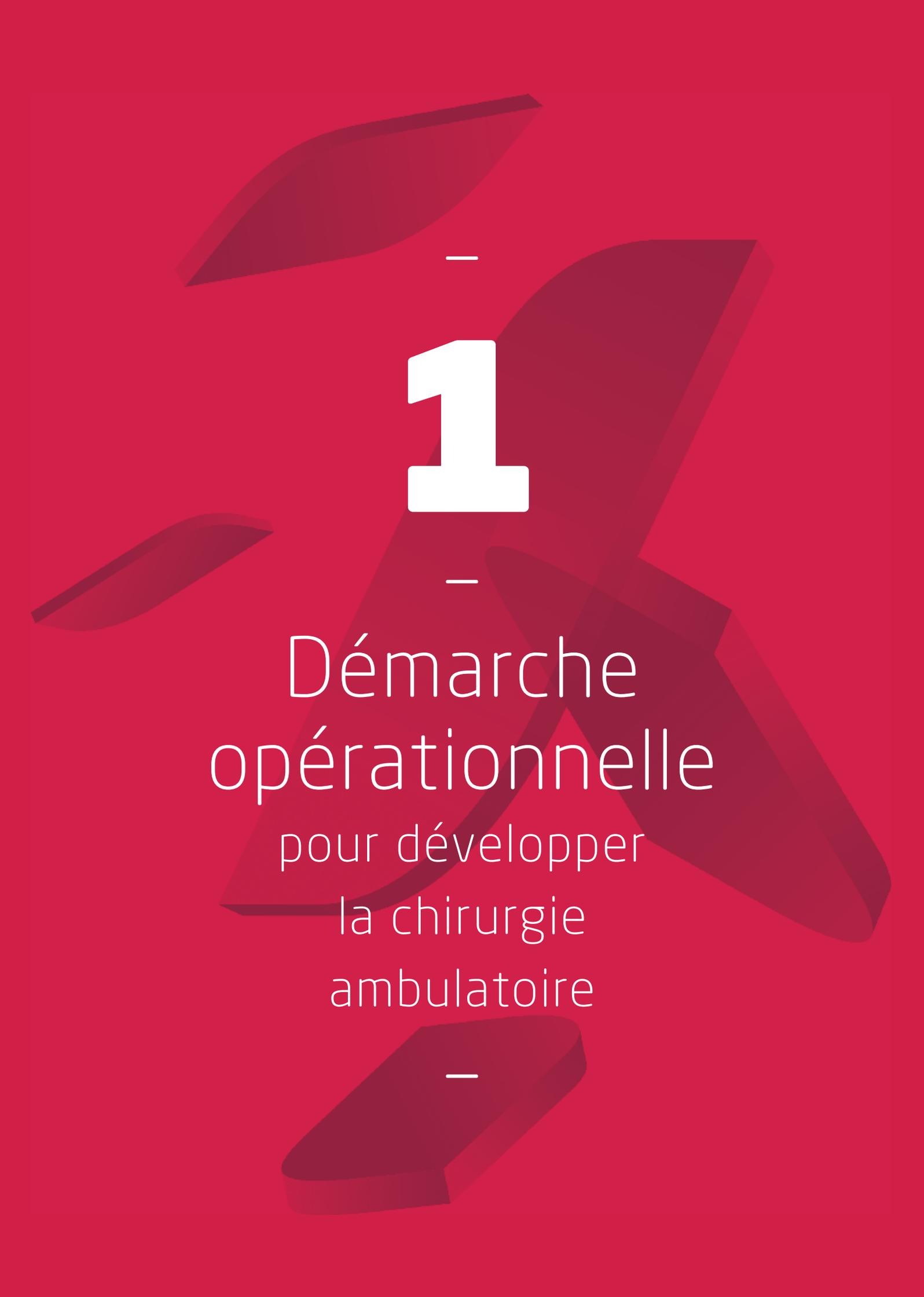
- ▶ Priorisation en fonction des motivations des acteurs (**cf. Recommandations D et L HAS/ANAP**)
- ▶ Effet d'entraînement à partir des premiers résultats d'initiatives pilotes
- ▶ Choix d'indicateurs pertinents

4. Réaliser des échanges interétablissements

- ▶ Création des conditions permettant ces échanges
- ▶ Réflexion interétablissements sur les pratiques organisationnelles
- ▶ Réunions interétablissements des praticiens d'une même spécialité et d'autres soignants sur les pratiques professionnelles

5. Créer les conditions d'une émulation interne et externe

- ▶ Mesure, diffusion et partage des indicateurs
- ▶ Échanges sur les organisations et bonnes pratiques



1

Démarche
opérationnelle
pour développer
la chirurgie
ambulatoire

1

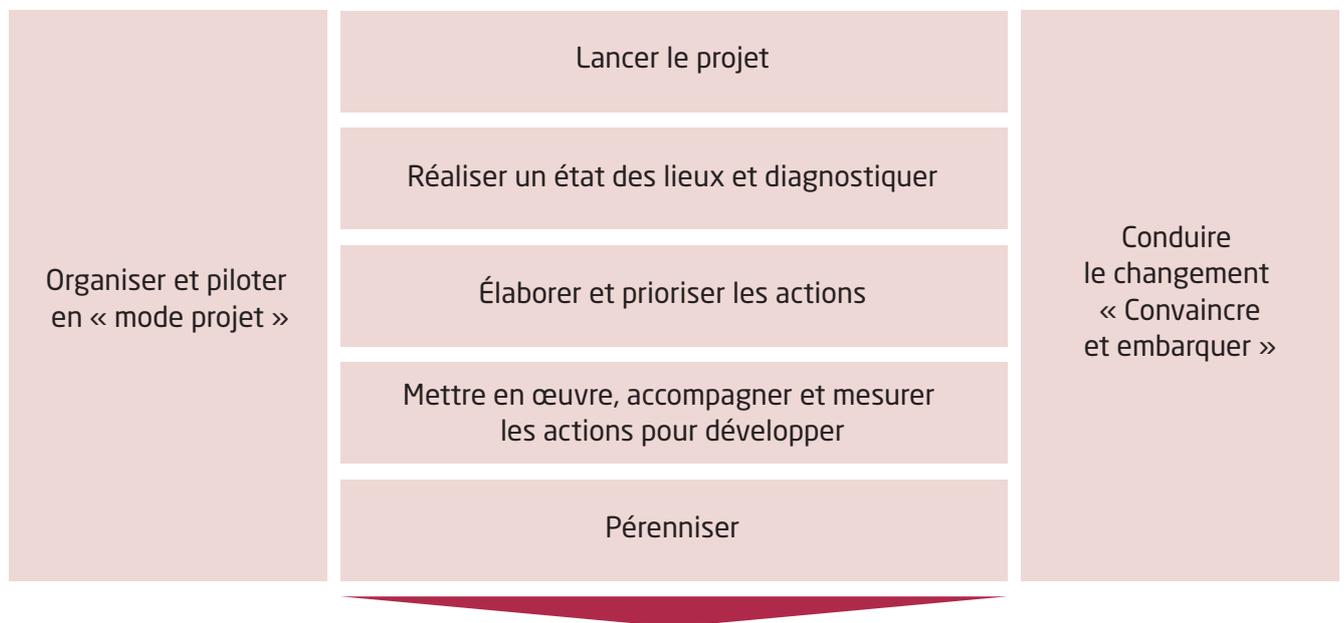
Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

Pour assurer et pérenniser le développement de la chirurgie ambulatoire dans un établissement de santé, il est nécessaire de structurer une démarche opérationnelle de type conduite de projet.

Ce projet implique de constituer une équipe de personnes dont les compétences sont assemblées temporairement (durée du projet) et de définir les actions à mener pour atteindre un objectif précis selon un calendrier et un budget.

Le synoptique suivant a été retenu pour accompagner les 20 établissements dans leur démarche de développement :

16



1.1 – Organiser et piloter en « mode projet »

Déclinaison opérationnelle de la **recommandation K** des recommandations organisationnelles HAS/ANAP.

Pour développer la chirurgie ambulatoire, les 20 établissements se sont organisés en « mode projet ».

Le mode projet :

- ▶ est une méthodologie structurée consistant à construire et suivre les étapes nécessaires à l'atteinte d'un objectif défini;
- ▶ implique une équipe pluridisciplinaire d'acteurs, qui vont mettre en œuvre cette méthodologie, et piloter le projet dans un calendrier déterminé.

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

1.1.1 - Intérêt et pertinence du mode projet

L'accompagnement des 20 établissements a mis en évidence l'importance du mode projet.

Le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite une forte implication de la direction, du corps médical, la mobilisation de nombreux acteurs et une feuille de route opérationnelle (liste des actions et calendrier) ainsi qu'une organisation *ad hoc* (instances de pilotage et de suivi) pour partager les avancements mais également les difficultés du projet.

Dès le lancement du projet dans les 20 établissements de santé, accompagnés par l'ANAP, il a été constaté que la structuration en mode projet n'est pas un mode de fonctionnement naturel et que ce projet est souvent vécu comme une contrainte par de nombreux acteurs : «réunionite», «superflu», «perte de temps» ou encore «chronophage».

Toutefois, au fil du temps, cette organisation s'est rapidement révélée comme un mode de fonctionnement indispensable pour mobiliser et soutenir l'ensemble des acteurs opérationnels du projet :

- ▶ Cadrage et cadencement du projet évitant ainsi la dilution liée à l'étalement dans le temps
- ▶ Implication et mobilisation des acteurs pour soutenir tout au long du projet une volonté de changement
- ▶ Intégration du projet chirurgie ambulatoire dans le projet d'établissement
- ▶ Légitimité des actions de mise en œuvre
- ▶ Sécurisation du processus de validation
- ▶ Assurance d'une communication optimale et maîtrisée

Dans le panel des 20 établissements accompagnés, les progrès les plus notables ont été observés dans les établissements les plus rodés à la gestion de projet, indépendamment du degré de maturité de l'établissement en matière de chirurgie ambulatoire.

1.1.2 - Organisation en mode projet

De nombreuses étapes clés sont à respecter pour mettre en œuvre le mode projet. Cette méthodologie est décrite dans le chapitre «Pour aller plus loin», mais les principes essentiels sont énoncés ci-après.

17



1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

Légitimer le projet

Le chef de projet en charge du développement de la chirurgie ambulatoire doit disposer d'une forte légitimité et des appuis nécessaires pour mener à bien ce type de projet.

La volonté de la direction de l'établissement, de la communauté médicale (*via* la CME) et paramédicale (*via* la CSIRMT³) sont les bases indispensables pour crédibiliser le chef de projet et l'équipe mobilisée.

Avant le lancement d'un tel projet, une annonce formelle (lettre de mission cosignée par la direction générale et le président de la CME) rappelant les principaux objectifs doit impérativement être effectuée et complétée par une communication auprès de l'ensemble des instances concernées.

Formaliser l'organisation du projet

Il s'agit de décrire les grandes étapes du projet :

- ▶ Cadrage
- ▶ Lancement
- ▶ État des lieux/diagnostic
- ▶ Élaboration d'un plan d'action (calendrier associé à chacune des étapes avec les jalons et les étapes de validation)
- ▶ Stratégie de mise en œuvre
- ▶ Bilan

Le choix du chef de projet se révèle crucial dans la réussite d'un tel projet.

Parmi les 20 établissements ayant participé à l'accompagnement, différents profils de chefs de projet ont pu être observés.

Chefs de projet au sein des 20 établissements accompagnés

Profils	Forces	Faiblesses	Établissements concernés
Membre de la direction (hors directeur et directeur des soins)	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité décisionnelle - Habitude à gérer des projets complexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Liens de niveaux variables avec la communauté médicale - Disponibilité 	9 établissements
Directeur des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité décisionnelle - Habitude à gérer des projets complexes - Lien avec les équipes paramédicales - Écoute de la part du corps médical 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité 	4 établissements
Directeur	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité décisionnelle - Vision globale du projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité - Éloignement éventuel du cœur du terrain 	2 établissements
Coordonnateur médical de l'UCA	<ul style="list-style-type: none"> - Crédibilité face à la communauté médicale - Connaissance aigüe du terrain 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion de projets dans les aspects logistiques et administratifs - Disponibilité 	1 établissement (1 chirurgien)
Chirurgien /Anesthésiste (hors le coordonnateur médical)	<ul style="list-style-type: none"> - Crédibilité face à la communauté médicale - Connaissance aigüe du terrain 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion de projets dans les aspects logistiques et administratifs - Disponibilité 	1 établissement (1 chirurgien)

3 - Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

Profils	Forces	Faiblesses	Établissements concernés
Cadre du bloc	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance du bloc - Capacité à organiser ses équipes 	<ul style="list-style-type: none"> - Positionnement face aux équipes médicales en cas de tensions - Difficultés si le projet sort du champ UCA / bloc 	1 établissement
Cadre supérieur de santé - pôle chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance du bloc et de l'UCA - Capacité à organiser ses équipes 	<ul style="list-style-type: none"> - Positionnement face aux équipes médicales en cas de tensions - Difficultés si le projet sort du champ UCA / bloc 	1 établissement
Cadre de l'UCA	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance de l'UCA - Capacité à organiser ses équipes - Pivot de l'organisation ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Positionnement face aux équipes médicales en cas de tensions - Difficultés si le projet sort du champ UCA / bloc 	1 établissement

Le rôle du chef de projet est d'assurer le pilotage opérationnel du projet notamment en :

- ▶ construisant la feuille de route opérationnelle;
- ▶ identifiant les principaux contributeurs et formant une ou plusieurs équipes-projet (pas plus de 5 à 6 personnes suffisamment représentatives des différentes composantes) pour couvrir la ou les thématiques choisies;
- ▶ participant à l'élaboration des différentes étapes du projet de chirurgie ambulatoire;
- ▶ élaborant un rétroplanning;
- ▶ préparant les réunions de l'équipe-projet (ou des équipes);
- ▶ maintenant la motivation des membres de l'équipe tout au long de la durée du projet;
- ▶ accompagnant la résolution des éventuelles difficultés;
- ▶ assurant la communication et la circulation de l'information autour de l'avancement du projet;
- ▶ rendant compte à la direction et à la CME.

Un « comité de pilotage chirurgie ambulatoire » composé *a minima* de certains membres de l'équipe, de la direction, du président de la CME ou de son représentant, se révèle également un atout majeur dans la réussite du projet. Ce comité valide les différentes réalisations et prend les décisions en cas de litige.

Communiquer sur le projet

La communication est un élément clé du projet. La méthode employée et les moyens de communication à utiliser sont définis lors de la réunion de lancement (ex. : courrier du directeur et du président de la CME, journal interne, extranet). Au-delà de l'objectif de légitimer le projet dès son démarrage, communiquer permet de s'assurer qu'une information pertinente et régulière est délivrée à l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Des outils simples pour piloter le projet

La construction et l'alimentation d'un outil de pilotage (ex. : tableau d'avancement-rétroplanning sur tableur Excel®) va permettre de suivre le plan d'action, d'assurer un compte rendu régulier à destination du comité de pilotage et/ou de la direction et de prévenir les risques inhérents au projet.

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

1.2 – Lancer le projet

Une fois le cadrage établi, la phase de lancement du projet, matérialisée par la réunion des différents intervenants a notamment pour objet de :

- ▶ marquer le début de la mobilisation des différentes ressources;
- ▶ valider les étapes de la démarche et le calendrier;
- ▶ acter la composition et la fréquence de réunion des instances opérationnelles et de décision;
- ▶ s'accorder sur les objectifs à atteindre et leur faisabilité;
- ▶ organiser le lancement officiel, en complétant notamment l'action de communication effectuée en amont par les promoteurs du projet.

La note de cadrage du projet est mise à jour et validée à l'issue de la réunion de lancement; elle sera support de la communication.

Les éléments à aborder lors de la réunion de lancement (cf. exemple de support type dans le chapitre « Pour aller plus loin ») sont les suivants :

1. Les enjeux du projet et les interactions avec d'éventuels autres projets en cours dans l'établissement
2. Les objectifs du projet, quantitatifs et qualitatifs, spécifiques à l'ambulatoire et aux activités qui lui sont liées (ex. : bloc opératoire, consultations, programmation, parcours patient)
3. La méthodologie retenue et les différentes phases du calendrier
4. La présentation de l'équipe projet
5. Les points de vigilance
6. Les prochaines étapes

L'ensemble des éléments présentés et validés en réunion de lancement devra être diffusé largement à l'ensemble des acteurs : chirurgiens, anesthésistes, direction, équipes médicales et paramédicales du bloc et de l'UCA, cellule de programmation, etc.

Il peut être bénéfique d'organiser en début de projet quelques réunions internes de présentation de la démarche (ex. : au sein du bloc et au sein de l'UCA). Ces réunions permettent à l'équipe projet de se présenter, d'expliquer brièvement les différentes étapes du projet et de lever certaines inquiétudes.

20

EXEMPLE DE SOMMAIRE DE NOTE DE CADRAGE

1. Contexte et périmètre du projet

- 1.1. Rappel du contexte et principaux enjeux
- 1.2. Périmètre de la démarche

2. Objectifs poursuivis et indicateurs associés

- 2.1. Objectifs du projet
- 2.2. Indicateurs cibles (qualitatifs et quantitatifs)

3. Organisation du projet

- 3.1. Rôles et responsabilités
- 3.2. Instances de projet

4. Démarche générale et calendrier de travail

- 4.1. Principes méthodologiques
- 4.2. Détail des phases et productions attendues

5. Risques identifiés

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

1.3 – Réaliser un état des lieux et diagnostiquer

Au cours de cette phase, il s'agit de réaliser un diagnostic partagé : analyse de l'organisation, de l'activité actuelle et du potentiel de développement.

L'établissement décrit l'ensemble des processus mis en place au cours des trois phases de la prise en charge du patient : la préhospitalisation, l'hospitalisation en ambulatoire et la posthospitalisation.

Pour cela, les indicateurs clés (cf. définitions dans le chapitre « Pour aller plus loin ») utilisés dès le démarrage du projet sont :

- ▶ le taux de chirurgie ambulatoire ;
- ▶ le taux de rotation des places de l'UCA ;
- ▶ le taux d'ambulatoire forain ;
- ▶ le nombre de séjours réalisés à l'UCA.

Le taux de chirurgie ambulatoire est un indicateur puissant pour mesurer le développement de ce type d'activité dans un établissement de santé, mais il doit être analysé avec soin, notamment lors de comparaisons avec d'autres établissements.

De multiples facteurs peuvent avoir un impact très fort sur l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire. Ce taux est intimement lié à l'éventail des cas (ou case-mix) des établissements de santé et les potentiels de développement d'activités ambulatoires peuvent varier fortement entre deux établissements qui semblent – en première approche – comparables en termes d'activité ou de capacité d'accueil.

En outre, l'arrivée ou le départ de nouveaux praticiens peut faire varier très fortement le taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement, si leur activité est plus ou moins propice à la prise en charge ambulatoire.

Au cours du projet d'accompagnement des 20 établissements, **un outil d'autodiagnostic** a été conçu afin de définir le niveau de maturité à l'ambulatoire des établissements.

Il se divise en deux parties distinctes proposant un diagnostic :

1. quantitatif : évaluant les indicateurs de prise en charge à l'UCA ;
2. qualitatif : évaluant la maturité de l'organisation de la prise en charge ambulatoire.

L'outil propose également une grille d'analyse permettant d'évaluer plusieurs sujets à aborder avec tous les acteurs clés de la prise en charge. Ces derniers sont à rencontrer dans le cadre du diagnostic pour disposer d'une vision complète de l'organisation mise en place dans l'établissement.

L'utilisation de cet outil facilite le déroulement des phases de diagnostic décrites dans les pages suivantes.

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

1.3.1 - Phase d'identification des éléments descriptifs de l'organisation de la prise en charge en ambulatoire

Il s'agit de recueillir l'ensemble des éléments permettant de décrire le parcours du patient depuis sa première consultation

jusqu'à sa « mise à la rue » (sa sortie), suivie de l'appel du lendemain. Ce recueil, constitutif de la phase de diagnostic, porte sur un périmètre multiple comportant différents lieux (UCA, bloc opératoire, SSPI, domicile du patient) et faisant intervenir différents acteurs (personnels administratifs, soignants, médicaux et patient).

Répartition des rôles et missions des acteurs au cours de la phase de diagnostic



Un ou plusieurs représentant(s) de la direction

- Avoir un aperçu complet de l'historique du développement ambulatoire dans l'établissement de santé.
- Connaître les contraintes majeures et les perspectives d'évolution de cette activité.



Les chefs de pôles et/ou les chefs de service, le coordonnateur de l'UCA

- Données d'activité partagées, par spécialité : taux d'ambulatoire, performance ambulatoire (TVO et TROS dans les salles de bloc de l'UCA) temps interopératoire.
- Attentes et freins majeurs au développement de l'ambulatoire.
- Modalités actuelles d'organisation de l'UCA (points positifs et dysfonctionnements à améliorer rapidement).
- Outils de pilotage existants, et des précisions quant à leur utilisation.
- Modalités actuelles de coordination entre l'établissement et les soins de ville.



Le médecin DIM

- Approfondir la cartographie de l'offre de chirurgie ambulatoire actuelle sur la base d'éléments quantifiés.
- Déterminer le potentiel en cas de développement de l'ambulatoire selon différentes hypothèses.



Les cadres de santé

- Analyse des conditions actuelles de fonctionnement de l'UCA.
- Validation des données concernant les ressources soignantes dans les différentes unités et à l'UCA.

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

Le diagnostic quantitatif : évaluer l'activité ambulatoire à l'aide d'indicateurs

Le diagnostic quantitatif réalisé *via* l'outil d'autodiagnostic permet d'évaluer à l'aide d'indicateurs clés, et de certains indicateurs complémentaires mesurant la prise en charge à l'UCA, le niveau d'organisation de la structure :

- ▶ Taux de chirurgie ambulatoire
- ▶ Taux de rotation sur les places de l'UCA
- ▶ Taux d'ambulatoire forain
- ▶ Taux de repli (taux d'échec à l'ambulatoire)
- ▶ Taux d'annulation à J0 (annulation le jour prévu de l'intervention)

Diagnostic quantitatif

Thème	Questions	Réponses
Chirurgie ambulatoire	Quel est le taux de chirurgie ambulatoire* ?	31,0%
	<i>* Le taux de chirurgie ambulatoire correspond au nombre d'actes chirurgicaux (GHM en C), avec le mode d'entrée = mode de sortie = domicile, et dont la date d'entrée = date de sortie, divisé par le nombre d'actes chirurgicaux (GHM en C) sur la période</i>	
Activité UCA	Combien y a-t-il de places à l'UCA ?	15
	Combien de patients ont été pris en charge à l'UCA sur une année ?	3870
	<i>* Le nombre de patients pris en charge à l'UCA correspond au nombre total de patients hospitalisés dans une place de l'UCA (y compris les explorations fonctionnelles)</i>	
	Quel est le taux de rotation* de votre unité de chirurgie ambulatoire ?	1,2
	<i>* Le taux de rotation de l'UCA correspond au nombre de patients pris en charge à l'UCA divisé par (le nombre de places ouvertes * le nombre de jours d'ouverture de l'UCA) sur la période</i>	
	Quel est le taux de forain* de votre unité de chirurgie ambulatoire ?	12,0%
	<i>* Le taux de forain de l'UCA correspond au nombre de patients chirurgicaux hébergés dans un service d'hospitalisation complète et n'ayant dormi aucune nuit dans l'établissement, divisé par le nombre de patients chirurgicaux total opérés en ambulatoire (donc n'ayant passé aucune nuit dans l'établissement)</i>	
Quel est le taux d'annulation* au sein de votre unité de chirurgie ambulatoire ?	3,0%	
<i>* Le taux d'annulation de l'UCA correspond au nombre de patients annulés (quel que soit le motif) le jour J de l'intervention divisé par le nombre de patients programmés à l'UCA</i>		
Ressources humaines UCA	Quel est le taux de repli* ?	2,1%
	<i>* Le taux de repli correspond au nombre de patients chirurgicaux initialement prévus en ambulatoire et transférés en fin de journée dans un service d'hospitalisation conventionnelle, divisé par le nombre de patients passés à l'UCA.</i>	
	Combien d' ETP de cadre y a-t-il à l'UCA ?	1
	Combien d' ETP d'IDE y a-t-il à l'UCA ?	4
	Combien d' ETP d'AS y a-t-il à l'UCA ?	1
	Combien d' ETP d'ASH y a-t-il à l'UCA ?	2
	Combien d' ETP de secrétaires médicales y a-t-il à l'UCA ?	1
	Combien d' ETP d'agents d'accueil y a-t-il à l'UCA ?	1

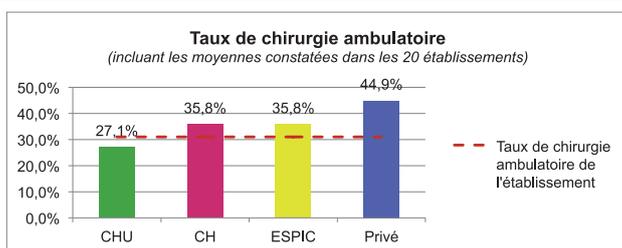
23

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

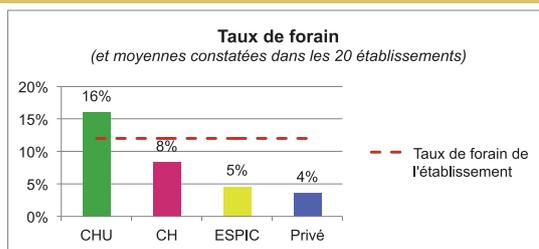
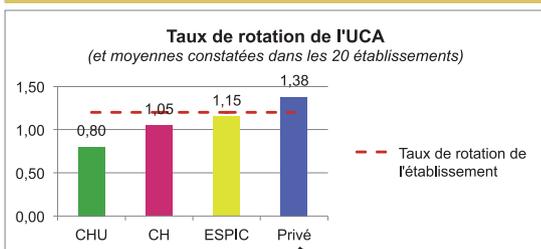
Résultats quantitatifs

Les résultats ci-dessous montrent comment se situe l'établissement par rapport aux **moyennes constatées dans les 20 établissements du projet ANAP** pour le développement de la chirurgie ambulatoire (données du premier trimestre 2013). **Elles ne sont en aucun cas des préconisations ou des objectifs à atteindre.** Les moyennes des indicateurs des 20 établissements sont présentées en fonction de leur typologie (à l'exception des taux d'annulation et de repli).

Chirurgie ambulatoire



Activité UCA



24

Accueil **Diag quanti** Résultats quanti Diag qual Résultats

D'autres indicateurs peuvent également être suivis pour décrire l'activité et le fonctionnement de l'UCA :

- ▶ Le nombre de réadmissions à 24h et à 48h
- ▶ Le nombre de réinterventions
- ▶ Le nombre de dysfonctionnements
- ▶ Éventuellement, l'impact des mises sous autorisation préalables sur le taux d'ambulatoire pour les gestes marqueurs

Par ailleurs, des indicateurs relatifs au bloc opératoire sont intéressants à analyser afin de mesurer la capacité d'absorption d'activité ambulatoire supplémentaire par le bloc :

- ▶ Le taux d'occupation des vacances opératoires
- ▶ Le taux de débordement
- ▶ Le taux d'ouverture du bloc opératoire

Pour affiner les conclusions du diagnostic, l'ensemble de cette analyse (indicateurs relatifs à l'UCA et au bloc opératoire) peut être réalisé par spécialité lorsque les données sont disponibles.

Il est également possible d'aller plus encore dans le détail en évaluant ces indicateurs par opérateur.

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

Le diagnostic qualitatif : évaluer l'organisation et la maturité de l'établissement

La seconde partie de l'outil d'autodiagnostic se présente sous forme de grille d'analyse avec un ensemble de questions permettant d'évaluer l'établissement sur plusieurs thématiques (axes) :

- ▶ Maturité de l'établissement/Communication (axe 1)
- ▶ Ressources/Moyens (axe 2)
- ▶ Maturité du corps médical (axe 3)
- ▶ Pilotage et outils (axe 4)
- ▶ Parcours de prise en charge ambulatoire (axe 5)

Diagnostic qualitatif

AXE	Etapes	Questions	Réponses
AXE 1	Maturité de l'ES / communication	Y a-t-il des tensions relationnelles entre chirurgiens et anesthésistes ?	Tensions relationnelles majeures
	Maturité de l'ES / communication	Y a-t-il des tensions relationnelles entre spécialités chirurgicales ?	Tensions relationnelles majeures
	Maturité de l'ES / communication	Y a-t-il des spécialités chirurgicales très engagées dans le domaine de la chirurgie ambulatoire ?	Aucune spécialité n'est engagée dans le domaine de l'ambulatoire
	Maturité de l'ES / communication	Y a-t-il déjà eu un projet au sein de l'établissement pour développer l'ambulatoire ?	Aucun projet n'a été lancé
	Maturité de l'ES / communication	La chirurgie ambulatoire fait-elle partie des axes de développement stratégiques de votre établissement (inscrite dans le projet médical) ?	Le projet médical ne comporte pas d'objectif sur la chirurgie ambulatoire
	Maturité de l'ES / communication	Y a-t-il un praticien leader sur l'ambulatoire qui pourrait se positionner comme "chef de projet médical" pour le développement de la chirurgie ambulatoire ?	Oui
	Maturité de l'ES / communication	L'établissement est-il prêt à investir suffisamment pour développer l'ambulatoire (ex : matériel de bloc, personnel, etc.)	Oui
	Maturité de l'ES / communication	La valorisation financière actuelle de la chirurgie ambulatoire constitue-t-elle un frein pour l'établissement ?	Oui
Ressources / Moyens	Ressources / Moyens	Des problèmes d'effectifs de médecins anesthésistes sont-ils mis en avant ?	Problème modéré
	Ressources / Moyens	Y a-t-il un problème d'effectif ou de planning paramédicaux ou agents (IBODE, IADE, brancardiers, ...) au bloc opératoire qui limiterait le développement de l'ambulatoire ?	Pas de problème

25

L'axe 5 (parcours patient) comprend les étapes suivantes :

- ▶ Les consultations préopératoires
- ▶ La préadmission
- ▶ L'appel de la veille
- ▶ L'accueil du patient et sa prise en charge à l'UCA
- ▶ Le bloc et la SSPI
- ▶ La prise en charge postopératoire du patient à l'UCA et sa surveillance
- ▶ La sortie effective du patient
- ▶ L'appel du lendemain

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

Les résultats sont présentés sous forme de synthèse permettant d'attribuer un score, sur une base de 100, associé à un code couleur pour chacun des items évalués.

Résultats qualitatifs

		Taux de remplissage	Note sur 100
AXE 1	Maturité de l'ES / Communication	✓ 100%	35
AXE 2	Ressources / Moyens	✓ 100%	58
AXE 3	Maturité du corps médical	✓ 100%	50
AXE 4	Pilotage et outils	✓ 88%	90
AXE 5	Consultations pré-opératoires	✓ 80%	75
	Pré admission	✓ 100%	100
	Appel de la veille	⚠ 50%	100
	Pré-op	⚠ 50%	100
	BLOC / SSPI	⚠ 60%	25
	Prise en charge UCA	⚠ 50%	100
	Sortie	✓ 75%	75
	Appel du lendemain	✗ 0%	0
	Relations avec l'aval	⚠ 50%	100
TOTAL		✓ 82%	64

Accueil / Diag quanti / Résultats quanti / Diag quali / Résultats

N.B. Le fait de répondre à une partie seulement des questions n'est pas bloquant dans l'outil d'autodiagnostic. Cela facilite la prise en main de l'outil et permet d'obtenir un diagnostic même sans avoir une réponse à l'ensemble des questions. Il est néanmoins nécessaire de répondre à un nombre suffisant de questions,

afin d'obtenir un score représentatif de la réalité pour la thématique concernée.

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

La colonne « Taux de remplissage » présente le pourcentage de questions auquel l'établissement a répondu, pour chacune des thématiques :

- ▶ Si le nombre des réponses est inférieur à 50 % : les résultats ne sont pas significatifs (✗).
- ▶ Si le nombre varie entre 50 et 75 % : les indications peuvent être suivies mais en restant vigilant sur les conclusions présentées (!).
- ▶ Au-delà de 75 % : les conclusions sont fiables (✓).

Analyse des résultats

Les scores attribués pour chacune des cinq thématiques indiquent à l'établissement les items sur lesquels il existe des marges de manœuvre pour améliorer le fonctionnement existant. À chacune de ces thématiques sont associées une ou plusieurs « fiches de retour d'expérience (REX) ».

Dans ces fiches, décrites au chapitre 2, le lecteur trouvera une aide détaillée pour améliorer les organisations et les pratiques sur les thématiques concernées.

L'établissement peut ainsi identifier, d'une part, les freins transversaux liés à la maturité des acteurs et/ou aux outils de pilotage et, d'autre part, les freins propres à l'organisation de la prise en charge. Ces freins doivent être identifiés pour chacune des étapes de la prise en charge et proposés en synthèse du diagnostic.

À l'issue de cette phase d'analyse qualitative, l'établissement peut également identifier les points forts et les axes d'amélioration de la prise en charge ambulatoire.

L'ensemble des travaux réalisés lors de cette phase constitue les bases de l'élaboration des plans d'action de l'établissement.

1.3.2 - Phase d'analyse du potentiel ambulatoire de l'établissement

Déclinaison opérationnelle de la recommandation 1 des recommandations organisationnelles HAS/ANAP.

La phase d'analyse permet de définir le potentiel de développement de l'activité ambulatoire de l'établissement. Ce potentiel peut être réalisable de deux manières :

1. **Par substitution** de l'activité actuellement prise en charge en hospitalisation conventionnelle.
2. **Via la prise en charge de nouveaux gestes en ambulatoire**, non réalisés actuellement dans l'établissement.

Pour ce faire, une étude du case-mix sur l'ensemble des actes pratiqués actuellement en ambulatoire par l'établissement – ou susceptibles d'être pratiqués demain au regard du diagnostic externe⁴ – permet d'alimenter les deux réflexions suivantes :

- ▶ Pensez-vous avoir un potentiel de développement par substitution en ambulatoire et si oui à quelles conditions ? Est-il possible que certaines conditions soient nécessaires mais non réunies actuellement ? Si oui, quels sont les actions à mettre en place pour faciliter le développement d'activité ambulatoire ?
- ▶ Existe-t-il des actes qui pourraient être réalisés en ambulatoire et qui ne le sont pas aujourd'hui ? Si oui, sous quelles conditions pourriez-vous les réaliser (acquisition de matériels, formation ou recrutement de personnels soignants, organisation du suivi à domicile des patients, adéquation des locaux à la prise en charge, etc.) ? Dans un premier temps, il est opportun de s'intéresser aux patients présentant une faible sévérité (ASA 1 ou 2) et passant peu de temps dans l'établissement (une ou deux nuits).

27

4 - Le diagnostic externe, réalisé à l'aide d'indicateurs (ex. : case-mix, parts de marché, pratiques, utilisation des places), a pour objectif de situer l'établissement dans son environnement sanitaire, de lui permettre d'évaluer sa situation actuelle en chirurgie ambulatoire et de dégager des perspectives d'évolution future.

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

Il est important de recueillir les ressentis des praticiens quant aux freins existant au développement de cette activité.

Pour objectiver le potentiel de substitution, un travail d'extraction des séjours de chirurgie en hospitalisation complète potentiellement transférables en ambulatoire est à effectuer avec le médecin DIM.

Pour ce faire, les critères utilisés dans **OPEERA (Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire, développé et d'ores et déjà publié par l'ANAP)** peuvent être utilement retenus :

- ▶ Séjour chirurgical dont le GHM est codé en C
- ▶ Patient passé par une seule unité médicale (mono-RUM)
- ▶ Séjour dont les modes d'entrée et le mode de sortie sont le domicile

- ▶ Séjour dont la provenance exclut les urgences
- ▶ Séjour dont le niveau de sévérité est strictement inférieur à 3
- ▶ Séjour d'une ou deux nuits (principalement et dans un premier temps)

Cette analyse permet de cibler, pour chacune des spécialités chirurgicales, un premier volume théorique d'activités potentiellement transférables en ambulatoire.

Les informations chiffrées ainsi obtenues et les conditions de substitution objectivées permettent d'étayer les échanges avec les praticiens de chaque spécialité chirurgicale sur la part de séjours substituables en ambulatoire.

OPEERA (OUTIL PROSPECTIF D'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE RELATIF À L'AMBULATOIRE)

Cet outil permet d'évaluer l'impact du transfert d'une partie de votre activité de chirurgie d'hospitalisation complète vers l'ambulatoire sur un plan capacitaire et en matière d'évolution des coûts et des recettes.

Ces simulations prennent en compte différentes hypothèses choisies par l'établissement, elles concernent :

- ▶ Le potentiel d'activité à transférer en ambulatoire, défini conjointement avec les praticiens
- ▶ Le taux d'occupation cible en hospitalisation complète et le taux de rotation cible en chirurgie ambulatoire
- ▶ L'évolution des personnels en hospitalisation complète

Le renseignement de l'outil requiert *a minima* l'implication du contrôle de gestion, du médecin DIM et de la direction des soins pour assembler les différentes données nécessaires.

Cet outil a été conçu par l'ANAP sur la base d'un travail mené avec cinq établissements de santé : CHU de Toulouse, CH de Béziers, clinique Saint-Martin à Caen, clinique Mathilde à Rouen, Institut Mutualiste Montsouris à Paris.

L'outil se présente sous la forme d'un fichier Excel 2007® et est accompagné de son guide d'utilisation. Il est disponible au téléchargement sur le site de l'ANAP : <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/outil-prospectif-devaluation-economique-relatif-a-lambulatoire-opeera/>

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

1.3.3 - Phase de synthèse : formalisation d'une matrice de type SWOT⁵ et émergence des axes opérationnels et stratégiques prioritaires

Les phases précédentes du diagnostic réalisées, un premier travail de synthèse va permettre de structurer la réflexion pour identifier clairement les pistes de travail à mettre en œuvre.

Cette synthèse se fait aisément au moyen d'une matrice qui décrit les forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT) du projet. Cet exercice doit être réalisé avec l'ensemble de l'équipe projet afin de prendre en compte tous les points de vue existant au sein de l'établissement et auprès des différents corps de métier.

Exemple de matrice SWOT

FORCES

- Parcours patients définis et spécialisés au bloc (lourd/*speed*) et en cohérence avec l'organisation des secteurs de l'UCA
- Taux de rotation et taux de satisfaction en UCA satisfaisants
- Indicateurs de suivi de l'activité au bloc et à l'UCA en place et diffusés
- Diversité du case-mix qui permet de dégager des potentiels de développement de l'ambulatoire

FAIBLESSES

- Manque d'adéquation des horaires entre le bloc, l'UCA et la convocation des patients
- Blocage le matin au niveau de l'accueil administratif
- Engorgement du sas d'entrée du bloc le matin
- Partage de l'UCA avec l'activité externe
- Démotivation liée à la fermeture du service de pédiatrie
- Manque d'homogénéité de l'activité des brancardiers sur l'établissement

FORCES

- Projet architectural d'agrandissement du bloc et de l'UCA

FAIBLESSES

- Abondance de l'offre chirurgicale dans la métropole

1.4 – Élaborer et prioriser les actions

Déclinaison opérationnelle de la **recommandation A** des recommandations organisationnelles HAS/ANAP.

Suite à l'identification des axes opérationnels à améliorer (en rouge ou orange dans l'outil d'autodiagnostic), un plan d'action doit être construit.

L'expérience des 20 établissements est traduite dans 19 « fiches de retour d'expérience », décrites au chapitre 2 de ce guide, chacune correspondant à l'un des cinq axes de l'outil d'autodiagnostic. Ces fiches sont une aide à l'élaboration d'actions ciblées.

Une fois la liste des actions envisageables définie, il est souhaitable de les prioriser afin d'en limiter le nombre.

Le chef de projet doit rester vigilant pour garantir une charge de travail compatible avec les disponibilités respectives des acteurs du projet et ce au regard d'autres projets qui pourraient être menés en parallèle dans l'établissement.

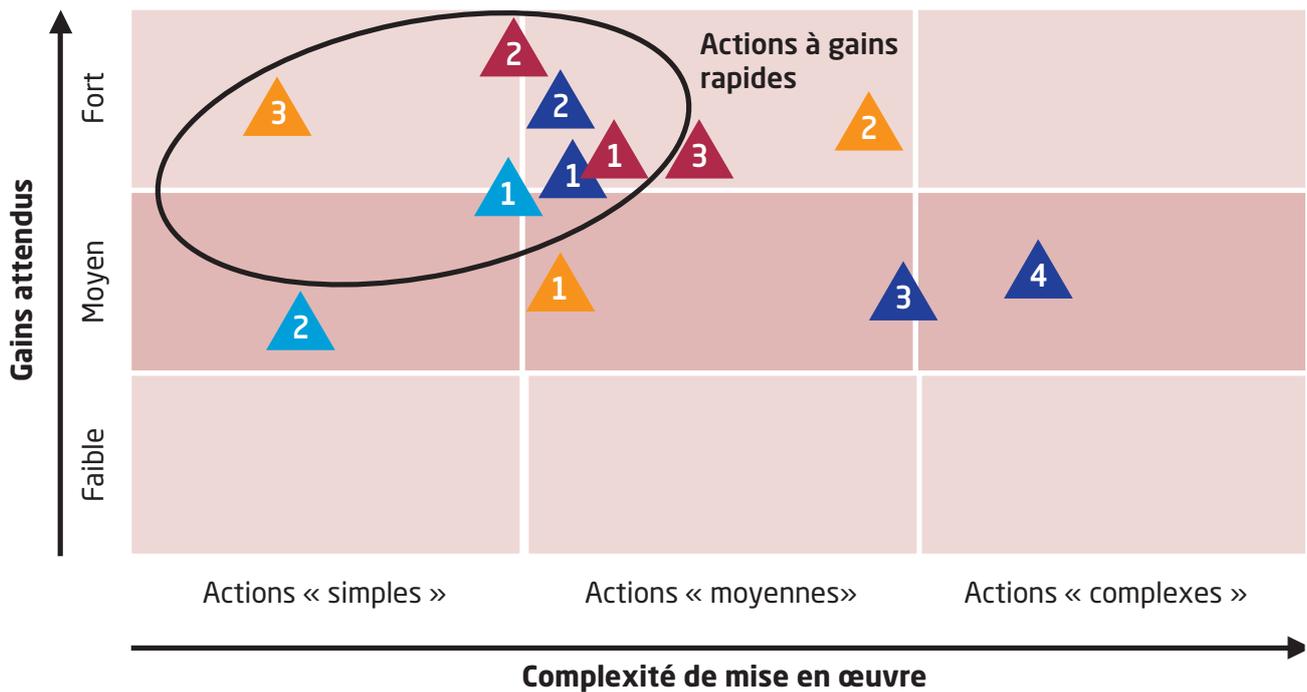
Cette priorisation peut être évaluée à l'aune de différents critères, notamment le degré de faisabilité de l'action et le gain attendu pour le projet. Ces deux paramètres sont à noter selon une échelle à définir (par ex. : notation de 1 à 6, ou graduation entre faible, moyen ou fort) pour aboutir à une matrice de priorisation telle que présentée dans le schéma ci-après.

5 - SWOT : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

Matrice de priorisation des actions



30

- ▲ Organisation UCA ▲ Pratique médicale et pilotage ▲ Organisation BLOC ▲ Relation avec l'amont/l'aval
- | | | |
|--|--|--|
| <p>Actions simples</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simple sur le fond et la forme • Rapide à mettre en œuvre | <p>Actions moyennes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simple sur le fond et la forme et long à mettre en œuvre • Moyen sur le fond et la forme et rapide à mettre en œuvre | <p>Actions complexes</p> <ul style="list-style-type: none"> • moyenne sur le fond et la forme et long à mettre en œuvre • complexe sur le fond (décision) et rapide à mettre en œuvre |
|--|--|--|

Les actions identifiées comme de complexité faible et à forts gains doivent être considérées comme prioritaires dans la mise en œuvre du plan d'action; elles constituent des « actions à gains rapides ». Ces actions permettent d'initier la démarche de changement. Il sera aisé pour l'équipe projet de communiquer rapidement sur des réalisations concrètes.

Une fois que l'équipe projet s'est entendue sur une liste d'actions prioritaires à mener, elle élabore le plan d'action détaillé. Ce plan est composé de « fiches actions » dans lesquelles sont renseignées *a minima* les rubriques suivantes :

- ▶ Objectif de l'action
- ▶ Pilote de l'action : personne en charge de suivre l'avancement de l'action, de garantir le respect des délais et de contribuer pour partie à sa mise en œuvre
- ▶ Contributeurs : ensemble des personnes à solliciter pour la mise en œuvre de l'action
- ▶ Descriptif détaillé de l'action : tâches, acteurs, moyens nécessaires
- ▶ Indicateurs ou résultats attendus
- ▶ Calendrier de mise en œuvre : date de début, jalons intermédiaires et date de fin
- ▶ Statut d'avancement : à lancer, en cours, terminé, en retard, annulé

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

Exemple de fiche action

Intitulé		Pilote	
Mettre en place un appel de la veille systématique		•	
Echéance	Equipe		
• Pré requis : fiabilisation des horaires du bloc • Janvier 2013	• Cadre UCA • Médecin coordonnateur UCA		
Objectifs	Résultats attendus		
• Améliorer la qualité de la prise en charge des patients en évitant notamment des temps d'attente trop long • Améliorer l'organisation de l'UCA en contrôlant le flux d'arrivée des patients • Optimiser l'interface Bloc-UCA en mettant en adéquation les heures d'arrivée des patients à l'UCA avec les heures de passage au bloc.	• Taux cible de patients appelés la veille : 100% • Temps d'attente cible avant entrée au bloc du patient : 1h30 / 2h max		
Modalités pratiques de l'action / démarche à engager			
Tâches	Acteurs	Echéance	Suivi d'avancement
Evaluer la charge de travail induite par l'appel de la veille			
Identifier les informations nécessaires pour réaliser l'appel de la veille (n° tel du patient, heure de passage au bloc) et définir les modalités de transmission de ces informations			
Définir les modalités de l'appel de la veille : • Identifier la (les) personne(s) chargée(s) d'appeler les patients la veille (secrétaire médicale, IDE UCA, AS,...) • Définir l'heure d'appel aux patients • Définir les modalités d'appel (nombre d'appels, répondeur,...)			
Former les acteurs opérationnels à la nouvelle procédure			
Communiquer auprès des différents acteurs sur la mise en place de la veille et de leur rôle dans cette nouvelle activité			
Coordonner la mise en œuvre de l'appel de la veille			
Evaluer le taux de patient appelés la veille et les temps d'attente avant passage au bloc			

31

1.5 – Mettre en œuvre, accompagner et mesurer les actions

Les fiches de retour d'expérience (REX), décrites au chapitre 2, sont autant d'outils qui permettent de donner des éléments concrets pour la phase de mise en œuvre des actions.

Tout au long de cette phase, il sera nécessaire de répondre à des objectifs multiples au cours d'interventions qui pourront se dérouler de manière concomitante :

- ▶ Accompagner les équipes à la mise en œuvre des préconisations contenues dans les plans d'action pendant la durée des travaux et les inciter à être à la recherche d'amélioration en continu.

- ▶ Préparer les acteurs au changement en leur expliquant les modifications à venir avec une communication régulière (ex. : note de communication); les former à l'utilisation d'outils *ad hoc* (ex. : tableaux de bord, outil de compte rendu, outils d'évaluation des plans d'action).
- ▶ Garantir un avancement coordonné pour l'ensemble des actions du plan d'action.
- ▶ Mettre en place un tableau de bord de l'activité à l'UCA.
- ▶ Communiquer, tant au sein du groupe projet (en déterminant la fréquence des réunions d'avancement) qu'à l'ensemble de l'établissement pour partager les résultats et les avancées notables.

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

TABLEAU DE BORD DE SUIVI DE L'ACTIVITÉ

Il doit permettre au cadre de l'UCA/bloc de connaître en continu le niveau d'activité et l'évolution des indicateurs clés.

Le tableau de bord est conçu comme un outil de pilotage opérationnel de l'activité ambulatoire. Il doit également permettre d'identifier les dysfonctionnements et de mettre en place des actions correctives dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.

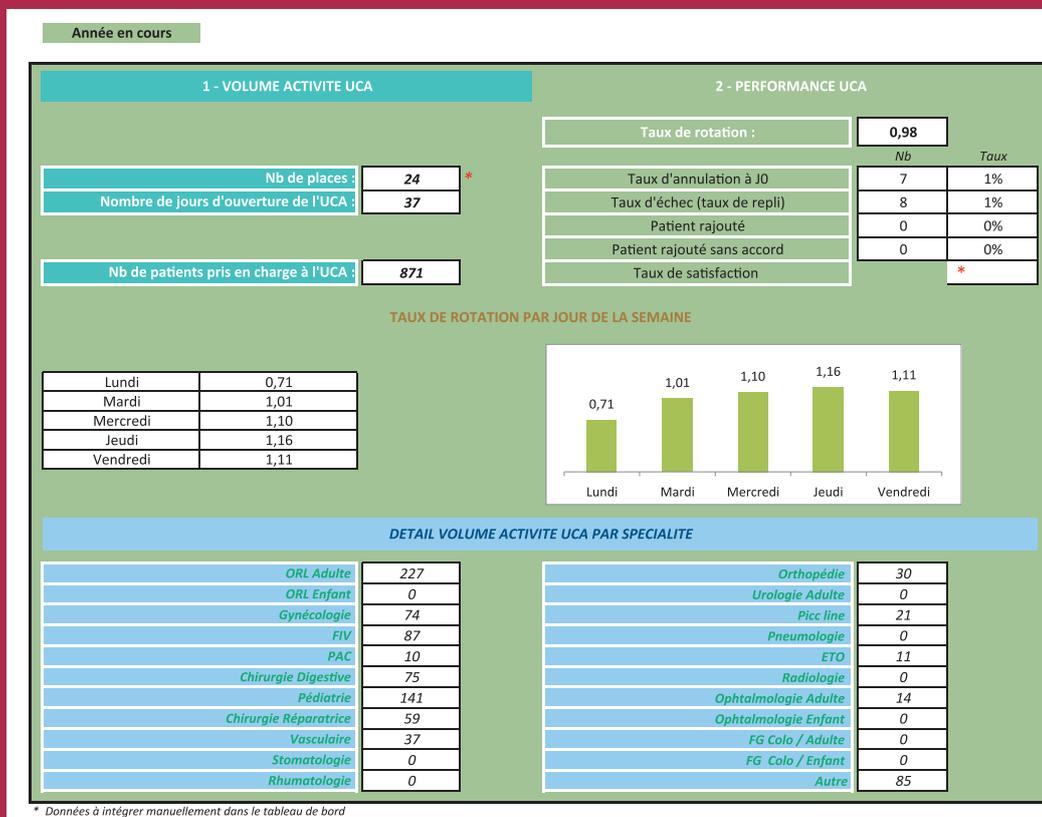
Pour définir le contenu du tableau de bord, l'équipe projet doit choisir des indicateurs pertinents au regard du contexte local tout en tenant compte de la possible difficulté à recueillir les données nécessaires.

Il ne s'agit pas de mettre en place un outil complexe : les indicateurs doivent être obtenus rapidement et analysés dans un outil facile d'appropriation par l'équipe de l'UCA.

Pour évaluer la pertinence des indicateurs, il est nécessaire de définir au préalable les modalités d'analyse de ces derniers (ex. : Qui va produire et/ou renseigner ces indicateurs ? Dans quel outil ? Quels dysfonctionnements peuvent être pointés par l'indicateur ? Quelles actions correctives ?).

Ce tableau de bord a vocation à être communiqué à l'ensemble de l'équipe de l'UCA, aux praticiens et à la direction.

Exemple de tableau de bord à l'hôpital Saint-Joseph (Marseille)



1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

1.6 – Pérenniser

Il est nécessaire que l'établissement s'assure qu'il a mis en place toutes les actions nécessaires à la pérennisation de la démarche de développement de la chirurgie ambulatoire.

1.6.1 - Des indicateurs pour continuer à suivre

Le médecin DIM, en collaboration avec le contrôleur de gestion, le cas échéant, doit poursuivre l'analyse des données d'activité en ambulatoire notamment en :

- ▶ suivant les taux de chirurgie ambulatoire par spécialité (et par opérateur si le système d'information de l'établissement le permet) ainsi que le taux de forain (si cette activité a encore lieu dans l'établissement);
- ▶ analysant régulièrement les potentiels de développement de l'ambulatoire.

Le cadre de l'UCA doit également continuer à suivre les indicateurs relatifs à l'ambulatoire :

- ▶ Taux de rotation
- ▶ Taux d'annulation et causes
- ▶ Taux de repli et causes
- ▶ Taux de satisfaction des patients

1.6.2 - Une instance pour continuer à piloter et développer

La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire implique une dynamique permanente qui doit s'appuyer sur une instance pérenne afin de suivre l'activité de l'ambulatoire.

Cependant, si une instance spécifique a été mise en place durant la phase projet, il est préférable pour la suite d'inclure le sujet de l'ambulatoire dans une instance pérenne de type conseil de bloc opératoire (ex. : CH d'Avignon), conseil de pôle, comité de chirurgie (ex. : CH de Martigues).

Cette organisation permet de passer régulièrement le sujet de l'ambulatoire en revue, sans démultiplier les instances et d'éviter ainsi les effets d'essoufflement. Il est nécessaire d'inclure le cadre de l'UCA pour évoquer ce sujet.

Cette instance est également l'occasion :

- ▶ de partager et d'analyser l'évolution des indicateurs de l'ambulatoire;
- ▶ d'évoquer les difficultés rencontrées tout au long du parcours patient en ambulatoire;
- ▶ d'arbitrer des évolutions organisationnelles, techniques et réglementaires nécessitées par la prise en charge ambulatoire de nouveaux gestes chirurgicaux.

1.6.3 - Une communication ciblée pour continuer à mobiliser

L'information doit également être retransmise aux différents acteurs impliqués dans le sujet de l'ambulatoire.

Si l'établissement souhaite que le développement de l'ambulatoire devienne un sujet permanent, ceux qui y contribuent (et qui ne participent pas nécessairement à l'instance de pilotage) doivent être informés de l'évolution de l'activité, des problématiques afférentes et des arbitrages associés.

Cela leur permettra de rester impliqués dans la démarche et éventuellement de pouvoir proposer des évolutions complémentaires en se basant sur leur expérience terrain. Ce sont souvent les opérateurs qui sont en attente de leurs données d'activité (détaillées si le système d'information le permet).

1.6.4 - Une personne ressource pour continuer à relayer

Un relai ambulatoire est identifié afin d'assurer la veille réglementaire et bibliographique sur l'ambulatoire. Ce rôle peut être confié à « l'ancien chef de projet » ou à un autre acteur souhaitant s'impliquer sur ce sujet. En règle générale, il s'agit d'un chirurgien ou d'un anesthésiste moteur en ambulatoire (ex. CH d'Avignon) ou du cadre de l'UCA.

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

1.7 – Conduire le changement : « convaincre et embarquer »

Déclinaison opérationnelle des recommandations D et G des recommandations organisationnelles HAS/ANAP.

La mise en œuvre d'un projet de développement de la chirurgie ambulatoire se heurte parfois à l'opposition d'acteurs inquiets des changements susceptibles d'impacter leur propre situation.

Le « facteur humain » est donc déterminant pour la réussite du changement. Ne pas le prendre en compte peut générer des retards, des blocages ou compromettre grandement la réussite du projet.

Pour mener à bien le changement il est nécessaire de comprendre les « jeux d'acteurs », d'identifier les craintes, de développer les arguments de persuasion pour vaincre les réticences et de mener une campagne de communication adaptée.

1.7.1 - Comprendre les jeux d'acteurs

Comme dans tout projet induisant des changements d'organisation, d'habitudes et/ou de pratiques, des attitudes négatives se feront jour. Elles sont même consubstantielles de tout projet

collectif visant à modifier l'état « normal » de fonctionnement d'une organisation.

L'analyse des jeux d'acteurs peut permettre d'expliquer comment aboutissent les initiatives collectives basées sur des intérêts individuels parfois contradictoires. Elle permet d'éclairer les jeux d'alliance et de conflit potentiels au sein de l'établissement et permet d'évaluer les capacités d'initiative et d'action des différents groupes d'acteurs.

Les jeux d'acteurs peuvent être analysés à l'aide de deux méthodes :

- ▶ L'observation des acteurs sur le terrain.
- ▶ Des entretiens avec différents acteurs (un point de vue ne pourra en aucun cas se suffire à lui seul, il est important de toujours replacer les ressentis dans leur contexte et de croiser les sources d'information).

In fine, l'important est de comprendre ce qui motive chacun à agir ou à s'opposer à la démarche de développement de la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement.

Les résultats de cette « cartographie » permettront de déterminer qui seront les acteurs moteurs de la démarche, et sur quels leviers il sera important d'agir (dans la mesure du possible) pour embarquer les autres acteurs.

EXEMPLES DE JEUX D'ACTEURS, ISSUS DE L'ACCOMPAGNEMENT DES 20 ÉTABLISSEMENTS, ET RÉPONSES POSSIBLES

- ▶ Un chef de service rencontré en entretien s'engage sur un développement de l'activité de chirurgie ambulatoire, tout en diminuant l'activité foraine, conséquente dans sa spécialité. Mais il existe une véritable problématique de remplissage des lits dans son service d'hospitalisation conventionnelle, et il apparaît que le taux d'ambulatoire forain ne diminue pas au bout de plusieurs mois. La mise en place d'indicateurs de suivi de la part ambulatoire – et notamment du forain –, par spécialité et par praticien, a permis d'évaluer et de comprendre les différences de pratique face à cet objectif commun.
- ▶ Plusieurs anesthésistes d'une structure se disent prêts à œuvrer pour le développement de la chirurgie ambulatoire mais, en consultation d'anesthésie, il apparaît que de nombreux patients sont recusés pour ce mode de prise en charge (alors que le chirurgien avait proposé ce type de prise en charge au patient). Il est dans ce cas utile de réunir les chirurgiens et anesthésistes pour échanger sur les critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire, et d'assurer une logique dans les indications apportées au patient.
- ▶ Il est également observé des jeux d'acteurs issus de la direction et/ou du président de la CME qui s'engagent dans le développement de la chirurgie ambulatoire, mais en partie pour répondre aux exigences des tutelles, et sans porter réellement le projet. La raison finalement évoquée est parfois l'impact sur les recettes qui semble négatif. Pour répondre à cette préoccupation bien légitime de la part des instances dirigeantes, il est proposé d'utiliser l'outil OPEERA pour obtenir une véritable évaluation de l'impact de la substitution de gestes vers l'ambulatoire.

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

1.7.2 - Identifier les craintes

Pour identifier clairement les craintes, explicites ou implicites des différents acteurs, il est nécessaire de rechercher les « causes racines » de la résistance au changement. Ces causes peuvent être recensées selon trois types de résistances liées à :

- ▶ la nature même du changement ;
- ▶ la mise en œuvre du changement ;
- ▶ des facteurs individuels.

Dans le tableau ci-après, figurent de manière non exhaustive quelques exemples d'idées préconçues et de positions face à la chirurgie ambulatoire qui alimentent les résistances au changement :

Causes de résistances liées à...

... la nature du changement	... la mise en œuvre du changement	... des facteurs individuels
Jugé non légitime : « Les patients préfèrent rester une nuit, c'est plus rassurant »	Dans la préparation, les acteurs ne sont pas suffisamment sensibilisés, informés, sollicités	Les acteurs sont amenés à sortir de leur zone de confort
Jugé non nécessaire : « On a toujours fait comme ça et cela fonctionne »	Dans l'exécution, les moyens ne sont pas mis à disposition : manque de temps, manque de ressources, manque de communication	Accroissement de la charge de travail
Jugé non efficace : « Les patients ne sont pas à l'heure au bloc opératoire quand ils viennent en ambulatoire »	Le développement de l'ambulatoire entraîne des modifications de l'ordonnancement des patients dans la journée opératoire	Âge et ancienneté dans la profession
Envisagé comme trop complexe : « L'organisation génère trop de gestion administrative »		Incompréhension du changement demandé
Jugé non pertinent : « Pourquoi l'ambulatoire permettrait-il de faire des économies ? »		Manque de motivation

35

1.7.3 - Développer les arguments de persuasion

Outre les réticences à vaincre, il est également nécessaire de persuader les praticiens que le développement de l'ambulatoire est nécessaire.

Pour cela, l'équipe projet peut s'appuyer sur différents arguments :

- ▶ **Les potentiels de développement existant en ambulatoire** : avec l'aide du médecin DIM, l'équipe projet peut présenter aux spécialités chirurgicales les potentiels de développement en ambulatoire, et comparer les taux actuels avec les résultats des parangonnages régionaux réalisés par l'ARS.

- ▶ **La mise en place de mesures incitatives** : en effet, supportée par une démarche institutionnelle, la direction peut décider d'octroyer plus de moyens aux spécialités qui s'efforcent de développer l'ambulatoire (ex. : augmentation des vacations au bloc opératoire ou achat de matériel opératoire).
- ▶ **Le partage de savoir pour développer les compétences** : l'établissement peut proposer aux opérateurs et anesthésistes de participer à des forums, des séminaires sur le sujet de l'ambulatoire.
- ▶ **L'échange avec des confrères plus « avancés »** sur certains gestes peut impulser la prise en charge de gestes plus « novateurs » pour l'établissement.
- ▶ **La forte attente des patients** non seulement parce que le séjour est court mais aussi parce que ces derniers sont acteurs de leur programme thérapeutique et sont traités comme des partenaires de l'équipe de soins.

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

- La qualité de la prise en charge ambulatoire a également un impact sur l'attractivité de l'établissement.
- L'intérêt économique qui devrait permettre de redistribuer les moyens consacrés à l'hébergement vers les activités de soins.
- La diminution des infections transmises dont la fréquence croît avec la durée d'hospitalisation.

Le développement de la chirurgie ambulatoire représente une évolution dynamique de l'établissement basée sur un mouvement général de baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) et d'intégration dans le parcours de soins.

La corrélation entre le taux de chirurgie ambulatoire et la progression de l'activité chirurgicale conventionnelle a été mise en évidence par une étude de la CNAMTS qui a mis en place en 2004 un Observatoire national sur la chirurgie ambulatoire. Cette étude basée sur l'analyse de 1,5 million d'interventions chirurgicales réalisées entre 1999 et 2001 dans 20 régions, confirme la relation existant entre le développement de la chirurgie ambulatoire et l'augmentation des parts de marché de la chirurgie « classique⁶ ».

La démarche de qualité et de sécurité autour du patient, la formalisation des procédures, la surveillance des indicateurs, la réflexion collective sur le parcours du patient, la progression vers des prises en charge innovantes sont **des éléments fédérateurs**, renforçant le sentiment d'appartenance à une équipe.

La chirurgie ambulatoire incite à entreprendre une réflexion sur **les nouvelles missions déléguées à l'équipe soignante** notamment en matière d'appréciation globale du patient et de son environnement.

Enfin **la transformation induite par le développement de la chirurgie ambulatoire dans un établissement est appelée à s'étendre** avec ses avantages non seulement en hospitalisation conventionnelle en chirurgie mais également en médecine, gériatrie, etc.

1.7.4 - Vaincre les réticences

En premier lieu, pour vaincre les réticences des différents professionnels au développement de l'ambulatoire, il est important d'inclure dans le groupe projet, un représentant de chacun des corps de métier qui tiendra le rôle de « relai » tout au long du projet. Le choix de ces relais se fera sur leur capacité à influencer positivement (influence hiérarchique ou d'expertise) leur pairs et sur leur vœu d'adhésion. Le relai informera l'équipe projet des différents freins et autres blocages que peuvent ressentir ses collègues et servira également d'exemple vis-à-vis de ses collègues (mieux informé, il pourra asseoir sa légitimité). Il sera intégré à la démarche dès le début du projet.

La participation active de plusieurs *leaders* chirurgicaux et anesthésistes est essentielle.

En second lieu, la « cartographie des acteurs » et les principales causes de résistance identifiées seront travaillées avec l'équipe projet pour anticiper au maximum les réponses à apporter dans chaque cas. Les « relais » seront chargés de porter ces arguments au plus grand nombre.

En outre, pour les sujets polémiques, des groupes de travail restreints pourront être organisés ponctuellement. Ils auront pour but d'éliminer les solutions inapplicables pour l'établissement, et de proposer une ou deux solutions relativement avancées par sujet, afin de favoriser la visualisation des évolutions nécessaires par le reste du personnel.

Pour finir, il est souvent préférable de proposer aux praticiens une augmentation de l'ambulatoire par paliers successifs, incluant des objectifs intermédiaires atteignables. Cela permet aux praticiens de se projeter dans la démarche. En parallèle, il est souhaitable de les solliciter sur les moyens et les conditions organisationnelles nécessaires à ce développement. L'équipe projet fait ainsi preuve d'écoute envers les équipes médicales et montre une volonté d'avancement conjointe dans la démarche.

1.7.5 - Communiquer

La communication est un élément clé du projet. La méthode employée et les médias de communication à utiliser doivent être définis lors de la réunion de lancement du comité de pilotage.

Au-delà de l'objectif de légitimer le projet dès son lancement, le contrôle de la communication permet de s'assurer qu'une information pertinente et régulière sur l'avancement du projet est délivrée à l'ensemble des acteurs de l'établissement.

6 - Évolution des parts de marché de la chirurgie « classique » dans 20 régions entre 1999 et 2001, réalités et perspectives, CNAMTS, 2004, www.ameli.fr

1

Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire

En fonction de l'objectif poursuivi, plusieurs formats de communication ont été observés au cours de l'accompagnement des 20 établissements :

- ▶ **La communication visant à impliquer les équipes de l'UCA :**
 - Les fiches actions sont affichées dans la salle de repos et mises à jour régulièrement.
 - Une réunion d'information est réalisée périodiquement avec l'ensemble des personnels de l'UCA.

- ▶ **La communication visant à impulser une dynamique de changement entre les praticiens :**
 - Les indicateurs de taux de chirurgie ambulatoire par spécialité sont affichés à l'UCA, au bloc opératoire, en salle de repos.

- ▶ **La communication régulière pour information et rappel des objectifs à la communauté médicale :**
 - Le médecin DIM envoie mensuellement ou tous les deux mois les taux de chirurgie ambulatoire des gestes à développer aux praticiens concernés (ex. : à la clinique Saint-Augustin à Bordeaux).

- ▶ **La communication pédagogique à destination des patients :**
 - Réaliser un *poster* ludique à accrocher dans les salles d'attente pour expliquer la prise en charge ambulatoire.
 - Réaliser un dépliant destiné aux enfants expliquant la prise en charge ambulatoire et remis lors de la consultation.

- ▶ **La communication à destination des patients ou des médecins traitants (« Quels gestes? Comment se déroule le séjour?... ») :**
 - Afficher ces informations sur le site Internet de l'établissement (ex. : à la polyclinique de Blois).
 - Réaliser des fascicules informatifs par type d'interventions, les mettre à disposition dans les salles d'attente de l'établissement (ex. : au GH Tarbes-Lourdes-CH de Lourdes) et les distribuer aux médecins traitants (à titre informatif et pour une mise à disposition dans leur salle d'attente).



2

Mode d'emploi
issu des retours
d'expérience

Liste des fiches de retours d'expérience

À l'issue de la phase d'autodiagnostic, et sur la base des résultats obtenus, ces fiches proposent à l'établissement un « mode d'emploi » pour mettre en place, ou améliorer, une ou plusieurs actions identifiées comme perfectibles.

Ces fiches ne sont pas des recommandations de bonne pratique mais sont issues des organisations et processus qui ont été observés tout au long de l'accompagnement des 20 établissements.

2.1 - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire

(cf. Recommandations HAS/ANAP : A, I, K, F, O)

2.2 - Harmoniser les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire

(cf. Recommandations HAS/ANAP : F, J, K)

2.3 - Mettre en place l'appel de la veille

(cf. Recommandations HAS/ANAP : A, C)

2.4 - Fluidifier l'amont de la prise en charge

(cf. Recommandations HAS/ANAP : A, B, H)

2.5 - Choisir un type de structure

(cf. Recommandations HAS/ANAP : L, P)

2.6 - Intégrer l'ambulatoire dans la planification et la programmation au bloc opératoire

(cf. Recommandations HAS/ANAP : I, H)

2.7 - Fluidifier le passage en salle de surveillance postinterventionnelle

(cf. Recommandations HAS/ANAP : A, B, C, H)

2.8 - Formaliser le parcours patient

(cf. Recommandations HAS/ANAP : A, B, H)

2.9 - Protocoliser la sortie du patient

(cf. Recommandations HAS/ANAP : A, B, H)

2.10 - Mettre en place un score de sortie de l'UCA

(cf. Recommandations HAS/ANAP : C, J, K)

2.11 - Optimiser l'hébergement en UCA

(cf. Recommandations HAS/ANAP : F)

2.12 - Mettre en place un salon de sortie

(cf. Recommandations HAS/ANAP : A, B, H)

2.13 - Mesurer la satisfaction du patient

(cf. Recommandations HAS/ANAP : A, B, H)

2.14 - Mettre en place l'appel du lendemain

(cf. Recommandations HAS/ANAP : A, B, C, H)

2.15 - Assurer la continuité des soins

(cf. Recommandations HAS/ANAP : H, J)

2.16 - Communiquer auprès des professionnels de santé de ville sur l'offre ambulatoire

(cf. Recommandations HAS/ANAP : N)

2.17 - Supprimer l'activité dite « foraine »

(cf. Recommandations HAS/ANAP : B, C)

2.18 - Fluidifier le brancardage des patients en ambulatoire

(cf. Recommandations HAS/ANAP : B, M)

2.19 - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoire

(cf. Recommandations HAS/ANAP : O)

40

Architecture des fiches REX

- Tableaux de référence à l'outil d'autodiagnostic insérés en début de chaque fiche REX => renvoient aux thématiques (axes ci-contre) traitées dans l'outil
- Préambule
- Objectifs
- Méthodologie proposée
- Facteurs clés de succès
- Points de vigilance
- Focus sur un REX
- Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements
- Niveau de difficulté
- Fiches reliées



2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2.1

Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire

Axe 3	Maturité du corps médical
Axe 5	Parcours patient
	Consultation préopératoire

Préambule

Au-delà des informations relatives à l'état de santé et à la réalisation de l'acte chirurgical et d'anesthésie, identiques à celles délivrées lors d'une hospitalisation complète, cette fiche précise les enjeux d'une information claire et compréhensible délivrée au patient. L'information est adaptée aux modalités de prise en charge ambulatoire.

Les contenus d'information délivrés sur les modalités de la prise en charge ambulatoire peuvent être très différents selon les professionnels mais également variables selon les étapes. Des informations incomplètes et/ou insuffisantes risquent notamment de générer une déprogrammation, une incompréhension et/ou anxiété du patient voire un refus de ce dernier.

Ces modalités portent sur les mesures préopératoires (ex. : jeûne, gestion des traitements, préparation cutanée), postopératoires (ex. : conditions de sortie, accompagnement par un tiers, suites éventuelles de la prise en charge dont l'analgésie, modes de recours en cas d'évènements non prévus) et administratives (ex. : préadmission). Les modalités de sortie doivent également être expliquées aux accompagnants.

Une information cohérente entre les différents intervenants, claire, précoce et renouvelée à chaque étape de la prise en charge est gage d'adhésion du patient. Cette information orale est complétée par des documents écrits auxquels le patient pourra se référer à tout moment, par exemple un « passeport ambulatoire ».

Objectifs

- ▶ Mettre en cohérence les informations orales et uniformiser les supports écrits transmis au patient concernant les modalités de sa prise en charge ambulatoire. Il s'agit des informations délivrées par les chirurgiens puis par les anesthésistes lors des consultations préopératoires, et des informations délivrées par les autres professionnels intervenant dans le parcours ambulatoire du patient.
- ▶ Éclairer le patient sur les modalités en ambulatoire afin qu'il puisse mieux participer à sa prise en charge.

Méthodologie proposée

1. Réaliser un état des lieux des documents d'information relatifs aux modalités de prise en charge ambulatoire (existants et manquants)

S'appuyer, le cas échéant, sur la cellule qualité qui dispose d'une vision exhaustive des documents existants, notamment grâce aux travaux réalisés dans le cadre de la certification.

- ▶ Mettre en place un groupe de travail idéalement constitué d'un représentant de la cellule qualité, du médecin coordonnateur et du cadre de l'UCA.
- ▶ Ce groupe de travail a notamment pour mission de lister l'ensemble des documents existants dont ceux utilisés par spécialité et par les différents médecins (chirurgien et anesthésiste) au moment de la consultation.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

- ▶ Il définit le processus de remise des documents en définissant précisément quels documents sont à remettre et à quel moment du processus. Il en existe deux grands types :
 - Les documents communs et identiques à toute spécialité (ex. : préadmission, informations administratives d'accueil et de sortie).
 - Les documents spécifiques, aux exigences médicales de chaque spécialité.

La difficulté est de trouver le niveau de détail et le consensus suffisant pour permettre une information de qualité et harmonisée, tout en répondant aux spécificités de chaque spécialité.

Un véritable travail collaboratif est à mener auprès du corps médical qui devra trouver un consensus sur les messages clés.

2. Veiller à la cohérence des informations existantes et élaborer les documents manquants

42

La difficulté est de trouver le niveau de détail et le consensus suffisant pour permettre une information de qualité et harmonisée, tout en répondant aux spécificités de chaque spécialité.

Un véritable travail collaboratif est à mener auprès du corps médical qui devra trouver un consensus sur les messages clés.

- ▶ **Le groupe de travail actualise si besoin les documents** d'information dont le contenu ne serait pas clair et/ou concordant.
- ▶ **Il élabore les documents apparus comme manquants** lors du travail de recensement notamment un document de type « passeport ambulatoire ». Ce « passeport » est un outil éprouvé par plusieurs établissements. Le format adopté est variable (ex. : pochettes avec feuillets classés par onglets – présentation, préparation la veille, déroulement, sortie –, ou livret relié). Il permet au patient de recueillir l'ensemble des documents nécessaires à sa prise en charge au sein d'un même dossier et à chaque étape de la prise en charge.

En termes de contenu du passeport ambulatoire les items classiques ci-dessous doivent se retrouver à l'issue des consultations :

- ▶ Interrogatoire et examen clinique
- ▶ Vérification des critères d'éligibilité
- ▶ Rappel des critères d'exclusion anesthésique
- ▶ Examens complémentaires
- ▶ Feuille de recommandation

Facteurs clés de succès

- ▶ Rappeler à l'ensemble de l'équipe chirurgicale et anesthésique les enjeux et les objectifs d'une harmonisation commune des informations pré et postopératoires tant au moment de la consultation chirurgicale que de la consultation d'anesthésie et tout au long de la prise en charge.
- ▶ Provoquer un dialogue et une approche commune entre chirurgiens et anesthésistes, trouver un consensus sur la prise en charge de l'ambulatoire et, en corollaire, un consensus sur les informations clés à délivrer :
 - Élaborer une trame commune à tous les chirurgiens, tout en laissant la place aux spécificités de la spécialité.
 - Trouver le consensus entre anesthésiste et chirurgien sur le spécialiste qui remet l'ordonnance postopératoire au moment de la consultation préopératoire.

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Nombre de patients ayant reçu un document de type « passeport ambulatoire ».
- ▶ Nombre de patients n'ayant pas respecté les consignes de préparation.
- ▶ Nombre d'annulations à J0.
- ▶ Nombre de patients ayant répondu positivement à l'item « Qualité de l'information reçue pour la prise en charge ambulatoire » contenu dans le questionnaire de satisfaction.

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Faible

FICHES RELIÉES

2.2 - Harmoniser les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire

2.8 - Formaliser le parcours patient

2.9 - Protocoler la sortie du patient

2.13 - Mesurer la satisfaction du patient

2.19 - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoire

2.2

Harmoniser les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire

Axe 3	Maturité du corps médical
Axe 5	Parcours patient
	Consultation préopératoire

Préambule

L'identification des patients éligibles à l'ambulatoire est une étape clé du processus de prise en charge au cours de laquelle la question de la pertinence de l'hospitalisation complète est systématiquement posée.

Les patients éligibles sont différenciés de ceux nécessitant une hospitalisation complète, notamment sur la base de critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux, environnementaux et « grâce à l'analyse au cas par cas de la balance bénéfico-risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place⁶ ».

Même si le « le choix ultime en matière d'éligibilité d'un patient à une prise en charge en chirurgie ambulatoire est de la responsabilité du chirurgien et/ou de l'anesthésiste concerné », la formalisation d'une procédure commune s'appuyant notamment sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles permet de partager les critères d'éligibilité et de les sécuriser.

Ces critères sont partagés avec le patient.

Objectifs

La définition de critères partagés d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire a pour objectifs de prévenir et limiter les risques :

- ▶ de replis en hospitalisation complète et les réadmissions en urgence;
- ▶ de récusations de patients par les chirurgiens et/ou anesthésistes.

L'objet est surtout d'actualiser et d'harmoniser les connaissances de l'ensemble des praticiens sur l'évolution des critères d'éligibilité. Si les critères partagés peuvent faire débat, ils auront le mérite d'interroger la communauté sur une pratique à développer collectivement.

Méthodologie proposée

Un groupe mixte composé de professionnels de santé (chirurgiens et anesthésistes volontaires), des cadre et coordonnateur de l'UCA mais aussi, par exemple, des représentants de travailleurs sociaux, psychologues, doit réaliser au cours d'une réunion commune, une lecture exhaustive de ces éléments puis les diffuser à l'ensemble de la communauté avec les éventuels commentaires réalisés.

1. Définir des critères d'éligibilité locaux et de non-éligibilité

Compte tenu des éléments précédents, définir un **consensus local** (en considérant que la structure répond à la réglementation en vigueur sur la permanence et la continuité des soins) doit plutôt s'envisager comme définir des situations communes de non-éligibilité (« Quand refuse-t-on un patient ? »).

Cela permettra :

- ▶ de limiter les replis;
- ▶ d'initier une réflexion sur les chemins cliniques;
- ▶ d'éviter les désaccords trop nombreux;
- ▶ d'inciter une dynamique de développement de la pratique ambulatoire.

6 - Cf. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », Socle de connaissance, HAS-ANAP, avril 2012

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Ces critères ne sont donc pas figés et évolueront en fonction du niveau de maturité de l'équipe (pratique clinique et organisationnelle) et des progrès technologiques. « La prise en charge ambulatoire réside en fait dans la capacité qu'a le patient à assumer sa prise en charge à domicile et dans la capacité qu'a l'organisation à optimiser et à sécuriser le parcours du patient. La décision d'une prise en charge ambulatoire ne doit se faire qu'au cas par cas après analyse du bénéfice-risque du triptyque acte, patient et structure »⁷.

Les éléments suivants pourront être considérés

► Nature des actes :

- Quels actes programmés/non programmés souhaite-t-on développer par spécialité ?
- Quelle durée de l'intervention *a priori* ?
- Quel type d'anesthésie est le plus indiqué ?
- Quel est le degré d'acceptation des risques ?

► Critères patients :

- Critères médicaux :
 - État du patient. Score ASA, personne à mobilité réduite : y a-t-il des critères que l'équipe juge réhibitoires (au moment de la réflexion) ? Si oui, pour quels types d'interventions ?
- Critères psychosociaux :
 - Pour chaque critère, quel est le niveau qui doit faire recuser le patient ?
 - Compréhension de ce qui est proposé
 - Aptitude à observer les prescriptions médicales
 - Conditions d'hygiène et de logement
 - Disponibilité d'une personne accompagnante, responsable et valide
 - Éloignement géographique d'une structure de soins adaptée depuis le domicile
 - Rapidité d'accès à un téléphone

2. Évaluer et réajuster le cas échéant après six mois de mise en œuvre

En fonction notamment de l'évolution des indicateurs, il sera nécessaire de réajuster les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire.

Facteurs clés de succès

1. Le partage préalable de l'état de l'art est essentiel. Il est nécessaire que le paradigme nouveau soit fondé sur le fait que la **chirurgie ambulatoire soit la norme, pour les interventions programmées**.
 - Il n'existe plus de liste limitative et exhaustive des actes et critères.
 - L'adaptation des principes et recommandations à la singularité de chaque patient et structure doit être mise en avant.
2. Des exemples de pratiques et actes par spécialité doivent être utilisés comme illustrations des développements en la matière.
3. Cette réflexion et ce partage doivent être portés au minimum par un binôme anesthésiste-chirurgien et idéalement en associant la cadre et le coordonnateur de l'UCA.
4. Il est important de diffuser largement les documents de l'état de l'art en la matière.

**FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE :
OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION DE PRISE EN
CHARGE AMBULATOIRE DES PATIENTS
BÉNÉFICIAIRES D'UNE INTERVENTION
CHIRURGICALE SUR L'ŒIL**

L'équipe du CHRU de Poitiers a construit un outil d'aide à la décision/guide/arbre décisionnel pour les praticiens intégrant des critères d'éligibilité sur la base d'un audit *a posteriori* des dossiers patients hospitalisés. Son travail a permis d'identifier un certain nombre de patients pris en charge en hospitalisation complète (le patient ayant été déclaré « non éligible ») pour lesquels une prise en charge ambulatoire aurait pu être réalisable.

L'analyse qui a été faite a permis de démontrer que, dans un certain nombre de cas, le patient a été jugé « non éligible » soit par méconnaissance/mauvaise interprétation des critères actuels de bonnes pratiques professionnelles (ex. : SFAR), soit pour faciliter l'hospitalisation du patient sur un plan logistique (notamment les patients venus de loin et ayant nécessité une consultation ophtalmologique le lendemain).

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Taux de replis en hospitalisation complète
- ▶ Taux de réadmissions en urgence
- ▶ Nombre de patients recusés par les anesthésistes
- ▶ Nombre de patients satisfaits

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

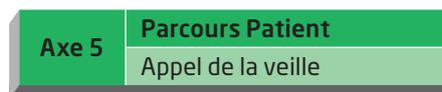
- ▶ Moyen

FICHES RELIÉES

- 2.1** - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire
 - 2.8** - Formaliser le parcours patient
 - 2.9** - Protocoliser la sortie du patient
 - 2.14** - Mettre en place un appel du lendemain
 - 2.13** - Mesurer la satisfaction du patient
 - 2.19** - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoires
-

2.3

Mettre en place l'appel de la veille



46

Préambule

L'appel de la veille est un appel téléphonique au patient programmé en ambulatoire, réalisé dans les 48 heures précédant son intervention et qui permet de lui rappeler les consignes préopératoires, la liste des documents qu'il doit apporter et de lui communiquer l'heure précise à laquelle il devra se présenter à l'UCA.

Objectifs

L'appel de la veille a pour objectifs de :

- ▶ rappeler et préciser si besoin l'information délivrée au patient;
- ▶ réduire le temps d'attente du patient à son arrivée à l'UCA;
- ▶ s'assurer de la bonne préparation du patient à domicile (ex. : préparation cutanée, objets à retirer, documents administratifs et médicaux à apporter);
- ▶ diminuer le nombre de patients à accueillir simultanément à l'UCA;
- ▶ limiter les annulations non connues à J0 et anticiper la réaffectation de la place disponible le cas échéant.

Méthodologie proposée

L'appel de la veille implique :

- ▶ de disposer d'un programme opératoire fiable à J-2;
- ▶ de posséder le numéro de téléphone du patient (demandé lors de la consultation préopératoire);
- ▶ de s'assurer que l'information soit bien transmise à l'UCA;
- ▶ de dédier du temps de travail pour réaliser cet appel.

Le contenu et les modalités de l'appel de la veille sont formalisés et intégrés dans un guide ou une check-list.

1. Définir le contenu de l'appel de la veille

L'appel de la veille auprès du patient comprend généralement les actions suivantes :

- ▶ Vérifier que la consultation d'anesthésie a bien été réalisée.
- ▶ Confirmer la présence du malade ou, le cas échéant, l'annulation de sa venue et sa cause.
- ▶ Vérifier que l'état de santé du patient permet sa prise en charge chirurgicale (ex. : absence de fièvre, toux, maux de gorge).
- ▶ Vérifier que les traitements ont été arrêtés (le cas échéant, selon la prescription médicale).
- ▶ Rappeler de venir avec les documents médicaux nécessaires (ex. : ordonnances avec traitements habituels, bilans biologiques, examens d'imagerie).
- ▶ Rappeler de venir avec les documents administratifs nécessaires (ex. : carte vitale et de mutuelle, « passeport ambulatoire », étiquettes d'admission, convocation, ordonnance de sortie, autorisation d'opérer et carnet de santé pour les mineurs).
- ▶ Vérifier la présence de l'accompagnant pour la sortie de l'établissement.
- ▶ Préciser l'heure d'arrivée à l'UCA.
- ▶ Répondre aux éventuelles questions.

2. Évaluer les modalités de réalisation de l'appel et la charge de travail

Une fois le contenu de l'appel formalisé, les modalités de réalisation de l'appel sont définies et la charge de travail associée (temps moyen par appel) est évaluée en répondant aux questions suivantes :

- ▶ **Qui réalise l'appel?** L'appel de la veille peut être réalisé par une infirmier de l'UCA, une aide-soignante ou une secrétaire médicale. Dans certains établissements, il est demandé aux patients de contacter directement l'UCA la veille de l'intervention : le personnel de l'UCA trace les appels des patients dans la journée et si certains n'ont pas appelé en fin de journée, c'est une infirmier qui appelle les derniers patients. Dans la majorité des établissements, les patientes venant pour une IVG, pour des raisons de confidentialité, ne sont pas contactées par le service mais contactent elles-mêmes l'UCA.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

- ▶ **Sur quel téléphone appeler le patient ?** L'UCA peut contacter le patient sur son téléphone fixe ou portable au numéro confié par le patient. L'appel sur le téléphone portable, peut-être plus coûteux pour l'établissement, présente un taux plus élevé de réponse. Il permet de laisser un message et assure un meilleur respect de la confidentialité.
- ▶ **Quelle ligne téléphonique utiliser à l'UCA ?** Afin de ne pas saturer la ligne téléphonique de l'UCA (qui peut être contactée à tout moment, en interne par le bloc opératoire ou en externe par les accompagnants), certains établissements ont mis en place une ligne dédiée aux appels de la veille et, le cas échéant, du lendemain.
- ▶ **À quel moment réaliser l'appel pour les interventions du lundi ?** En règle générale, les patients sont contactés le vendredi précédant l'intervention ou le samedi matin, si une infirmier est disponible (dans le cas où elle réalise également les appels du lendemain des patients du vendredi par exemple). À noter, de plus en plus d'établissements réalisent « l'appel de la veille » l'avant-veille de l'intervention, ce qui laisse plus de marge aux patients pour organiser sa venue, ainsi qu'au personnel de l'établissement en cas d'annulation pour réattribuer la plage opératoire et la place à l'UCA.
- ▶ **Quelle est la procédure en cas de non-réponse du patient ?** Il est possible de rappeler un certain nombre de fois (nombre à déterminer par l'UCA) et de laisser un message pour demander au patient de rappeler l'UCA. Dans tous les cas, le chirurgien aura donné une heure d'arrivée au patient lors de sa consultation chirurgicale.

- ▶ **Quel est le discours à tenir si un tiers répond à l'appel ?** En aucun cas, l'appelant n'est autorisé à divulguer des informations personnelles à un tiers. Il est nécessaire de formaliser le discours à tenir dans le cas où un proche répond à l'appel de la veille et demande éventuellement des informations sur l'interlocuteur ou sur l'intervention à venir.
- ▶ **L'information est-elle tracée ?** Afin d'évaluer et de réajuster le processus de prise en charge ambulatoire, il est important de tracer l'information recueillie lors de l'appel de la veille (en particulier les causes d'annulation).

Le temps moyen évalué dans certains établissements pour l'appel de la veille est compris entre 5 et 7 minutes par appel. Ce temps peut varier selon le nombre d'informations données au patient ; il ne prend pas en compte les échecs d'appels (patient qui ne répond pas).

3. Inscrire la procédure dans le « passeport ambulatoire »

Afin de ne pas surprendre le patient, la procédure de l'appel de la veille est expliquée oralement au patient au cours de la consultation de chirurgie, d'anesthésie et/ou lors de la préadmission. Elle est également inscrite dans le « passeport ambulatoire » (livret d'accueil spécifique, de l'organisation de la journée, des documents à ne pas oublier, de la préparation préopératoire, etc.) qui lui est remis. Cette double information (écrite et orale) permet d'augmenter le taux de « décrochés téléphoniques » du patient.

Exemple d'information relative à l'appel de la veille à l'hôpital privé La Casamance à Aubagne

<p>La veille de l'intervention</p> <p>Vous serez appelé pour vous confirmer la réalisation de l'intervention et vous rappeler les consignes à respecter :</p> <ul style="list-style-type: none">☒ Le soir, prenez un dîner léger et sans alcool,☒ A partir de minuit, restez à jeun, c'est-à-dire :<ul style="list-style-type: none">* Ne pas manger (y compris des chewing gum)* Ne pas boire* Ne pas fumer☒ Prenez vos médicaments habituels, sauf contre-indication de l'anesthésiste,☒ Prenez une douche avec la moitié du flacon de Bétadine Srub ou Hibiscrub en cas d'allergie à l'iode.	<p>Le douche préopératoire</p>  <ul style="list-style-type: none">☒ Enlever tous les bijoux et vernis à ongles,☒ Mouiller le corps et les cheveux,☒ Faire le shampoing avec le savon antiseptique,☒ Se laver de haut en bas,☒ Insister sur le nombril, les sillons sous-mammaires, les ongles, les espaces interdigitaux, les pieds et la région génito-anale,☒ Rincer soigneusement les cheveux et le corps,☒ Se sécher avec une serviette propre,☒ Revêtir un pyjama propre.
---	---

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

4. Former les personnels concernés

Lorsque le processus est formalisé, il est nécessaire de former la/les personne(s) identifiée(s) pour accomplir cette tâche. Il est préférable de former au moins deux personnes à cet appel, même s'il est habituellement réalisé par une seule personne, afin de prévenir une absence et/ou de couvrir une période de congés et/ou une amplitude horaire.

La procédure est présentée aux praticiens et à leur secrétariat qui expliqueront ce dispositif lors de la consultation préopératoire.

5. Suivre les résultats de cet appel dans le tableau de bord de l'UCA

En fonction du taux d'annulation et des causes afférentes, il sera peut-être nécessaire de revoir les informations délivrées au patient lors des consultations préopératoires.

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : ORGANISATION DE L'APPEL DE LA VEILLE RÉALISÉ SUR UNE LIGNE DÉDIÉE

L'hôpital privé La Casamance (Aubagne) a mis en place l'appel de la veille au sein de son UCA. Les agents de service, sous la responsabilité de la cadre ou des infirmiers du service, réalisent cet appel une fois que le programme du bloc opératoire est finalisé. L'agent de service rappelle au patient les consignes (ex. : douche préopératoire, jeûne avant l'intervention, résultats d'examens à apporter) et lui communique son horaire d'arrivée (sur le principe des entrées décalées pour éviter des temps d'attente inutiles avant l'intervention et permettre une meilleure occupation des box). Cet

appel permet également de faire le point sur le programme : annulation des patients, patients ayant des contraintes de traitement (ex. : anticoagulants non arrêtés), etc. Les patients sont appelés de préférence sur leur portable ce qui permet de leur laisser un message en cas de non-réponse (le patient doit alors rappeler l'UCA pour confirmer sa venue).

Une ligne téléphonique a été mise en place (dédiée à l'appel de la veille et du lendemain) afin de ne pas occuper la ligne téléphonique qui sert à communiquer avec le bloc opératoire.

48

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Nombre d'annulation à J0
- ▶ Nombre de patients en salle d'attente
- ▶ Taux de satisfaction des patients

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Faible

FICHES RELIÉES

- 2.1** - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire
- 2.4** - Fluidifier l'amont de la prise en charge
- 2.8** - Formaliser le parcours patient
- 2.14** - Mettre en place l'appel du lendemain
- 2.19** - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoire

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2.4

Fluidifier l'amont de la prise en charge

Axe 2	Ressources/Moyens
Axe 5	Parcours patient
	Pré admission

Préambule

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel, centré sur le patient, qui repose notamment sur un processus de gestion des flux de toute nature (ex. : patients, ressources humaines, matériel, informations) qu'il est important de contrôler pour réduire au maximum les goulots d'étranglement.

En amont de la prise en charge, deux actions concourent au désengorgement des flux de patients :

- ▶ La préadmission
- ▶ L'arrivée de manière échelonnée

La préadmission consiste à réaliser l'admission administrative, notamment à établir le dossier administratif, en préopératoire (ex. : le jour de la consultation préanesthésique). Elle permet de simplifier le circuit du patient en écourtant ou supprimant une étape le jour de l'intervention, généralement source d'inconfort pour le patient (ex. : attente inutile) et de retard à sa prise en charge, risquant de se solder par une hospitalisation complète voire par une annulation.

En fonction des organisations, la préadmission favorise soit un passage très bref à l'accueil administratif soit un accueil du patient directement dans le service ambulatoire.

En outre, une arrivée échelonnée des patients (faire arriver les deux premiers patients à la même heure, afin d'éviter qu'un patient ne se présentant pas ou en retard entraîne des dysfonctionnements au bloc opératoire) participe à l'amélioration du circuit du patient.

Objectifs

- ▶ Permettre au patient de compléter son dossier administratif avant le jour de l'intervention.
- ▶ Fluidifier les flux d'arrivée des patients le jour de l'intervention.

- ▶ Assurer au patient une prise en charge dès son arrivée, le dispensant d'une attente inutile.
- ▶ Éviter les retards au bloc liés à une admission trop longue.
- ▶ Limiter les annulations et les déprogrammations à J0.
- ▶ Éviter les retards de facturation de l'établissement.

Méthodologie proposée

1. Comment faire pour systématiser la préadmission ?

49

Plusieurs options existent pour permettre au patient d'effectuer cette démarche administrative en amont de son intervention. Les différentes options requièrent un travail à différents niveaux dans l'établissement :

- ▶ **Secrétariats médicaux** (*de consultation de chirurgie ou d'anesthésie*) : si le contexte de la structure permet de confier l'enregistrement de la préadmission aux secrétariats médicaux (de chirurgie ou d'anesthésie), cette tâche pourra être effectuée lors de la consultation. Les postes des secrétaires médicales doivent être équipés de l'interface nécessaire.
- ▶ **Bureau des admissions** : si l'établissement confie la préadmission au bureau des admissions, cette tâche pourra être effectuée après la consultation d'anesthésie (ou de chirurgie). Dans ce cas, l'établissement pourra :
 1. travailler sur la communication de l'information : il s'agit de former les équipes (praticiens et secrétaires médicales) à informer le patient sur le passage nécessaire en préadmission. Il est possible de communiquer au patient un fascicule d'information de type « passeport ambulatoire » ;
 2. adapter la signalétique de l'établissement pour faciliter l'orientation du patient tout au long de son parcours ;
 3. optimiser l'organisation du bureau des entrées pour être en capacité d'absorber le flux de patients et éviter des délais d'attente trop longs susceptibles de « décourager » les patients.

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

► **Internet** : en plus de ces deux options, certains établissements proposent un enregistrement de la préadmission en ligne (établissements qui possèdent déjà un site Internet/ un extranet). Cependant, cette solution permet rarement d'atteindre un taux de préadmission de 100 %.

2. Comment faire pour échelonner l'arrivée des patients ?

Option 1 : Échelonner les heures de convocation des patients ambulatoires

Le principal frein observé dans les 20 établissements est l'arrivée massive de patients le matin, tous convoqués à l'heure d'ouverture de l'UCA.

Deux cas de figure peuvent se produire ; tous les patients ambulatoires sont :

- soit programmés en début de vacations opératoires ;
- soit convoqués à la même heure, quelle que soit leur heure prévue de passage au bloc.

Dans les deux situations, l'accueil administratif risque de constituer un goulot d'étranglement dans la prise en charge, générant un temps d'attente inutile qui va se répercuter dans les étapes suivantes de la prise en charge. Afin d'éviter cette situation, il est possible de réaliser deux types d'actions :

- Revoir l'attribution des vacations opératoires et/ou l'ordonnancement des patients au sein des vacations, afin de mieux répartir le passage au bloc des patients ambulatoires tout au long de la journée.
- Revoir les heures de convocation des patients ambulatoires.

Pour la seconde action, il est possible de définir une heure de convocation :

- en fonction de l'heure prévue de passage au bloc opératoire et du temps nécessaire de préparation préopératoire du patient ;
- en incluant les temps d'accueils administratif, soignant, de préparation et de trajet jusqu'au bloc opératoire. Ce temps de préparation du patient doit être discuté et validé par l'ensemble des praticiens et le cadre du bloc.

L'heure de convocation échelonnée est communiquée au patient au cours de la consultation de chirurgie ou d'anesthésie ou lors de l'appel de la veille après validation du programme opératoire.

Option 2 : Prendre en charge les patients à l'accueil administratif dans l'ordre du programme opératoire

Il a été généralement constaté dans les établissements du panel que les patients arrivent plus tôt que leur horaire de convocation, notamment le matin. Afin de garantir l'arrivée à l'heure à l'UCA

de tous les patients, le cadre de l'UCA peut mettre à disposition des agents administratifs le programme opératoire du jour et l'ordre de passage des patients au bloc opératoire. Cela permet aux agents administratifs d'accueillir les patients dans l'ordre du programme opératoire plutôt que par ordre d'arrivée.

Certains établissements ont fait le choix de convoquer les patients deux par deux pour pallier le retard ou la non-venue éventuelle de l'un d'entre eux.

Si certains gestes nécessitent une plus longue installation à l'UCA ou une préparation préopératoire qui peut prendre plus de temps (ex. : en pédiatrie), le cadre peut l'indiquer aux agents administratifs sur le programme opératoire.

Facteurs clés de succès

- Pilotage institutionnel fort de la démarche
 - Clarté du dossier de préadmission pour le patient
 - Appel de la veille
 - Orientation du patient facilitée par une signalétique claire
-

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- Taux de préadmission
- Temps d'attente des patients à leur arrivée à l'UCA
- Mesure des retards au bloc liés au processus d'admission
- Taux d'annulation à JO
- Taux de déprogrammation au bloc opératoire

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- Fort

FICHES RELIÉES

- 2.1** - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire
 - 2.2** - Harmoniser les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire
 - 2.3** - Mettre en place l'appel de la veille
 - 2.6** - Intégrer l'ambulatoire dans la planification et la programmation au bloc opératoire
-

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2.5

Choisir un type de structure

Axe 2	Ressources/Moyens
Axe 5	Parcours patient
	Bloc/SSPI

Préambule

Quatre modèles de structure ambulatoire sont généralement décrits :

- ▶ **Les structures intégrées** : elles ont un accueil et un séjour ambulatoires dédiés avec partage d'un bloc opératoire commun ; plusieurs unités sont parfois déployées dans l'établissement. Il existe éventuellement des salles dédiées à l'ambulatoire au sein d'un bloc opératoire.
- ▶ **Les structures de fonctionnement autonome** : elles disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés, avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire.
- ▶ **Les structures satellites** : elles comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure indépendante, mais dans l'enceinte de l'établissement de santé.
- ▶ **Les structures indépendantes** (*Free Standing Centers*) : elles comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure totalement indépendante et entièrement dédiée à cette activité.

Les équipes « matures » sur le sujet de l'ambulatoire et désirant évoluer ou franchir un stade, posent très fréquemment la question du modèle organisationnel optimal. S'il n'y a pas un modèle unique à promouvoir, divers scénarios d'évolution sont possibles dont les avantages et inconvénients méritent d'être précisés afin de faciliter les choix. Les choix d'évolution doivent tendre à autonomiser au maximum les flux ambulatoires.

Objectifs

Il s'agit, dans cette fiche, de donner les clés de lecture à un établissement qui souhaiterait revoir son circuit patient d'ambulatoire afin de faciliter son choix entre les différents types d'organisations possibles.

Le sujet est traité sur le plan organisationnel (avantages et inconvénients d'une UCA et/ou d'un bloc intégrés ou non) et non pas sur le plan architectural (contraintes propres à chaque établissement).

Méthodologie proposée

La méthode qui suit permet de décrire les avantages et les inconvénients d'un bloc ambulatoire ou des salles dédiées à l'ambulatoire.

51

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Avantages et inconvénients d'un bloc ambulatoire (ou de salles dédiées)

	Avantages d'une structure dédiée	Inconvénients/Contraintes d'une structure dédiée
Pour le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du temps de passage au bloc • Attractivité importante 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du nombre de possibilités de programmation d'une intervention (sur les plages ambulatoires uniquement)
Pour les opérateurs et les anesthésistes	<ul style="list-style-type: none"> • Circuit ambulatoire bien distinct et clairement identifié (pas de croisement ambulatoire/traditionnel) • Equipe spécialisée et dédiée • Utilisation plus fluide pour les opérateurs • Gain de temps et d'efficacité • Pas d'interférence avec les urgences (en général) ou les complications des programmes lourds 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'une grande ponctualité • Besoin d'être méticuleux dans la programmation des patients • Besoin d'un recrutement important en chirurgie programmée (nécessité de remplir une vacation d'ambulatoire)
Pour le personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du temps de nettoyage • Spécialisation du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Rythme soutenu tout au long de la vacation, besoin constant d'anticiper les patients suivants • Besoin d'une coordination extrêmement rigoureuse
Pour l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction du coût de fonctionnement si le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire dépasse un seuil minimal 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du coût de fonctionnement si le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire ne dépasse pas un seuil minimal

52

Aucun modèle particulier n'est réglementairement imposé, néanmoins les textes préconisent des structures de chirurgie ambulatoire aisément identifiables par leurs usagers, faisant l'objet d'une **organisation spécifique et disposant en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.**

La question principale réside en l'espèce dans le choix stratégique et institutionnel de dédier, ou non, un bloc à l'ambulatoire.

Facteurs clés de succès

La question du volume d'interventions réalisées ou à venir (par groupes d'activité) est assez structurante dans le choix du « modèle bloc » :

- ▶ Le niveau d'activité réalisé et prévisionnel et la maturité de l'équipe peuvent aboutir à ce que des salles, voire un bloc opératoire complet, soient dédiées à l'ambulatoire.

Dans les établissements qui ont une activité ambulatoire supérieure à 50 % de l'activité de chirurgie globale, le modèle avec un bloc ambulatoire dédié apparaît le plus souvent comme la solution la plus adaptée. Concernant des salles dédiées à l'ambulatoire au sein d'un bloc central :

- ▶ Laisser une marge de manœuvre aux praticiens au cas où il y aurait de la place dans le bloc conventionnel et une surcharge en ambulatoire (ou l'inverse) pour opérer le patient.
- ▶ Favoriser les mutualisations de ressources et de moyens.
- ▶ Le circuit ambulatoire doit être clairement identifié avec un arbitrage qui doit prendre en compte à la fois les exigences qualitatives, sécuritaires et les exigences en termes de productivité.
- ▶ Risque de figer la structure et d'induire une résistance au changement vers un modèle autonome à terme tant le circuit traditionnel est toujours considéré comme le mode de fonctionnement habituel.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Points de vigilance

Le nombre de praticiens et un volume d'activité suffisant sont des éléments structurants permettant de prévoir si la construction d'un bloc dédié ambulatoire est opportune ou non :

- ▶ **Si le nombre de chirurgiens pratiquant une activité ambulatoire est suffisant** pour occuper les vacances du futur bloc dédié, et que chacun de ces chirurgiens est par ailleurs en mesure d'occuper totalement sa vacation opératoire, alors la construction d'un bloc dédié prend tout son sens.
- ▶ *A contrario*, il a été observé dans certains établissements avec un bloc dédié à l'ambulatoire **un surdimensionnement des vacations opératoires** que les chirurgiens, trop peu nombreux à réaliser de l'activité ambulatoire, ne pouvaient occuper suffisamment. Il s'ensuivait une sous-occupation critique du bloc opératoire dédié ambulatoire, avec des taux d'occupation de vacations inférieurs à 50 %.
- ▶ Parallèlement à cette contrainte, **le nombre de médecins anesthésistes est un facteur clé à prendre en considération**. Un manque important d'anesthésistes peut entraîner une impossibilité à occuper un bloc opératoire dédié.

En outre, la maturité de l'équipe et de l'établissement quant à sa capacité et volonté de développer la chirurgie ambulatoire paraît essentielle. La mise en place d'un bloc dédié et de flux autonomes nécessite de s'assurer au préalable d'un volume d'activité suffisant.

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Taux de chirurgie ambulatoire
- ▶ Taux de rotation sur les places de l'UCA
- ▶ Temps moyen de brancardage entre l'UCA et le bloc
- ▶ Taux d'occupation des vacations du bloc
- ▶ Temps réel d'occupation des salles (TROS)
- ▶ Temps de vacation offert (TVO)

FICHES RELIÉES

- 2.6** - Intégrer l'ambulatoire dans la planification et la programmation au bloc opératoire
 - 2.7** - Fluidifier le passage en SSPI
 - 2.8** - Formaliser le parcours patient
 - 2.11** - Optimiser l'hébergement en UCA
-

2.6

Intégrer l'ambulatoire dans la planification et la programmation au bloc opératoire

Axe 3	Maturité du corps médical
Axe 5	Parcours patient
	Bloc/SSPI

Préambule

Le mode d'hébergement (ambulatoire ou hospitalisation complète) n'a, dans la majorité des cas, aucun impact sur la prise en charge du patient au bloc opératoire : les temps d'intervention pour le même geste sont identiques, l'anesthésie est la même, le parcours patient au bloc ne change pas, etc.

En revanche, la répartition des patients ambulatoires au sein des vacances a un impact direct sur les horaires d'arrivée et de départ des patients à l'UCA et donc sur l'occupation des places d'UCA.

Afin de garantir une bonne répartition des patients ambulatoires dans la journée et sur les jours de la semaine à l'UCA, il est nécessaire d'intégrer la notion du mode d'hébergement dans la programmation opératoire hebdomadaire (répartition des patients au sein des vacances ouvertes) et dans la planification des vacances (attribution des vacances par praticien ou par spécialité).

Objectifs

L'intégration du mode d'hébergement dans la programmation opératoire et dans la planification des vacances a pour objectifs :

- ▶ d'échelonner l'arrivée des patients à l'UCA et donc de désengorger les accueils administratif et soignant de l'UCA;
- ▶ d'améliorer le taux de rotation sur les places à l'UCA;
- ▶ de lisser le nombre de patients accueillis à l'UCA sur les jours de la semaine;
- ▶ de limiter les journées de pic d'activité à l'UCA et donc diminuer la part d'hospitalisation dite foraine.

Méthodologie proposée

Selon le niveau de maturité et le niveau d'activité de chirurgie ambulatoire dans l'établissement, ci-après, les actions prioritaires qui peuvent être menées :

1. Si l'activité ambulatoire est relativement faible et répartie au sein des vacances

Il est possible qu'une part conséquente du potentiel de substitution en ambulatoire réside dans des typologies de gestes déjà partiellement prises en charge en ambulatoire mais parfois hospitalisées en raison d'un passage trop tardif au bloc opératoire.

Afin d'améliorer le taux de recours à la chirurgie ambulatoire, il est possible dans ce cas de recenser :

- ▶ **le volume de patients ambulatoires** pris en charge au bloc par salle et par heure;
- ▶ **l'ensemble des séjours d'une nuit** pour des gestes que l'établissement prend en charge également en ambulatoire et comprendre avec les praticiens les raisons de l'hospitalisation complète (en distinguant si possible si la nuit précède l'acte chirurgical ou le suit) :
 - Si ces raisons relèvent de l'horaire de passage au bloc, il peut être bénéfique d'avancer la programmation de ces patients en début de vacation du matin (ou au besoin de revoir la planification opératoire si les vacances actuelles ne permettent pas au praticien concerné d'opérer le matin).

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2. Si l'activité ambulatoire est plus importante et la programmation des patients ambulatoires se fait principalement en début du programme

Il est souvent observé que la programmation des patients ambulatoires se fait en début de programme opératoire pour assurer le retour à domicile du patient le soir même. Cependant, à l'échelle d'un bloc opératoire, cette organisation peut devenir rapidement bloquante pour les raisons suivantes :

- ▶ **Un nombre très important de patients est convoqué à l'heure d'ouverture de l'UCA.** Ils doivent, tous en même temps, être pris en charge par l'accueil administratif puis, si besoin, être préparés par le personnel soignant de l'UCA, ce qui induit nécessairement une charge de travail conséquente pour les personnels et des temps d'attente inévitables pour les patients.
- ▶ **Ce phénomène peut entraîner des dysfonctionnements (et accentuer les retards)** au niveau du brancardage entre l'UCA et le bloc, de l'entrée au bloc, ou même du brancardage au sein du bloc.
- ▶ **Si tous les patients ambulatoires sont programmés en début de vacation, aucune rotation n'est possible à l'UCA** et la charge de travail des personnels de l'UCA n'est pas lissée : ils sont très sollicités le matin et moins l'après-midi.

Dans cette situation, on observe les actions d'amélioration suivantes :

- ▶ **Définir avec les professionnels de l'UCA et les chirurgiens et anesthésistes :**
 - Les gestes qui peuvent être pris en charge en ambulatoire en demi-journée.
 - Les temps prévisionnels d'hospitalisation pour ces patients, entre l'heure de convocation à l'UCA et l'heure de sortie (ou de mise dans le salon de sortie le cas échéant).

- ▶ **Optimiser la programmation et l'ordonnancement** (ex. : l'ordre des patients au sein des vacations opératoires) en :
 - mettant cette liste de gestes et les temps d'hospitalisation correspondants à disposition de la cellule de programmation ;
 - modifiant les règles de programmation et d'ordonnancement des patients ambulatoires :
 - Programmer des patients ambulatoires en demi-journée en début de vacation du matin et en début de vacation d'après-midi.
 - Ne pas programmer en premier les patients ambulatoires qui nécessitent une surveillance postopératoire de 6 à 8 heures en début de vacation mais plutôt au milieu, afin de laisser ce créneau aux séjours, permettant une rotation sur les places de l'UCA.
 - En associant le cadre de l'UCA à la cellule de programmation opératoire hebdomadaire car il apportera sa connaissance des durées de surveillance postopératoire et pourra ainsi adapter l'organisation des places et prévoir les rotations à partir du programme opératoire validé.
- ▶ **Perfectionner la planification :**
 - Éventuellement, en modifiant la répartition de certaines vacations opératoires afin de donner des créneaux opératoires d'après-midi à des praticiens qui peuvent prendre en charge des patients en demi-journée (échange au sein de la même spécialité ou entre des spécialités différentes).

Il a été constaté que les places d'UCA sont mieux utilisées lorsque **le nombre de patients ambulatoires hospitalisés en demi-journée est équitablement réparti** entre le matin et l'après-midi.

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : OUTIL DE LISSAGE DES FLUX DE PATIENTS AU BLOC OPÉRATOIRE

La clinique Jules-Verne à Nantes dispose de 68 places d'ambulatoire, de 21 salles de bloc pouvant être ouvertes jusqu'à 11 heures par jour et de 2 plannings de vacations opératoires (pour les semaines paires ou impaires). Au cours de l'accompagnement, l'équipe projet a conscience que le volume d'activité de chirurgie ambulatoire est variable selon les jours de la semaine et les créneaux horaires (matin ou après-midi). Cependant, compte tenu du volume d'activité de chirurgie, l'adaptation des vacations opératoires à l'ambulatoire ne peut se faire qu'en objectivant ces variations de flux de patients au bloc opératoire et à l'UCA.

La Clinique a donc élaboré un outil permettant de visualiser rapidement les flux de patients au bloc opératoire et à l'UCA. En renseignant les vacations opératoires actuelles pour les semaines paires et impaires et les temps moyens d'occupation de salle par intervention pour chaque spécialité et selon le mode d'hébergement (hospitalisation complète, ambulatoire ou activité

externe), cet outil permet de modéliser les flux de patients pris en charge au bloc et à l'UCA par créneau horaire. Il permet d'avoir la vision générale de la répartition du nombre moyen de patients pris en charge au bloc opératoire selon les jours de la semaine et selon le créneau horaire (matin ou après-midi) et par conséquent la répartition du nombre moyen de patients accueillis à l'UCA selon les jours de la semaine et le créneau horaire. La Clinique a ainsi pu objectiver les variations d'activité selon les jours de la semaine. Par la suite, ce travail permettra d'engager le dialogue avec les praticiens sur les règles de programmation au sein de leurs vacations et sur la planification des vacations opératoires entre les différents opérateurs. L'établissement souhaite également mener la même analyse sur les périodes de congés scolaires, au cours desquelles l'activité ambulatoire varie fortement par rapport aux autres mois de l'année (activité pédiatrique renforcée, notamment en stomatologie et en urologie).

56

Facteurs clés de succès

- Il est nécessaire que la programmation opératoire soit centralisée pour lisser les flux de patients sur les jours de la semaine et les heures de la journée car les chirurgiens ne peuvent pas disposer individuellement d'une vision d'ensemble des flux de patients au bloc opératoire ou à l'UCA.
- Pour s'assurer de l'adhésion des chirurgiens dans les modifications des règles de programmation, la contrepartie peut être l'assurance d'une arrivée à l'heure des patients dans la salle de bloc opératoire et une sortie de salle et de SSPI au fil de l'eau par les brancardiers.

Points de vigilance

Plusieurs établissements se sont posé la question de dédier des vacations à l'ambulatoire. Des vacations exclusivement ambulatoires semblent ne présenter un intérêt que si le volume d'activité ambulatoire est important et si ce volume est suffisant pour occuper des vacations complètes de bloc opératoire. Ces vacations peuvent être en demi-journée, mais il faut suffisamment de praticiens en mesure d'occuper ces vacations.

L'avantage des vacations dédiées à l'ambulatoire réside dans la meilleure répartition des patients ambulatoires tout au long de la journée, ce qui permet notamment à l'UCA de convoquer les patients de façon échelonnée et d'avoir une bonne visibilité sur l'avancement du programme opératoire, car le bloc prend généralement peu de retard sur des vacations ambulatoires.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Les difficultés à surmonter peuvent être les suivantes :

- ▶ Des réticences du personnel soignant du bloc à cette nouvelle organisation car l'activité ambulatoire peut impliquer un flux de patients plus rapide, et un rythme plus soutenu que dans un bloc conventionnel.
- ▶ La nécessité, au bloc, d'un personnel non médical polyvalent pour prendre en charge des patients de spécialités différentes.

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Taux de rotation à l'UCA
- ▶ Taux de patients ambulatoires convoqués à l'ouverture de l'UCA
- ▶ Taux de retards au démarrage du bloc à cause de la préparation des patients de l'UCA
- ▶ Taux de patients ambulatoires opérés l'après-midi

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Élevé

FICHES RELIÉES

- 2.4** - Fluidifier l'amont de la prise en charge
 - 2.5** - Choisir un type de structure
 - 2.7** - Fluidifier le passage en SSPI
 - 2.8** - Formaliser le parcours patient
 - 2.11** - Optimiser l'hébergement en UCA
 - 2.12** - Mettre en place un salon de sortie
-

2.7

Fluidifier le passage en salle de surveillance postinterventionnelle



58

Préambule

La prise en charge ambulatoire nécessite de limiter le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire dans la structure, notamment lors du passage en Salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI), un des temps essentiels du circuit du patient.

La durée du passage en SSPI, non réglementée, dépend du type d'anesthésie, du type d'opération et de l'évolution du patient. Dans certains cas, ce passage peut être très court.

Des temps de passage des patients ambulatoires en SSPI variables pour un même geste, sans que l'état médical du patient ne le justifie, créent parfois des goulots d'étranglement, ce qui a pour effet de rendre plus difficiles à la fois les sorties de salle d'opération des patients suivants mais aussi le lissage de l'activité des brancardiers ou agents qui raccompagnent les patients de la SSPI à l'UCA.

Pour les personnels de l'UCA, ces variations rendent également plus complexe l'anticipation de leur charge de travail et, d'une façon plus générale, ont tendance à dégrader la qualité de la prise en charge du patient qui peut attendre plus que nécessaire.

L'utilisation d'un score de sortie de type Aldrete, objectivant l'état du patient, permet d'appuyer la décision de sortie du patient de SSPI et de la sécuriser.

Objectifs

- ▶ Lancer la réflexion auprès des acteurs du bloc et de l'UCA sur le temps nécessaire de passage en SSPI pour les patients ambulatoires.
- ▶ Identifier les patients ambulatoires en SSPI pour séparer les flux de patients ambulatoires et « conventionnels » et assurer ainsi une prise en charge rapide.

Méthodologie proposée

1. Identifier les patients ambulatoires en SSPI

L'identification des patients ambulatoires en SSPI a pour objectif de limiter leur temps de passage en SSPI et de s'assurer que les patients retournent à l'UCA dès que leur état le permet.

Différentes modalités d'identification des patients ambulatoires en SSPI sont envisageables, dont notamment les suivantes :

- ▶ Le regroupement de l'ensemble des patients ambulatoires dans une partie de la SSPI (selon la configuration architecturale de la SSPI) avec une signalétique adaptée
- ▶ La couleur de la couverture du patient ou de sa charlotte
- ▶ Le type de brancard utilisé
- ▶ Le bracelet d'identification (risque de moindre visibilité que les autres modalités)
- ▶ La couleur du dossier posé au pied du lit/brancard

Cette action doit s'accompagner d'une sensibilisation des anesthésistes afin qu'ils se rendent régulièrement en SSPI pour signer les autorisations de sortie dès que l'état du patient le permet, et éviter ainsi les signatures « par vague ».

L'identification des patients ambulatoires en SSPI doit également faire l'objet d'une communication auprès de l'équipe de brancardage pour assurer la sortie des patients de SSPI dès que possible.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2. Définir un temps cible de passage en SSPI pour les principaux gestes pris en charge en ambulatoire

Afin de réguler les aléas de temps de prise en charge en SSPI, il peut être utile de définir un temps cible par geste (calculé sur des éléments de retour d'expérience, ce temps cible reste bien entendu un ordre de grandeur et non une base de référence contrainte et figée).

Ce temps cible doit prendre en compte les cas les plus fréquents, sans complication ni spécificité du patient qui nécessiterait une surveillance prolongée. Il doit être défini de façon consensuelle entre les anesthésistes et les chirurgiens et partagé par le personnel de la SSPI.

Dès lors que le temps cible de passage en SSPI est écoulé, le personnel soignant peut contacter l'anesthésiste si celui-ci n'est pas venu signer auparavant l'autorisation de sortie de SSPI.

Une alternative consiste à définir des temps cibles de prise en charge des patients ambulatoires en postopératoire (entre l'heure de sortie de salle d'opération et l'heure de sortie de l'UCA) pour les gestes à forte volumétrie de patients pris en charge à l'UCA.

Ainsi, si le temps de prise en charge en SSPI est variable en fonction du geste opératoire, l'équipe de l'UCA peut adapter sa prise en charge postopératoire. Dans ce cas, il est nécessaire pour l'UCA de tracer l'heure de sortie de salle d'opération; cette information doit être renseignée par le personnel de salle du bloc opératoire et accessible pour le personnel de l'UCA (dans le dossier patient papier ou informatisé).

3. Renseigner une fiche de score (type Aldrete)

Les deux types de scores de sortie majoritairement utilisés dans les 20 établissements accompagnés sont les suivants :

► **Le score d'Aldrete**

► **Le score d'Aldrete modifié** qui prend en compte les variations relatives des paramètres physiologiques et non plus leurs valeurs absolues. La mesure de la saturation artérielle en oxygène par oxymétrie de pouls (SpO₂) y est ajoutée.

L'un ou l'autre est renseigné pour valider la sortie de la SSPI (ou du bloc, cf. ci-dessous, paragraphe 4) vers le service d'hospitalisation.

N.B. Ces scores ne tiennent pas compte de facteurs également importants comme la douleur, les nausées ou les vomissements.

4. Pour aller plus loin : Déterminer quels patients et/ou gestes ambulatoires pourraient ne pas passer en SSPI : le *Fast-Tracking*

Le *Fast-Tracking* donnera la possibilité d'organiser une sortie plus rapide de certains patients du bloc, en évitant le passage en SSPI.

Il concerne les patients ayant bénéficié d'une anesthésie loco-régionale périphérique sans sédation.

Il nécessite surtout une bonne coordination avec le brancardage car le patient sera acheminé directement depuis la salle d'opération vers l'unité d'ambulatoire.

Facteurs clés de succès

► **Choix du mode d'identification des patients en**

SSPI : il a été constaté dans les établissements du panel qu'il est efficace de confier au personnel soignant de la SSPI le choix des modalités d'identification des patients en SSPI car cela permet de s'assurer de sa mise en œuvre. Ce choix doit cependant se faire en accord avec les services économiques de l'établissement afin de trouver une solution ne générant pas de dépenses complémentaires superflues.

► **Communication** : la mise en place de cette identification visuelle doit faire l'objet d'une large communication auprès de l'ensemble des acteurs du bloc et de l'UCA, afin que la mesure soit bien appliquée et que l'ensemble des acteurs du parcours patient s'assurent que le patient n'attend pas plus que nécessaire en SSPI.

► **Collaboration chirurgien-anesthésiste sur les critères d'éligibilité au *Fast-Tracking*** :

la mise en place d'un parcours rapide en sortie de salle d'opération nécessite que les chirurgiens et les anesthésistes s'entendent sur les critères d'éligibilité au *fast-tracking* des patients et sur la conduite à tenir en cas de complication. Ces critères doivent être formalisés et diffusés à l'ensemble des acteurs du bloc et de l'unité d'ambulatoire.

|
2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Temps moyen de passage des patients ambulatoires en SSPI pour les gestes les plus fréquents.
- ▶ Pour être mis en place, cet indicateur fait l'objet d'un recueil effectué par les IDE de SSPI sur un temps donné (sur un mois, pour être significatif) afin de définir des temps cibles pour les gestes les plus fréquents. Il peut être évalué à nouveau quelques mois après la mise en place de l'identification visuelle, afin de s'assurer de l'obtention des résultats fixés.
- ▶ Temps moyen entre l'horaire d'obtention du score de sortie de SSPI (score d'Aldrete modifié par exemple) et le départ du patient de la SSPI.

Cet indicateur peut être calculé ponctuellement (un jour donné, trois à quatre fois par an) pour s'assurer que les anesthésistes viennent régulièrement en SSPI pour autoriser les sorties des patients.

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Moyen

FICHES RELIÉES

- 2.8** - Formaliser le parcours patient
 - 2.10** - Mettre en place un score de sortie de l'UCA
 - 2.11** - Optimiser l'hébergement en UCA
 - 2.18** - Fluidifier le brancardage des patients en ambulatoire
-

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2.8

Formaliser le parcours patient

Axe 2	Ressources/Moyens
Axe 5	Parcours patient
	Préopératoire

Préambule

Le parcours patient en ambulatoire a pour but de décrire, pour une technique interventionnelle ou une pathologie, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'établissement. Le parcours patient, qui prend notamment en compte les recommandations de bonne pratique professionnelle, permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Le parcours patient en ambulatoire permet de planifier et standardiser une prise en charge multifactorielle.

Le parcours patient évolue notamment en fonction du retour d'expérience.

Objectifs

- ▶ Planifier et standardiser une prise en charge pluridisciplinaire en se basant sur la description de la prise en charge optimale pour une intervention spécifique.
- ▶ S'approprier les recommandations professionnelles.
- ▶ Mettre en œuvre des protocoles validés de prise en charge des patients.
- ▶ Planifier et rationaliser les différentes étapes du parcours pour maîtriser les risques.
- ▶ Réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge ambulatoire.
- ▶ Améliorer le travail en équipe pluriprofessionnelle et la coordination entre les acteurs.
- ▶ Optimiser la qualité, la sécurité et l'équité de la prise en charge.

Méthodologie proposée

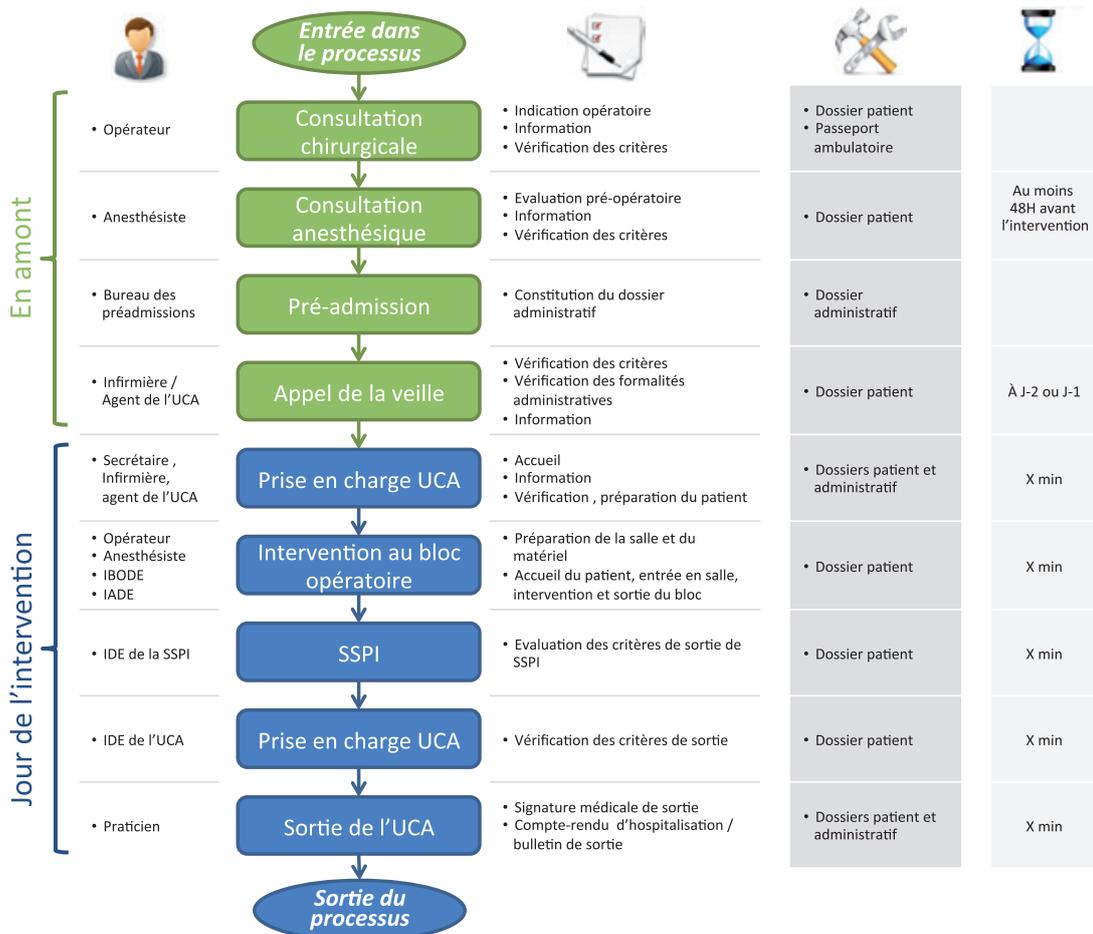
1. Élaborer un parcours patient « pilote »

- ▶ Lister les actes techniques interventionnels généralement pratiqués dans l'établissement.
- ▶ Cibler, pour commencer, une intervention :
 - fréquente dans l'établissement,
 - avec une variabilité de prise en charge permettant une prise en charge homogène,
 - pour laquelle il sera possible d'obtenir un consensus professionnel et une motivation des acteurs au sein de l'établissement;
- ▶ Formaliser le processus de prise en charge cible en décrivant toutes les étapes clés et tous les actes permettant de réaliser cette prise en charge. Ce travail est réalisé avec une équipe pluriprofessionnelle représentative de l'ensemble du parcours patient en ambulatoire :
 - **Entrée dans le processus** : pathologie concernée, population ciblée.
 - **Processus** : description du processus de prise en charge en décomposée sous forme de tâches élémentaires, suivant le parcours du patient. Pour chaque tâche élémentaire, il s'agira de formaliser : le responsable de la tâche, l'objet de la tâche, et le temps standardisé nécessaire à la réalisation de la tâche et les indicateurs associés. Les risques de sortie de processus sont anticipés (ex. : patient non préparé, retard du patient) et les « barrières de sécurité » (de type prévention, récupération ou atténuation des effets) sont prévues.
 - **Fin du processus** : fin de la prise en charge.

Ce travail nécessite pour chaque étape de la prise en charge de recueillir et d'analyser :

- le cadre réglementaire;
- les recommandations de pratiques professionnelles;
- la documentation qualité existante.

Exemple de description de processus de prise en charge d'un patient en ambulatoire proposé dans les établissements accompagnés



62

2. Tester le parcours patient « pilote »

Le parcours patient ainsi défini est testé sur un échantillon correspondant aux critères d'entrée dans le processus. Pour ce test, il est nécessaire de s'assurer que le patient suit bien toutes les étapes de la prise en charge, que les tâches sont réalisées par les responsables pressentis, dans l'ordre défini et dans les temps impartis.

En fonction des résultats, il sera nécessaire :

- ▶ soit de **faire évoluer le parcours patient** si des éléments paraissent aberrants en comparaison de la réalité (ex. : revoir le responsable d'une tâche dans le parcours patient défini s'il s'avère que, dans la réalité, la tâche est réalisée par une autre personne et fonctionne correctement);
- ▶ soit de **réajuster les étapes du processus qui le nécessitent** (ex. : revoir le processus de signature de sortie si la durée de l'étape « sortie du patient » semble trop importante par rapport à la durée cible de l'étape).

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

3. Généraliser l'approche de « parcours patient » et former le personnel concerné

Le parcours patient « pilote », testé et réajusté, servira de base à la protocolisation d'autres techniques interventionnelles en ambulatoire ; les plus courantes et/ou les plus critiques seront prioritaires.

Les professionnels impliqués dans la prise en charge ambulatoire sont formés à l'appropriation des chemins cliniques *ad hoc*.

4. Mesurer les écarts et revoir régulièrement les processus

En « mode routine », une analyse des écarts aux parcours patient type sera régulièrement mise en place. Les résultats de cette analyse permettront de cibler les écarts les plus fréquents et de mettre en place des plans d'action pour réduire ces écarts.

Compte tenu de l'évolution des pratiques et des organisations, les parcours patients devront être révisés *a minima* une fois par an.

Facteurs clés de succès

- ▶ Information et/ou implication de la structure qualité qui peut apporter une aide méthodologique et être un relai au sein de l'établissement.
 - ▶ Formation du chef de projet à la méthode.
 - ▶ La mesure des temps de prise en charge est une information essentielle pour permettre une planification optimale des interventions en ambulatoire. Elle permet également de cibler les goulots d'étranglement du circuit patient et d'objectiver les temps durant lesquels la présence du patient à l'UCA n'est pas ou plus pertinente (ex. : évaluation du temps où le patient reste à l'UCA dans l'attente de la signature de sortie du praticien).
 - ▶ En commençant par l'élaboration du parcours patient pour un acte bien standardisé (type cataracte), on acquiert de l'expérience pour élaborer des parcours plus complexes.
-

Points de vigilance

- ▶ Cette démarche est au début relativement chronophage (notamment la partie « Mesure et validation des temps de prise en charge »).
- ▶ Il est nécessaire de bien séquencer le circuit du patient pour fiabiliser la localisation des points de blocage (ex. : séparation entre le temps en salle d'opération et le temps en SSPI).

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT

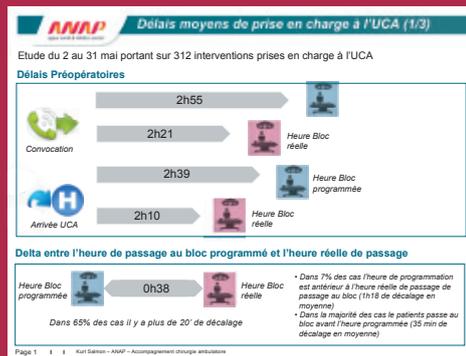
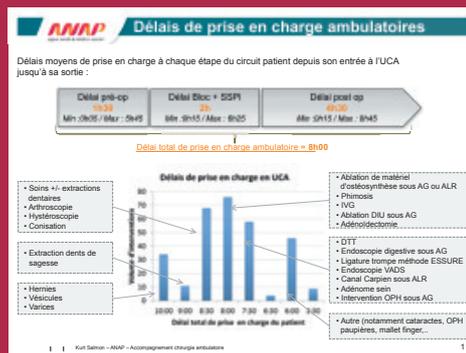
Lors du diagnostic en mai 2012 au GH Tarbes-Lourdes – CH de Bigorre, il avait été constaté que les axes d'amélioration de la prise en charge ambulatoire à l'UCA se situaient essentiellement à la fin de la prise en charge du circuit patient, et avaient pour conséquence de ralentir leur sortie. Certains praticiens avaient cité comme frein au développement de la chirurgie ambulatoire le manque de places à l'UCA, notamment le matin, l'essentiel de l'activité chirurgicale étant concentrée sur ces plages.

Sur la base de ces éléments de diagnostic, le groupe de travail du projet ambulatoire a choisi d'inscrire au plan d'action :

- ▶ L'identification des durées des séjours ambulatoires
- ▶ La mise en place de protocoles de sortie avec les praticiens

Pour permettre aux cadres d'optimiser la planification journalière à l'UCA et d'objectiver les différents freins évoqués en lien avec la sortie du patient, une étude a été menée par l'encadrement de l'UCA du site de Tarbes sur une période de près de deux mois. Les délais de prise en charge ont été mesurés, en préopératoire, peropératoire et postopératoire.

Cette méthode a permis de détecter/comprendre les écarts flagrants aux délais moyens observés et de mettre en place des actions correctives.



64

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Nombre de techniques interventionnelles/pathologies en ambulatoire bénéficiant d'un parcours patient protocolisé
- ▶ Nombre d'évènements indésirables
- ▶ Nombre d'interventions déprogrammés à J0

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Moyen

FICHES RELIÉES

Cette fiche est en lien avec l'ensemble des fiches REX de ce guide.

2.9

Protocoliser la sortie du patient



Préambule

La protocolisation de la sortie du patient consiste notamment à faire s'accorder les chirurgiens et les anesthésistes pour définir et formaliser toutes les étapes de la sortie du patient (responsable de la signature de la sortie, horaire de la signature de la sortie, critères de sortie, etc.).

La sortie est anticipée et les documents à remettre au patient, pour certains avant la sortie (ex. : ordonnances d'antalgiques remises en consultation spécialisée préopératoire) et, pour d'autres, au moment de la sortie (ex. : bulletin de sortie, lettre de sortie, questionnaire de satisfaction), sont listés et formalisés. Ces documents sont mis à disposition des secrétariats de l'UCA.

Objectif

La protocolisation de la sortie a pour objectifs :

- ▶ de diminuer voire éviter le temps d'attente inutile des patients prêts à sortir de l'UCA d'un point de vue médical, tout en assurant une exhaustivité des documents/informations remis au patient lors de sa sortie;
- ▶ d'optimiser la rotation sur les places de l'UCA et donc d'augmenter potentiellement le nombre de patients pris en charge chaque jour à l'UCA;
- ▶ de faire la preuve d'une réflexion commune et partagée sur la mise en place d'une procédure sécurisée.

Méthodologie proposée

1. Recenser les processus actuels de sortie et les problématiques associées

La description du processus de sortie doit permettre de préciser l'ensemble des étapes en répondant aux questions suivantes :

- ▶ **Quoi ?** Recenser les différentes actions du processus de sortie depuis le retour du patient du bloc opératoire jusqu'à la « mise à la rue » (sortie).

- ▶ **Qui ?** Identifier les différents acteurs concernés au cours de chacune des étapes.
- ▶ **Comment ?** Lister pour chacune des étapes l'ensemble des outils à utiliser et/ou documents à renseigner.

Dans cet objectif, plusieurs supports pour la création d'outils sont envisageables, tels que le tableau Excel® ou la mise en page sous forme de logigramme (cf. « Pour aller plus loin »).

Pour chacune des étapes du processus, il est important d'identifier les risques de dysfonctionnement associés à ce processus (ex. : brancardage, délai, calcul de score, signature, codage).

65

2. Définir et formaliser l'outil de décision de sortie

Il est ensuite nécessaire de définir et de formaliser un outil de décision de « mise à la rue » (ex. : check-list de sortie, un score de sortie, une liste de critères de sortie) sur la base d'un consensus anesthésiste-chirurgien (cf. fiche score de sortie de l'UCA en annexes). Si un seul praticien signe la sortie, il est nécessaire que les anesthésistes et les chirurgiens se soient préalablement entendus sur les critères de sortie du patient.

3. Rédiger le protocole de sortie

Une fois les critères de sortie définis, le protocole de sortie peut être rédigé. Parmi les éléments de formalisation des différentes étapes, seront précisés les règles de signature de sortie ainsi que les différents documents à remettre au patient. Ce protocole précise le responsable médical de la signature, mais également à quel moment est effectuée la signature de la sortie (ex. : en milieu de vacation pour éviter une attente inutile du patient et favoriser la rotation des places).

4. Communiquer et former le personnel

En dernier lieu, le personnel médical et paramédical sera accompagné à la mise en œuvre de cette nouvelle procédure par le biais d'une communication adéquate et l'accès à une formation.

|
2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Facteurs clés de succès

La rédaction du processus de sortie implique que la communauté médicale (chirurgiens et anesthésistes), le personnel soignant et le personnel administratif s'entendent sur une organisation homogène et consensuelle permettant ainsi un respect rigoureux par tous de la prise en charge ambulatoire.

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Temps d'attente des patients prêts à sortir d'un point de vue médical
- ▶ Taux de rotation sur les places de l'UCA

Niveau de difficulté généralement constaté

- ▶ Moyen

FICHES RELIÉES

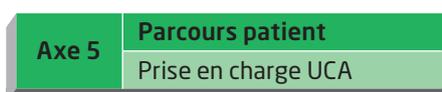
- 2.1** - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire
 - 2.7** - Fluidifier le passage en SSPI
 - 2.8** - Formaliser le parcours patient
 - 2.10** - Mettre en place un score de sortie de l'UCA
 - 2.11** - Optimiser l'hébergement en UCA
 - 2.12** - Mettre en place un salon de sortie
 - 2.13** - Mesurer la satisfaction du patient
 - 2.14** - Mettre en place l'appel du lendemain
 - 2.15** - Assurer la continuité des soins
-

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2.10

Mettre en place un score de sortie de l'UCA



Préambule

Le score de sortie de l'UCA permet de sécuriser la décision médicale d'aptitude à la rue du patient suite à une intervention chirurgicale en ambulatoire.

Il est calculé par l'infirmier sur la base des constantes vitales (ex. : température, pouls, respiration) et des symptômes du patient (ex. : déambulation, nausées et vomissements, douleurs et saignements).

Objectif

L'objectif de la mise en place d'un score de sortie de l'UCA est :

- ▶ de donner aux infirmiers des critères simples, fiables, communs et reproductibles, pour accompagner la décision de sortie d'un patient du secteur ambulatoire ;
- ▶ de fluidifier le parcours patient ;
- ▶ d'anticiper les replis ;
- ▶ de favoriser la rotation sur les places à l'UCA.

Méthodologie proposée

Trois étapes principales sont généralement constatées :

1. Définir un score de sortie

La définition du score de sortie est généralement réalisée sur la base d'un consensus anesthésiste-chirurgien.

Il en existe plusieurs dans la littérature, mais le plus couramment utilisé parmi les 20 établissements est le **score de Chung modifié** (cf. critères et notation indiqués ci-après).

67

Principes de notation et valeur en nombre de points

Constantes vitales	Variation inférieure à 20% par rapport à la valeur initiale	2	Variation comprise entre 20% et 40% par rapport à la valeur initiale	1	Variation supérieure à 40% par rapport à la valeur initiale	0
Déambulation	Marche assurée sans vertiges	2	Marche possible avec assistance	1	Marche non assurée	0
Nausées et vomissements	Absents	2	Modérés	1	Sévères	0
Douleurs	Absentes ou acceptables	2	Modérées	1	Sévères	0
Saignement chirurgical	Minime	2	Modéré	1	Sévère	0

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

68

Le score de Chung est compris entre 0 et 10. Pour valider l'aptitude « à la rue » du patient, le score de Chung doit être **supérieur ou égal à 9**.

Une fois le score de sortie formalisé, il convient ensuite de définir les modalités de calcul du score :

► **À qui s'adresse le score de sortie ?** Dans la majorité des établissements accompagnés, le score de sortie peut s'appliquer à l'ensemble des patients adultes en ambulatoire. Néanmoins, l'anesthésiste peut décider pour une raison quelconque de revoir le patient à la sortie de l'UCA s'il estime qu'un patient le nécessite. Cela n'empêche pas le passage du chirurgien pour la remise des consignes ou d'autres informations.

► **Qui réalise le score ?** À l'UCA, ce sont les infirmiers qui calculent le score de sortie.

► **À quel moment est réalisé le score de sortie ?** Dans une majorité d'établissements, l'anesthésiste donne une heure prévisionnelle de sortie de l'UCA lors de son passage en SSPI. Les infirmiers peuvent donc se baser sur cet horaire prévisionnel pour réaliser le score de sortie. Ce score pourra être recalculé plusieurs fois si nécessaire, en fonction des résultats.

► **Que se passe-t-il une fois que le score de sortie a été réalisé ?**

– Si le score est supérieur ou égal au seuil d'aptitude à la sortie : l'issue dépend de la procédure de remise à la rue qui a été définie :

- Dans la majorité des 20 établissements accompagnés, la validation du score de sortie permet d'abandonner progressivement la double signature pour la sortie de l'UCA : seul un praticien signera la sortie une fois le score de sortie validé. Il s'agit souvent du chirurgien, mais tout autre praticien de la structure est habilité à signer la sortie. Dans ce dernier cas, le patient peut alors être orienté vers le salon de sortie (s'il existe) en attendant le praticien. Il est important de prévoir un bureau pour la visite post-opératoire, qui ne peut pas être réalisée dans le salon de sortie pour des raisons de confidentialité.

- Pour une minorité d'établissements, le score de sortie permet seulement de faire sortir le patient de la chambre pour le placer dans le salon de sortie en attendant le passage du chirurgien et de l'anesthésiste.

– Si le score est inférieur au seuil d'aptitude à la sortie : le praticien responsable du patient peut décider de différer la sortie du patient qui est maintenu en surveillance dans la structure. Une procédure peut être établie pour définir le nombre d'itérations du calcul du score de sortie avant d'envisager la décision médicale du repli du patient en hospitalisation conventionnelle.

2. Intégrer le score dans le dispositif de sortie

Le score doit ensuite être intégré au dispositif de sortie de l'UCA. Pour cela, il sera nécessaire :

► d'inclure (dans le dossier patient papier ou informatisé) une **case à cocher « Sortie de l'UCA sur la base du score d'aptitude à la rue »** ;

► d'ajouter la grille du score de sortie dans la fiche de surveillance/le dossier de soins. Mettre à disposition des infirmiers les **abaques** qui facilitent le calcul du score concernant les paramètres vitaux.

3. Former les infirmiers de l'UCA et les praticiens

La dernière étape consiste à former le personnel paramédical de l'UCA ainsi que l'ensemble des praticiens au nouveau processus.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Exemple de fiche de surveillance (incluant le score de Chung) au CH d'Avignon

69

Facteurs clés de succès

- ▶ Ce dispositif sera sécurisé par des infirmières expérimentées pour détecter tout signe contre-indiquant la sortie d'un patient de l'unité ou nécessitant un avis médical supplémentaire.
- ▶ Le fait d'avoir un responsable médical de l'UCA qui encourage les opérateurs à autoriser des sorties en milieu de programme est un réel atout en complément du score de sortie.
- ▶ Le chirurgien et l'anesthésiste informent le patient lors de la consultation sur le geste réalisé et les éventuelles complications postopératoires.

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Taux de rotation sur les places de l'UCA
- ▶ Temps d'attente postopératoire des patients
- ▶ Taux de replis en hospitalisation complète

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

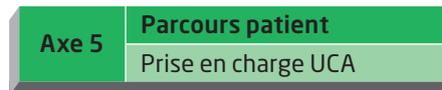
- ▶ Moyen

FICHES RELIÉES

- 2.8 - Formaliser le parcours patient
- 2.9 - Protocoler la sortie des patients
- 2.11 - Optimiser l'hébergement en UCA
- 2.12 - Mettre en place un salon de sortie

2.11

Optimiser l'hébergement en UCA



70

Préambule

À l'inverse des unités d'hospitalisation classiques, une UCA permet, pour les patients ne nécessitant qu'une surveillance postopératoire de courte durée (ex. : cataracte, canal carpien), de prendre en charge plusieurs patients par jour sur une même place. Cet avantage permet d'éviter d'augmenter systématiquement le nombre de places en proportion de l'augmentation de l'activité ambulatoire.

Cette étape d'optimisation de l'hébergement est l'étape préalable à toute augmentation du nombre de places au sein de l'UCA.

Beaucoup d'établissements ont ainsi mis en place une organisation permettant un taux de rotation (rapport du nombre de patients par jour sur le nombre de places installées) supérieur à 1 lorsque la typologie des patients le leur permettait.

L'un des grands principes qui sous-tend cette organisation s'appelle la « **marche en avant** » qui permet de recevoir les patients selon un flux unique continu de telle sorte que le patient ne repasse jamais par une étape préalable au cours de son parcours de prise en charge ambulatoire.

Objectifs

- ▶ Simplifier le parcours du patient.
- ▶ Éviter de faire repasser le patient par le même endroit.
- ▶ Limiter le séjour au strict temps utile et nécessaire.
- ▶ Optimiser la rotation des patients à l'UCA.
- ▶ Augmenter le volume d'activité à capacité égale.
- ▶ Rapatrier à l'UCA l'activité ambulatoire réalisée en hospitalisation complète (activité dite « foraine »).

Méthodologie proposée

Plusieurs étapes sont à mettre en œuvre pour atteindre une organisation fonctionnant avec un flux continu de patients selon le principe de la marche en avant.

Étape 1 : Réaliser un état des lieux de la rotation des patients et identifier les marges de progression.

- ▶ Pour cela l'analyse doit être réalisée sur plusieurs niveaux :
 - Analyse du taux de rotation global pour connaître le niveau d'optimisation possible à l'UCA en général.
 - Analyse du taux de rotation par spécialité pour identifier les spécialités à cibler pour renforcer la communication et connaître leurs difficultés.
 - Distinction du taux de rotation sur lit du taux de rotation sur fauteuil pour identifier les possibilités opérationnelles et organisationnelles facilitant la marche en avant selon le type (arrivée au bloc en fauteuil ou en brancard, patients placés en salon de sortie ou dans une chambre au retour, etc.).

Étape 2 : Analyser les différentes étapes du circuit du patient en ambulatoire au sein de l'établissement de santé et le jour de l'intervention : arrivée, accueil, enregistrement, préparation, transfert préanesthésie, intervention en salle d'opération, sortie de la salle d'opération, passage en Salle de soins post-interventionnelle (SSPI), réhabilitation, évaluation de l'aptitude « à la rue », prise en charge par l'accompagnant.

Étape 3 : Identifier les points de blocage éventuels dans le circuit qui empêchent un taux de rotation cible fixé en fonction du case-mix.

Étape 4 : Trouver et mettre en œuvre les pistes de solutions adaptées à la structure en fonction des problématiques rencontrées.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Pistes à explorer :

- ▶ **Piste 1** : Organiser la prise en charge de l'activité externe (qui ne relève pas d'une structure de chirurgie ambulatoire) en dehors de l'UCA.
- ▶ **Piste 2** : Organiser deux circuits de prise en charge au sein de l'UCA : circuit court/circuit long :
 - Mesurer les délais de prise en charge par intervention,
 - Identifier un volume d'actes par délai des prises en charge, par exemple :
 - Les prises en charge de moins de trois à quatre heures,
 - Les prises en charge de cinq à six heures,
 - Les journées complètes;
 - Répartir l'activité dans les deux circuits.
- ▶ **Piste 3** : Réduire les temps de prise en charge préopératoires des patients
 - Sécuriser l'ordre de passage au bloc pour :
 - ajuster l'heure de convocation des patients (<2h);
 - supprimer les temps d'attente avant le passage au bloc.
- ▶ **Piste 4** : Réduire les temps de prise en charge postopératoire des patients :
 - Adapter les temps de surveillance postopératoire aux stricts besoins des patients en SSPI et/ou à l'UCA.
 - Mettre en place un salon de sortie.

- Ne pas faire attendre le patient inutilement (signature sortie, signature anticipée).

- ▶ **Piste 5** : Augmenter l'amplitude d'ouverture de l'UCA.

Étape 5 : Réévaluer le taux de rotation selon une fréquence préalablement définie

Facteurs clés de succès

- ▶ Formalisation de l'ensemble des procédures UCA réalisée et suivie.
 - ▶ Nécessité de conditions architecturales minimales pour structurer un circuit patient efficace.
-

Point de vigilance

Pour mettre en place la marche en avant, il est nécessaire d'avoir des locaux adaptés.

71

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : LE FLUX UNIQUE OU « MARCHÉ EN AVANT »

À la clinique de la Sauvegarde, à Lyon, les box ne sont pas attribués à un patient en particulier (les patients ne passent pas systématiquement dans un box mais selon leur état). Le processus de marche en avant est le suivant :

- ▶ Le patient est pris en charge à l'UCA par une infirmier (entretien d'accueil).
- ▶ Il se change dans un vestiaire qui contient une armoire fermant à clé, puis attend dans un salon pré-opératoire.
- ▶ Il est amené par le brancardier pour être installé sur

un brancard, puis part au bloc opératoire.

- ▶ En retour de bloc, deux possibilités :
 - Soit le patient est apte à marcher en sortie de SSPI : il retourne se changer au vestiaire (accompagné d'un brancardier),
 - Soit le patient n'est pas apte : il est conduit dans un box pour surveillance. Une fois le score de sortie atteint (type score de Chung), il est apte à retourner au vestiaire pour se changer ;
- ▶ Le patient prêt à quitter la structure attend le praticien dans le salon de sortie.

|
2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Taux de rotation = nombre de patients pris en charge à l'UCA divisé par le nombre de places ouvertes multiplié par le nombre de jours d'ouverture de l'UCA.
- ▶ Délais de prise en charge préopératoire (arrivée, bloc) et délais postopératoires (sortie SSPI, « mise à la rue »)
- ▶ Temps d'attente du patient à chaque étape du circuit

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

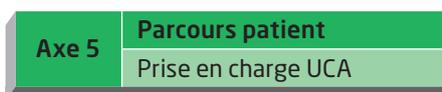
- ▶ Fort
- ▶ Les conditions architecturales peuvent être un frein à l'organisation physique d'un circuit efficace

FICHES RELIÉES

- 2.4** - Fluidifier l'amont de la prise en charge
 - 2.5** - Choisir un type de structure
 - 2.6** - Intégrer l'ambulatoire dans la planification et la programmation du bloc opératoire
 - 2.7** - Fluidifier le passage en SSPI
 - 2.8** - Formaliser le parcours patient
 - 2.10** - Mettre en place un score de sortie de l'UCA
 - 2.12** - Mettre en place un salon de sortie
-

2.12

Mettre en place un salon de sortie



Préambule

Le salon de sortie, appelé également salon d'aptitude ou d'autonomie à la rue, salon de repos ou salon de présortie, est un espace aménagé au sein de l'unité d'ambulatoire, composé de sièges ou de fauteuils et dans lequel les patients qui ont été opérés sont installés dès que leur état clinique le permet (obtention du score de sortie ou de remise à la rue).

Le salon de sortie peut être directement utilisé au retour du bloc opératoire ou après un passage dans un lit ou une place de l'UCA.

Objectif

La mise en place d'un salon de sortie doit permettre :

- ▶ de réduire le temps inutile d'occupation des places d'UCA par les patients ;
- ▶ d'augmenter le nombre de patients pris en charge à l'UCA sans augmenter le nombre de places disponibles, donc améliorer le taux de rotation sur les places ;
- ▶ d'anticiper l'activité de nettoyage des chambres/box de l'UCA pour les équipes du service.

Méthodologie proposée

1. Définir avec le cadre de l'UCA et les praticiens la typologie de patients pouvant entrer dans le salon de sortie

Il s'agit de répondre aux questions suivantes :

- ▶ **Quels gestes?** Ex. : Hospitalisation en demi-journée, gestes peu douloureux.
- ▶ **Quels critères relatifs au patient?** Ex. : Âge (enfants, adultes, personnes âgées), mobilité.
- ▶ **À quel moment?** Ex. : Combien de temps après la sortie de SSPI?

- ▶ **Pour quels créneaux horaires de passage au bloc?** L'objectif du salon de sortie étant de permettre une rotation sur les places de l'UCA, il est intéressant de placer un patient dans le salon de sortie si sa place à l'UCA est réutilisée dans la journée (ex. : patients du matin) ou si le nettoyage de sa chambre/box peut être anticipé.

2. Définir les besoins capacitaires et la surface nécessaire du salon de sortie

En prenant en compte l'activité actuelle et les perspectives d'évolution des gestes pris en charge en ambulatoire, il est possible d'évaluer le nombre de patients par jour qui pourront se trouver simultanément dans le salon de sortie.

À titre d'exemple, une UCA polyvalente de 15 à 20 places qui ne dispose pas encore de salon de sortie pourrait imaginer dédier dans un premier temps 4 à 5 fauteuils pour créer son salon de sortie.

Selon les besoins définis en termes de places, il s'agit ensuite de prévoir la surface nécessaire au salon de sortie. S'il s'agit d'une nouvelle UCA dans un bâtiment neuf, une pièce spécifique peut être construite selon les besoins de l'UCA.

Dans la mesure du possible, le salon de sortie sera localisé en face de la salle de soins de l'UCA afin de faciliter la surveillance des patients par le personnel paramédical.

En règle générale, pour des raisons de surveillance et de flux de patients, le salon de sortie n'est pas mutualisé avec la salle d'attente de l'UCA. De plus, cette configuration irait à l'encontre du principe de marche en avant qui consiste à construire un parcours patient dans lequel le patient ne revient pas dans un même lieu mais avance tout au long de sa prise en charge ambulatoire.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Par ailleurs, il est important de prévoir un bureau fermé, à proximité du salon de sortie, dans lequel l'opérateur pourra procéder à la sortie médicale du patient (retour sur l'intervention, consignes postopératoires, prochain rendez-vous le cas échéant, etc.). Pour des raisons de confidentialité, la contre-visite médicale ne peut pas être réalisée dans le salon de sortie.

3. Définir la nouvelle organisation

La mise en place d'un salon de sortie nécessite de revoir la prise en charge postopératoire du patient :

- ▶ Lorsque l'IDE calcule le score de sortie de l'UCA et qu'il permet d'envisager la sortie du patient apte à la rue, le patient quitte sa chambre (ou box) avec ses affaires et est accompagné dans le salon de sortie.
- ▶ Dès lors, la chambre (ou le box) peut être nettoyée et réutilisée.
- ▶ Le patient est installé sur un fauteuil du salon de sortie, une collation peut lui être servie s'il ne l'a pas déjà reçue dans sa chambre.
- ▶ L'IDE lui explique qu'il restera à cette place jusqu'à l'éventuelle contre-visite du chirurgien et/ou de l'anesthésiste et l'arrivée de son accompagnant.

- ▶ L'IDE vérifie que le chirurgien et/ou l'anesthésiste a signé la sortie du patient.
- ▶ Si le praticien a besoin de revoir le patient avant sa sortie pour un entretien médical, il peut être nécessaire qu'il ait accès à un bureau médical fermé, à proximité du salon de sortie.
- ▶ L'IDE prévient l'accompagnant que le patient est sortant et accompagne ce dernier dans le salon de sortie. Le patient peut alors quitter le service.

4. Aménager le salon de sortie

La majorité des établissements aménagent des locaux existants pour créer un salon de sortie. Il est possible d'utiliser une chambre d'hospitalisation ou un bureau pour le transformer en salon de sortie. Dans ce cas, il s'agit d'une pièce fermée qu'il faudra aménager pour que le personnel puisse voir facilement les patients (porte ouverte, fenêtre intérieure, etc.). S'il s'agit d'un espace ouvert (ex. : grand hall d'entrée dans le service), il est nécessaire de l'aménager pour assurer un minimum de confidentialité aux patients (cloisons, paravents, plantes, etc.) et rendre le salon de sortie agréable.

74

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : CRÉATION D'UN SALON DE PRÉSORTIE

La polyclinique Kennedy à Nîmes, à l'occasion du déménagement et de l'agrandissement de son UCA (passant de 18 à 22 places), a créé un salon de présortie en aménageant une chambre d'hospitalisation existante. Ce salon a été repeint dans des couleurs vives et différentes des autres chambres de l'UCA, il est composé de quatre fauteuils avec tablettes pour servir la collation aux patients et d'une télévision. La salle de bains existante a été transformée en toilettes. Ce salon de présortie est situé en face de la salle de soins ; ainsi le personnel soignant à proximité peut surveiller les patients et accueillir les accompagnants.



5. Communiquer auprès de l'équipe de l'UCA et des praticiens sur l'ouverture du salon de sortie et sa nouvelle organisation

La mise en place d'un salon de sortie peut provoquer certaines réticences de la part des équipes de l'UCA (soignantes ou médicales) car elle modifie les habitudes de prise en charge des patients (le patient n'est plus dans un lit/sur une place ni dans une chambre/un box). Afin d'assurer la bonne utilisation du salon

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

de sortie, il est indispensable de partager avec l'ensemble des acteurs de l'UCA sur le nouveau fonctionnement et les règles d'utilisation du salon de sortie.

6. Adapter le Ssystème d'Information à l'ouverture du salon de sortie

Dans certains établissements, il peut être nécessaire d'effectuer des ajustements sur le logiciel de gestion des lits ou de localisation des patients à l'UCA. En effet, il faut déclarer le salon de sortie comme nouveau lieu de prise en charge et s'assurer qu'il est possible d'y placer autant de patients que de fauteuils installés.

Sinon, il peut arriver que l'admission du deuxième patient à la même place à l'UCA soit rendue impossible tant que le premier n'est pas sorti définitivement de l'établissement.

Facteurs clés de succès

- ▶ Solliciter l'avis du personnel de l'UCA pour aménagement du salon de sortie afin de le rendre confortable et agréable. Tout comme dans une salle d'attente, quelques aménagements, généralement simples à mettre en œuvre, peuvent rendre ce lieu agréable : fauteuils confortables, peinture neuve et lumineuse, paravents pour assurer l'intimité des patients s'il s'agit d'un lieu ouvert sur l'entrée de l'unité, fontaine à eau ou machine à café en libre-service, poste de télévision, tablettes pour prendre la collation, etc.

Point de vigilance

Si l'établissement fait le choix de mettre en place un salon de sortie, il doit se donner le temps de l'appropriation de ce dernier par les équipes. En effet, le salon de sortie ne faisant pas partie du circuit patient « classique », il est nécessaire de laisser les équipes intégrer ce nouveau concept avant de conclure sur son éventuel non-utilité.

75

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : LE SALON DE SORTIE ÉTENDU AUX UNITÉS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE

Le salon de sortie n'est pas nécessairement spécifique à la chirurgie ambulatoire et peut être décliné pour d'autres services de l'hôpital. Pour en savoir plus, consulter le retour d'expérience du CH de Martigues qui a ouvert un salon de sortie pour améliorer la gestion des flux patients de ses unités d'hospitalisation complète :

http://www.performance-en-sante.fr/fileadmin/user_upload/UDT_SEPT2011/PDF/Presentations/Depeches_APM/Ateliers_REX/1_Un_salon_de_sortie_cree_au_CH_de_Martigues_pour_mieux_reguler_les_flux_des_patients.pdf

<http://www.etatsgenerauxsanteregions.fr/wp-content/uploads/2012/10/38-CH-Martigues.pdf>

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Taux de rotation sur les places de l'UCA
- ▶ Temps d'occupation moyen des places d'UCA en post-opératoire
- ▶ Taux de satisfaction des patients
- ▶ Taux de satisfaction du personnel de l'UCA

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Moyen (voire élevé dans le cas de contraintes architecturales fortes)

FICHES RELIÉES

- 2.8 - Formaliser le parcours patient
- 2.9 - Protocoliser la sortie des patients
- 2.10 - Mettre en place un score de sortie de l'UCA
- 2.11 - Optimiser l'hébergement en UCA
- 2.13 - Mesurer la satisfaction du patient

2.13

Mesurer la satisfaction du patient

Axe 4	Pilotage et outils
Axe 5	Parcours patient
	Sortie

Préambule

L'évaluation de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire pour les établissements de santé (prise en compte des résultats dans la certification). Elle s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des services offerts par ces établissements (en revanche, la chirurgie ambulatoire n'entre pas dans la campagne de généralisation de l'indicateur I-SATIS).

En outre, la DGOS (cf. Instruction du 27/12/2010) a souligné la nécessité de réaliser cette évaluation auprès de patients ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire. Il s'agit de prendre en compte la perception du patient quant à la qualité des soins mais aussi quant à l'organisation spécifique de ce type de prise en charge.

Objectifs

L'évaluation de la satisfaction du patient en chirurgie ambulatoire permet :

- ▶ de décrire la prise en charge propre à l'ambulatoire du point de vue du patient ;
- ▶ d'identifier les dysfonctionnements ;
- ▶ de cibler les mesures correctives (qualitatives et/ou organisationnelles) à mettre en place.

Méthodologie proposée

L'utilisation d'un questionnaire de satisfaction est l'outil le plus souvent utilisé par les établissements de santé. Parmi les établissements du panel, douze ont adopté la méthode d'élaboration suivante :

1. Définir le contenu du questionnaire

Pour travailler sur ce sujet, il est conseillé de constituer un groupe de travail incluant le cadre, le coordonnateur et le personnel de l'UCA, ainsi qu'un représentant du service de la qualité et de la gestion des risques. Le modèle de questionnaire peut être communiqué à la Commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Les items du questionnaire peuvent être organisés :

- ▶ en suivant chronologiquement le parcours du patient :
 - **Consultation préopératoires** : Ex. : utilité et clarté de l'information délivrée lors des consultations chirurgicale et anesthésique.
 - **Appel de la veille** : Ex. : qualité de l'information, capacité d'écoute de l'interlocuteur.
 - **Accueil du patient et prise en charge à l'UCA** : Ex. : accès, accueil, compétence et disponibilité du personnel de l'UCA, écoute, respect de l'intimité, qualité de la collation.
 - **Intervention** : Ex. : prise en charge, accompagnement, écoute, identification des acteurs impliqués, douleur.
 - **Surveillance à l'UCA et sortie** : Ex. : douleur, utilité et clarté des explications sur le retour à domicile, qualité du salon de sortie.
- ▶ en suivant le service rendu au patient :
 - **Information reçue avant et après l'intervention.**
 - **Personnel soignant** : Ex. : disponibilité, écoute, organisation.
 - **Personnel médical** : Ex. : disponibilité, écoute, organisation.
 - **Qualité de la prise en charge** : Ex. : attente, angoisse, confort, froid, délai.

L'échelle de réponses conseillée est la suivante :

- ▶ Très satisfaisant
- ▶ Satisfaisant
- ▶ Peu satisfaisant
- ▶ Pas du tout satisfaisant
- ▶ Ne se prononce pas (NSP)

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2. Définir les modalités de l'enquête de satisfaction

Dans la majorité des établissements accompagnés, la satisfaction est évaluée en « routine » (c'est-à-dire évaluation systématique de tous les patients pris en charge à l'UCA à leur sortie) selon deux modes préalablement choisis :

- ▶ Un questionnaire papier remis au patient soit par le secrétariat au moment de l'entrée, soit par l'infirmier au moment de la sortie. Le patient le rend complété à sa sortie de l'UCA.
- ▶ Une enquête téléphonique effectuée lors de l'appel du lendemain.

Les principales forces et faiblesses des deux modalités, perçues par les établissements accompagnés, sont listées ci-dessous

	Forces	Faiblesses
Questionnaire papier à la sortie de l'UCA	- Réponses anonymes donc plus « sincères »	- Taux de réponse relativement faible - Temps de saisie des réponses (relecture, etc.) - Besoin de mise en place d'une communication vis-à-vis des patients pour les inciter à remplir le questionnaire
Enquête lors de l'appel du lendemain	- Taux de réponse très élevé - Réponses pouvant être directement saisies dans un outil d'analyse de données (du type Excel®, ou Access®)	- Durée de l'appel du lendemain allongée - Réponses non anonymes et donc plus difficilement « sincères »

77

Les deux modalités nécessitent un temps d'analyse statistique.

3. Définir les modalités de traitement et d'analyse du questionnaire

- ▶ En fonction du mode d'administration choisi, il est nécessaire de définir comment les questionnaires seront traités et par qui :
- ▶ **Saisir les réponses** anonymisées dans un logiciel adapté (type Excel® ou Access®) : cette tâche peut être réalisée par la secrétaire de l'UCA par exemple.
- ▶ **Traiter les données** : cette tâche peut être réalisée par le cadre, ou la secrétaire de l'UCA en fonction des compétences statistiques et informatiques des agents.
- ▶ **Analyser et présenter les résultats (par exemple sous forme de tableaux, graphiques)** : mettre en évidence des résultats significatifs. Cette tâche est souvent réalisée par le cadre de l'UCA.
- ▶ **Communiquer les résultats et proposer des actions correctrices si nécessaire** : en principe, le cadre communique les résultats de l'enquête, via une instance de type comité de chirurgie ou autre, et / ou directement au personnel concerné, à la CRUQPC. En fonction des résultats, des actions correctrices ciblées pourront être envisagées.

4. Tester et réajuster le questionnaire

Une fois le questionnaire et les modalités d'analyse définis, il est indispensable de tester le questionnaire sur une dizaine de patients *a minima*. Cela permettra de repérer des incohérences dans le contenu et dans le déroulé du questionnaire. Ce test permet également de vérifier que le questionnaire ne nécessite pas un temps d'administration et de traitement trop important, auquel cas le questionnaire devra être restructuré et allégé.

Les résultats des études de satisfaction menées parmi les 20 établissements de santé du projet ont montré que la satisfaction des patients pris en charge en ambulatoire est élevée. Les principaux critères à l'origine de ce niveau de satisfaction élevé sont :

- ▶ des délais d'attente courts avant l'intervention ;
- ▶ une information en pré et postopératoire suffisante ;
- ▶ un environnement du service convivial ;
- ▶ un contrôle de la douleur postopératoire bon ;
- ▶ un suivi par téléphone effectué le lendemain de l'intervention.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

5. Généraliser le questionnaire

Pour finir, le questionnaire est généralisé, selon le mode d'administration :

- ▶ **Questionnaire papier à la sortie de l'UCA** : il sera nécessaire d'organiser, en lien avec le personnel de l'UCA, la remise des questionnaires au patient avant sa sortie, et de disposer ou de distribuer les questionnaires en lieu et heure adéquats. Le recueil de ces questionnaires devra également être organisé (boîte aux lettres à la sortie de l'UCA, corbeille, etc.).
- ▶ **Questionnaire administré lors de l'appel du lendemain** : le personnel en charge de l'appel du lendemain est formé et le dispositif de recueil des données est mis en place.

Facteurs clés de succès

Privilégier les questions fermées (avec réponse par oui ou non) qui facilitent la réponse et le traitement de l'information.

Points de vigilance

- ▶ Ne pas créer un questionnaire trop long.
- ▶ Éviter de proposer une grille de réponses de 1 à 10 (qui implique un temps de réponse plus long de la part du patient).
- ▶ Éviter un nombre de réponses impair (qui permettent de répondre à la question « au milieu », sans se positionner).
- ▶ Les taux de satisfaction constatés sont généralement plus élevés en ambulatoire que dans le reste de l'établissement (la prise en charge étant très organisée). Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'amélioration à apporter au parcours patient en chirurgie ambulatoire.

78

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : ENQUÊTE DE SATISFACTION LORS DE L'APPEL DU LENDEMAIN

Au centre hospitalier d'Avignon, le questionnaire de satisfaction est administré par les infirmiers de l'UCA lors de l'appel du lendemain. Les questions mesurant la satisfaction des patients ne sont pas très nombreuses (évaluation du temps d'attente avant et après l'intervention, qualité de la nourriture, niveau de confort et de confidentialité, attitude du personnel soignant,

préférence ambulatoire/hospitalisation d'une nuit après l'intervention). Le fait d'inclure l'administration du questionnaire de satisfaction à l'appel du lendemain n'ajoute donc pas une charge trop importante au personnel soignant et garantit un taux de réponse très élevé au questionnaire (et donc une représentativité importante de l'avis des patients).

Indicateur le plus fréquemment constaté dans les 20 établissements

- ▶ Taux de patients satisfaits

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Faible

FICHES RELIÉES

- 2.1** - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire
- 2.3** - Mettre en place l'appel de la veille
- 2.14** - Mettre en place l'appel du lendemain
- 2.19** - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoire

2.14

Mettre en place l'appel du lendemain

Axe 5	Parcours patient
	Appel du lendemain

Préambule

L'appel du lendemain est un entretien téléphonique réalisé auprès du patient ambulatoire en suivi immédiat après son retour au domicile (habituellement réalisé dans les 48 heures suivant son intervention). «Il permet [...] de réitérer les consignes post-opératoires, de s'assurer de leur suivi (par exemple suivi des douleurs postopératoires, tolérance à la nourriture, capacité de déambulation, état d'anxiété) et de vérifier que le patient ne présente pas d'effets indésirables devant nécessiter une ré-hospitalisation»⁸. Sa mise en œuvre est facilitée lorsque cet appel s'appuie sur une check-list⁹.

Objectifs

L'appel du lendemain a pour objectifs de :

- ▶ rassurer le patient;
- ▶ compléter la prise en charge hospitalière du patient ou le réorienter en cas de besoin;
- ▶ suivre et évaluer la qualité de prise en charge ambulatoire, notamment vérifier que le patient ne présente pas de douleur, saignements, vomissements, etc. afin d'y apporter éventuellement des réponses satisfaisantes;

- ▶ réaliser des études statistiques sur les gestes à risque postopératoires;
- ▶ mesurer la satisfaction du patient de son séjour en ambulatoire si cela n'a pas été réalisé par le biais d'un questionnaire remis en fin de journée d'hospitalisation (cf. fiche « 2.13 Mesurer la satisfaction du patient »).

Méthodologie proposée

1. Définir le contenu de l'appel

Le contenu de l'appel du lendemain est formalisé par l'équipe sous forme d'un guide ou d'une check-list. En général, l'appel du lendemain inclut les étapes suivantes :

- ▶ Évaluer l'état médical du patient.
- ▶ Réorienter le patient en cas de besoin.
- ▶ Évaluer la satisfaction du patient.
- ▶ Répondre aux questions éventuelles du patient.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Exemple de check-list d'appel du lendemain du centre hospitalier de Martigues

	LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	U.C.A
---	---------------------------------	--------------

Etiquette du patient	CHECK LIST APPEL DU LENDEMAIN
----------------------	--------------------------------------

Date :/...../..... Nom de l'IDE :

Heures : 1^{er} Appel Absent Message laissé
 2^{ème} Appel Absent Doit rappeler
 3^{ème} Appel Absent

	OUI	NON
I- ETAT PHYSIQUE : - A passé une bonne nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II- DOULEUR EN RAPPORT AVEC L'INTERVENTION - Permanente - Occasionnelle - Provoquée par :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
III- PRISE D'ANTALGIQUES - Systématique - En cas de douleur - Respect de la posologie - Efficacité - Si non, avez-vous eu recours à d'autres médicaments - Si oui, lesquels : - Automédication - Ordonnance du médecin traitant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
IV- MANIFESTATIONS SECONDAIRES EN LIEN AVEC L'INTERVENTION - Pansement souillé - Œdème - Saignement - Autres :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VI- DIVERS :
.....
.....
.....

Dossier IDE4

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2. Préciser les modalités de réalisation de l'appel du lendemain

Le processus d'appel du lendemain est élaboré en groupe projet, formalisé et diffusé. La réponse aux questions qui suivent peut faciliter sa réalisation.

- ▶ **Est-ce un appel ciblé ou systématique?** Un appel du lendemain ciblé sur certains gestes limite la charge de travail associée dans un contexte de ressources limitées à l'UCA :
 - L'appel peut être ciblé sur des gestes développés récemment en ambulatoire par les chirurgiens.
 - L'appel peut être réalisé sur l'ensemble des patients de chirurgie ambulatoire à l'exception de ceux ayant subi une intervention qui ne nécessite pas un appel du lendemain (par exemple, pour un geste qui implique une consultation chirurgicale le lendemain ou le surlendemain de l'opération).
- ▶ **Qui réalise l'appel?** L'appel du lendemain est généralement réalisé par une infirmier de l'UCA. Dans certains cas, cet appel est réalisé par le cadre de l'UCA. Pour certaines prises en charge, l'établissement peut faire le choix de ne pas appeler les patients pour des raisons de confidentialité, par exemple pour les IVG. Dans ce cas, ce sont les patientes qui contactent directement l'UCA.
- ▶ **Sur quel téléphone appeler le patient?** L'UCA peut contacter le patient, avec son accord, soit sur son téléphone fixe soit sur le portable (ce qui peut être plus coûteux que le fixe, mais assure un meilleur respect de la confidentialité, il présente un taux plus élevé de réponse et permet de laisser des messages qui seront statistiquement plus écoutés).
- ▶ **Quelle ligne téléphonique est utilisée à l'UCA?** Afin de ne pas emboliser la ligne téléphonique de l'UCA (dédiée principalement au bloc), il peut être nécessaire de mettre en place une ligne dédiée aux appels du lendemain (et de la veille le cas échéant).
- ▶ **À quel moment est réalisé l'appel pour les interventions du vendredi?** Idéalement un dispositif devrait être mis en place le samedi matin, mais dans la majorité des 20 établissements suivis, les patients sont contactés le lundi suivant.

- ▶ **Quelle est la procédure en cas de non-réponse du patient?**
Il est possible de réitérer l'appel (nombre de fois à déterminer dans le processus) et de laisser un message sans porter atteinte au secret professionnel (de préférence sur un téléphone portable).
- ▶ **Quel est le discours à tenir si un tiers répond à l'appel?**
En aucun cas, la personne qui réalise l'appel du lendemain n'est autorisée à divulguer des informations personnelles à un tiers. Cependant, il est nécessaire de formaliser le discours à tenir dans le cas où un proche répond à l'appel du lendemain et demande éventuellement des informations sur l'interlocuteur ou sur l'intervention réalisée.
- ▶ **L'information est-elle tracée?** Afin d'évaluer et de réajuster le processus de prise en charge ambulatoire, il est important de tracer l'appel et l'information recueillie (ex. : la check-list est complétée et intégrée dans le dossier du patient).

Ces modalités devront également figurer dans la check-list ou la trame de l'appel du lendemain.

81

3. Informer le patient de la procédure, notamment dans le « passeport ambulatoire »

Afin de rassurer le patient sur la prise en charge ambulatoire et de le prévenir qu'il sera appelé à J+1, la procédure de l'appel du lendemain doit être explicitée de manière orale et inscrite dans le passeport ambulatoire.

4. Évaluer la charge de travail associée (temps moyen par appel)

5. Former le personnel concerné

Suite à la formalisation de ce processus, il est nécessaire de former la/les personne(s) identifiée(s) pour accomplir cette tâche et d'expliquer la nouvelle procédure aux praticiens (qui pourront communiquer sur ce dispositif lors de la consultation préopératoire afin de rassurer le patient sur sa prise en charge).

6. Suivre les résultats de cet appel dans le tableau de bord de l'UCA

En fonction des résultats de l'appel du lendemain, il pourra être nécessaire de revoir les informations données au patient lors des consultations préopératoires et/ou de réajuster les protocoles médicaux le cas échéant.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Facteurs clés de succès

Renouveler au patient l'information concernant cet appel avant sa sortie afin de limiter les appels non aboutis ou les inquiétudes. Revoir éventuellement le contenu et le format de l'appel si celui-ci apparaît trop chronophage pour les équipes. Il est préférable que cet appel soit réalisé par un soignant afin de pouvoir répondre plus facilement, le cas échéant, à des questions d'ordre sanitaire.

Point de vigilance

Le processus d'appel du lendemain étant chronophage, il est important de dimensionner la charge de travail que représente cet appel.

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : MISE EN PLACE D'UN APPEL DU LENDEMAIN CIBLÉ

La clinique Jules-Verne à Nantes, qui dispose d'une très grande unité de chirurgie ambulatoire (plus de 100 patients par jour), a fait le choix de mettre en place un appel du lendemain ciblé et non systématique. Les critères de sélection des patients appelés sont définis au préalable : l'ensemble des patients pris en charge pour des gestes nouveaux en ambulatoire (vésicules,

hernies, chirurgie de l'épaule, etc.), les patients dont le séjour à l'UCA a été compliqué (douleurs, vomissements, enfant agité, etc.) ainsi que certains autres patients tirés au sort.

Le suivi des appels fait l'objet d'un tableau de bord et une analyse est réalisée par le cadre de l'UCA tous les 100 patients appelés.

82

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Taux de satisfaction des patients
- ▶ Nombre de patients qui se présentent aux urgences à J+1

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Moyen

FICHES RELIÉES

- 2.1** - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire
- 2.8** - Formaliser le parcours patient
- 2.13** - Mesurer la satisfaction du patient
- 2.15** - Assurer la continuité des soins
- 2.19** - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoire

2.15

Assurer la continuité des soins



Préambule

Assurer la continuité des soins est une obligation réglementaire; dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins en dehors de ses heures d'ouverture, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement.

La structure de chirurgie ambulatoire met en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires au suivi et/ou à la prise en charge du patient après sa sortie de l'unité d'ambulatoire. Pour ce faire, elle informe le patient et se coordonne avec les professionnels de santé du domicile du patient (ex. : médecin traitant, IDE libéral[e]).

Les différents cas possibles de relation d'un patient pris en charge en chirurgie ambulatoire après sa sortie sont notamment :

- ▶ la consultation chirurgicale postopératoire au sein de l'établissement ou en ville;
- ▶ les soins postopératoires par une infirmier libérale (ex. : pansements, prise en charge de la douleur);
- ▶ les complications postopératoires survenues après la sortie du patient nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé, notamment le médecin traitant;
- ▶ les interrogations ou inquiétudes du patient qui peut appeler l'établissement (au numéro qui lui a été communiqué lors de sa sortie), le 15 ou son médecin traitant.

Trois éléments notamment concourent à la continuité des soins :

- ▶ L'information du patient et la remise d'un bulletin de sortie.
- ▶ L'appel du lendemain.
- ▶ La coordination avec les partenaires extérieurs (ex. : médecin traitant, infirmier[ère] libéral[e]).

Objectifs

- ▶ Prévenir les complications postopératoires.
- ▶ Éviter les réhospitalisations inutiles ou le retour du patient par les urgences (au sein de l'établissement ou dans une autre structure).
- ▶ Rassurer le patient sur le retour à domicile et la première nuit.
- ▶ Rassurer les praticiens (de l'établissement et de ville) sur la prise en charge ambulatoire et encourager la prise en charge de gestes nouveaux en ambulatoire.
- ▶ Renforcer les liens entre l'unité de chirurgie ambulatoire et son environnement (notamment diffuser l'information sur ce type de prise en charge).

Méthodologie proposée

1. Informer le patient et lui remettre un bulletin de sortie

Au préalable, l'information du patient concernant les différentes étapes de sa prise en charge ambulatoire doit être la plus complète possible.

Il est notamment important de l'informer au cours de la consultation de chirurgie et/ou d'anesthésie que sa prise en charge peut nécessiter l'intervention d'un autre professionnel de santé après son retour à domicile (ex. : infirmier, kinésithérapeute, médecin traitant). Cela permet au patient d'anticiper sa sortie en identifiant et choisissant lesdits professionnels susceptibles d'intervenir à son domicile.

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Avant son départ de la structure ambulatoire, il est remis au patient un bulletin de sortie. «Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins» (cf. article D. 6124-304 du CSP).

L'élaboration de la trame d'un bulletin de sortie peut être menée en :

► **recueillant les documents de sortie actuels**

Pour certaines spécialités qui s'appuient déjà sur un document de sortie des patients de l'UCA, celui-ci pourra servir de base pour alimenter le bulletin de sortie type. Il est donc nécessaire de recueillir tous les documents existants et d'en étudier le contenu avant de se lancer dans l'étape de formalisation d'un bulletin type;

► **intégrant les éléments réglementaires (cf. supra)**

Lors de cette étape de définition du contenu du bulletin de sortie type, il s'avère important d'impliquer des représentants des principales spécialités intervenant en ambulatoire, ainsi qu'une infirmier et la cadre de l'UCA afin de recenser les besoins de chacun.

2. Assurer la continuité des soins au sein de l'établissement

Au cours du suivi postopératoire ou après le retour du patient à domicile, il est important pour le personnel soignant de l'établissement de connaître la conduite à tenir en cas de complication. Pour cela, de nombreux établissements les formalisent par écrit, par exemple sous forme d'arbres décisionnels (cf. encadré de la page suivante), en suivant ces différentes étapes :

► **Définir quel(s) numéro(s) de téléphone est (sont) donné(s) aux patients ambulatoires dans le livret d'accueil ou « passeport ambulatoire » en cas de complication postopératoire ou de question après le retour à domicile et dans le bulletin de sortie (cf. décret du 20 août 2012)**

- En journée et pendant les heures d'ouverture de la structure, il s'agit généralement du numéro de l'unité de chirurgie ambulatoire.
- La nuit et le week-end, il peut s'agir soit du numéro du service des urgences si l'établissement en dispose, soit du service d'hospitalisation de la spécialité concernée.

Dans tous les cas, il est préférable de ne pas donner uniquement le numéro du standard de l'établissement et il est nécessaire que les interlocuteurs soient informés des gestes pris en charge en ambulatoire, même s'ils ne travaillent pas dans cette unité.

Il est souhaitable que le patient soit directement mis en relation avec un soignant qui pourra réaliser une première évaluation clinique du patient par téléphone.

► **Formaliser des arbres décisionnels ou la conduite à tenir par spécialité ou par geste**

- Lister les questions à poser au patient par téléphone (ex. : nom, prénom, âge, date d'intervention, chirurgien référent, motif de l'appel).
- Identifier avec les praticiens les complications postopératoires les plus courantes par geste (douleur, fièvre, saignement, nausées, etc.) et la conduite à tenir dans chacun des cas (repos, prise d'antalgiques, rappel si douleur ou saignement persistant, le soignant appelle le praticien, le patient doit venir dans l'établissement, le patient peut attendre le lendemain pour prendre un rendez-vous de consultation, etc.).
- Construire les arbres décisionnels avec les praticiens.

► **Former les personnels qui devront les utiliser** (le personnel de nuit et de l'unité de chirurgie ambulatoire) et mettre les supports à disposition des services

► **Suivre les appels reçus** et remonter l'information à l'unité de chirurgie ambulatoire (ex. : nombre d'appels reçus, motifs, réponse apportée au patient, praticien informé)

L'idéal est de tenir à disposition le dossier du patient, dans lequel figure la trace de la prise en charge et du geste effectué, ainsi que les traitements éventuels associés. Est tracé dans ce dossier l'appel du patient et les informations délivrées.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

FOCUS SUR RETOUR D'EXPÉRIENCE : LES ARBRES DÉCISIONNELS

À la polyclinique Kennedy de Nîmes, un des freins au développement de la chirurgie ambulatoire concernait les inquiétudes des praticiens dans le suivi postopératoire des patients et notamment la prise en charge de la douleur et des complications postopératoires.

Pour répondre à ces préoccupations, il a été décidé :

- ▶ d'identifier avec les praticiens les complications postopératoires les plus courantes par geste et les conduites à tenir adaptées, en cas de douleur, fièvre ou saignement ;
- ▶ de les formaliser dans des arbres décisionnels à destination des infirmiers d'UCA et de nuit, afin de

définir quelles réponses apporter au patient en fonction des symptômes décrits, et à quel moment le praticien doit être appelé, pour envisager une réhospitalisation ;

- ▶ d'orienter les appels de nuit vers les services d'hospitalisation de la spécialité ;
- ▶ de former le personnel de nuit et de l'UCA à l'utilisation de ces arbres décisionnels ;
- ▶ de mettre à disposition du personnel de nuit des services d'hospitalisation les dossiers patients ambulatoires et le double des ordonnances de sortie.

3. Assurer la continuité des soins avec les partenaires extérieurs

▶ **Avec d'autres établissements**

Pour assurer la continuité des soins postopératoires, un partenariat peut être réalisé avec des établissements de santé géographiquement proches et possédant un service d'hospitalisation de la spécialité concernée, ou un service d'urgences. Dans ce cadre, la convention signée précise les modalités de prise en charge des patients dans cet établissement. Il sera indiqué au patient ayant subi une intervention de ladite spécialité les coordonnées de cet établissement.

N.B. Le décret du 20 août 2012 (Art. 5 - D. 6124-304 du CSP) prévoit que « Dans le cas où la structure [de chirurgie ambulatoire] ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée ».

▶ **Avec les médecins traitants**

Afin d'assurer la coordination avec les médecins traitants sur l'aval de la prise en charge ambulatoire, il est utile de :

- systématiser la remise des comptes rendus opératoires et d'hospitalisation ambulatoire contenant l'information liée à la gestion post opératoire des traitements (bulletin de sortie + ordonnances de sortie au patient) ;
- mettre en place une fiche de liaison avec le médecin traitant, qui indique les principales suites postopératoires, les complications éventuelles et les conduites à tenir le cas échéant, pour les gestes nouveaux notamment ;
- prévoir un retour d'information de la ville vers l'hôpital.

De plus, pour certaines prises en charge, il est possible de réaliser la consultation postopératoire par le médecin traitant et non par l'opérateur. Cela peut permettre de réduire le temps de déplacement du patient, mais induit une charge de travail supplémentaire pour les médecins traitants.

Par exemple, ce dispositif peut être mis en place en ophtalmologie, spécialité pour laquelle le volume de patients est souvent élevé (cataractes notamment). Les patients pris en charge en ambulatoire pour ce type d'intervention sont majoritairement âgés et parfois à mobilité réduite, et les risques postopératoires sont statistiquement peu fréquents sur ce type d'intervention.

FOCUS SUR RETOUR D'EXPÉRIENCE

Au sein de la polyclinique Sévigné (à Cesson-Sévigné près de Rennes), Hubert LE HÉTÉT, médecin anesthésiste-réanimateur, est à l'origine d'un réseau de coordination entre la polyclinique, des médecins généralistes et des associations de patients, qui a permis la mise en place d'outils de partage de l'information entre les différents acteurs (notamment un dossier de liaison remis au médecin traitant) ainsi que la réalisation de la consultation postopératoire par les

médecins généralistes pour des prises en charge en ambulatoire en ORL, vasculaire, stomatologie, chirurgie digestive (hernies inguinales) et urologie.

POUR EN SAVOIR PLUS :

« Amélioration de la qualité et de la gestion des risques en ambulatoire », extrait de Vigilance n°15, mai 2009, http://new.sfar.org/_pdf/magazines/VIGILANCE_15.pdf

► Avec des infirmiers libéraux et/ou kinésithérapeutes

La formalisation d'un protocole de prise en charge avec des infirmiers libéraux, kinésithérapeutes et/ou prestataires de service de ville est possible en ambulatoire et permet d'assurer un suivi soignant de la prise en charge. Il est nécessaire de bien définir les modalités de ce partenariat, afin de prévenir tout dysfonctionnement.

Les différentes étapes de la mise en place de ce partenariat sont généralement les suivantes :

► **Recenser parmi les gestes déjà pris en charge en ambulatoire, ou ceux qui pourraient l'être, les risques postopératoires** (saignements, douleurs, etc.) et/ou les caractéristiques propres aux patients (isolement, éloignement géographique, etc.) qui nécessiteraient un suivi après la sortie de l'UCA.

► **Recenser l'offre libérale existante** dans l'environnement de l'établissement, notamment à l'aide des contacts des praticiens, du personnel paramédical ou des patients, des sites de l'ARS ou de l'Assurance maladie (AMELI).

► **Organiser des rencontres entre ces prestataires libéraux et l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire** (cadre, chirurgiens, anesthésistes, direction) afin de définir les modalités du partenariat et les conditions nécessaires au bon fonctionnement des deux équipes.

► **Former les soignants libéraux à la prise en charge médicale et soignante** réalisée dans l'établissement (par geste ou par spécialité selon les besoins) : présenter le parcours patient, les critères d'éligibilité, la prise en charge chirurgicale et anesthésique réalisée, les soins postopératoires réalisés à l'UCA et les soins attendus à domicile.

► Partager la conduite à tenir en cas de complication postopératoire, qui aura été préalablement formalisée. Le soignant à domicile doit avoir à disposition un numéro à appeler en cas de difficulté (la journée, la nuit, le week-end); ce numéro est également inscrit dans le bulletin de sortie remis au patient.

► Après la mise en œuvre de la nouvelle organisation, prévoir de réaliser un retour d'expérience avec les soignants libéraux afin d'ajuster d'éventuels dysfonctionnements (informations manquantes, ordonnances partielles ou médicaments non achetés par le patient, praticien non joignable, pansements inadaptés, etc.).

► Réaliser ponctuellement des appels (appels aléatoires deux fois par an sur un échantillon sélectionné) à la fin de la prise en charge par les professionnels de santé libéraux, afin de recueillir l'avis des patients sur l'organisation de la prise en charge (au sein de l'établissement et à domicile). Cela entrant dans le processus qualité et permettant de réajuster avec les professionnels de l'établissement et les libéraux les conduites à tenir.

Facteurs clés de succès

La coordination avec les professionnels de santé libéraux permet de créer une relation de confiance avec la ville et de recueillir des commentaires sur le retour à domicile des patients. Elle est d'autant plus efficace que les professionnels libéraux sont amenés à prendre en charge un volume important de patients ambulatoires pour un même geste.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Taux de satisfaction des patients pris en charge dans l'UCA.
- ▶ Taux de satisfaction des patients sur l'organisation de la continuité des soins : coordination entre l'établissement et le(s) partenaire(s) externe(s).
- ▶ Nombre de gestes nouveaux pris en charge en ambulatoire grâce à la formalisation de protocoles avec des partenaires extérieurs.
- ▶ Taux de réhospitalisation des patients dans les 72h suivant leur sortie de l'UCA.
- ▶ Taux de réadmissions par les urgences liées à l'intervention en ambulatoire.

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Élevé

FICHES RELIÉES

- 2.1** - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire
 - 2.9** - Protocoliser la sortie des patients
 - 2.14** - Mettre en place l'appel du lendemain
 - 2.16** - Communiquer auprès des professionnels de santé de ville sur l'offre ambulatoire
 - 2.19** - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoire
-

2.16

Communiquer auprès des professionnels de santé de ville sur l'offre ambulatoire

Axe 1	Maturité de l'ES
	Communication
Axe 5	Parcours patient
	Relations avec l'aval

Préambule

L'activité de chirurgie ambulatoire, de par son important développement au cours de ces dernières années, devient un élément important et se différenciant de l'offre de soins des établissements de santé.

Cependant, l'offre ambulatoire est souvent mal connue par les professionnels de santé de ville, notamment les médecins généralistes et spécialistes de ville qui sont pourtant les principaux adresseurs. De plus, les médecins libéraux ainsi que les autres professionnels de santé de ville (infirmiers[ères] libéraux[ales], kinésithérapeutes, etc.) peuvent également être amenés à intervenir en aval de la prise en charge des patients ambulatoires.

Objectifs

La communication auprès des professionnels de santé de ville aura pour objectifs de :

- ▶ s'assurer que les professionnels de santé de ville connaissent l'offre ambulatoire de l'établissement, notamment sur les gestes nouveaux pris en charge;
- ▶ développer le réseau pour favoriser un meilleur adressage des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire vers l'établissement et une meilleure prise en charge en aval.

Méthodologie proposée

Il existe plusieurs degrés de communication auprès des professionnels de ville, le choix dépendra principalement des motivations des praticiens en interne.

Les cibles sont par ailleurs multiples. Les professionnels de santé de ville peuvent être contactés par le biais des actions suivantes :

- ▶ Le premier niveau peut consister en l'envoi d'un communiqué (publipostage ou lettre d'information) aux professionnels de santé de ville, en ciblant principalement les médecins généralistes. Cette action est simple mais son impact ne sera pas forcément élevé. Les étapes de réalisation sont :
 - la rédaction du mail ou de la lettre par l'équipe de chirurgie ambulatoire (cadre de l'UCA, médecin référent, appui d'un administratif si besoin);
 - la validation du contenu du mail ou de la lettre par les praticiens de l'établissement et la direction générale;
 - la collecte des adresses mail ou des adresses postales des médecins généralistes ciblés;
 - l'envoi des mails ou des lettres.

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : LE PUBLIPOSTAGE

La clinique Jules-Verne à Nantes fait appel à un prestataire extérieur de publipostage pour communiquer avec les médecins généralistes de son bassin de recrutement. L'organisme privé met à disposition de l'établis-

sement une base de données à jour des adresses postales des médecins généralistes (avec un tri par code postal) et assure l'envoi des lettres d'information à destination de l'ensemble du public ciblé.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

► Il est également possible d'organiser une journée « portes ouvertes » ou journée de formation-échanges sur la chirurgie ambulatoire, en ciblant éventuellement une ou plusieurs spécialités de l'établissement. Cette action est plus longue à organiser, mais le gain escompté est supérieur. Pour ce faire, les étapes incontournables sont :

- la construction du programme de la journée;
- le ciblage des médecins généralistes invités à la journée portes ouvertes/formation;
- la définition d'une date;
- la préparation et l'envoi des invitations;
- la réalisation de la journée, en recueillant les retours des médecins à l'aide de questionnaires de satisfaction.

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : UNE SOIRÉE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Le centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc à Lyon a organisé une soirée de présentation de la nouvelle unité de chirurgie ambulatoire à destination des médecins généralistes et des infirmiers libéraux de Lyon et ses environs. Les présentations ont été réalisées par des chirurgiens (orthopédistes et urologues), des anesthésistes, un gériatre, la cadre de l'UCA et la direction de l'établissement (directeur général et directeur de la stratégie). L'horaire en soirée a été préféré pour permettre aux médecins libéraux de se rendre à cette conférence.

Celle-ci a attiré davantage d'infirmiers libéraux que de médecins généralistes, ce qui montre l'intérêt plus fort des soignants libéraux dans le développement de partenariats avec le centre hospitalier pour la prise en charge postopératoire des patients ambulatoires.

CENTRE HOSPITALIER
Saint Joseph - Saint Luc

Le Centre de Responsabilité de
Chirurgie-Anesthésie-Obstétrique
est heureux de vous convier à une soirée sur le thème

« Unité de Chirurgie Ambulatoire :
Nouvelles Perspectives ? »

Mercredi 14 mars 2012 à 20h

Salles de réunion RDC
Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc

Programme

Modérateur : Dr JP. Fendler, Responsable de Centre de Responsabilité

20h00 :

- **Accueil** Mme D. Montégu
Dr J. Manchon
- **Pourquoi une Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) ?** Dr G. Képénékian
- **Le concept d'urgences différées.** Dr P. Simon
- **Peut-on sortir de la liste des actes traceurs ?** Dr E. Vian
- **Etre Infirmière au sein d'une UCA.** Mme AM. Besses
- **Y a-t-il des spécificités chez le sujet âgé ?** Dr T. Amoux
- **Prise en charge de la douleur.** Dr JP. Bongiovanni,
Dr B. Badinand

22h00 : Cocktail dînatoire

Merci d'avance pour votre réponse avant le vendredi 9 mars 2012
Email : uro@ch-sjoseph-stluc-lyon.fr
Tel secrétariat : 04 78 61 81 24

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

- L'impact le plus élevé sur les médecins généralistes sera atteint par des visites dans les cabinets de ville. Celles-ci peuvent être réalisées par des praticiens de la structure ou par un représentant de la direction de l'établissement (dans un établissement du panel, le chargé de communication a entrepris de visiter plusieurs cabinets de ville). Cette action est nettement plus exigeante en termes de temps consacré ; elle peut s'imaginer de la façon suivante :
 - La libération de créneaux de disponibilité pour les chirurgiens ou anesthésistes.
 - La préparation par la cadre de l'UCA et le service communication des supports de communication à remettre aux médecins lors des visites, puis la validation par les praticiens qui interviennent dans l'unité d'ambulatoire.
 - La prise de rendez-vous avec les cabinets de ville, afin d'optimiser le temps de déplacement du praticien de l'établissement.
 - La réalisation des visites.

Facteurs clés de succès

Avoir un ou plusieurs praticiens porteurs pour l'établissement, qui acceptent de dédier du temps pour développer/animer cette communication.

Point de vigilance

L'organisation de journées est chronophage pour l'établissement, et les résultats sont parfois décevants en termes d'intérêt et de participation des professionnels de ville. Il est nécessaire de bien définir les sujets et les cibles de cette communication.

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- Élevé

FICHES RELIÉES

- 2.1** - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire
 - 2.8** - Formaliser le parcours patient
 - 2.15** - Assurer la continuité des soins
 - 2.19** - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoire
-

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

2.17

Supprimer l'activité dite « foraine »

Axe 2	Ressources/Moyens
Axe 3	Maturité du corps médical

Préambule

L'activité de chirurgie ambulatoire est obligatoirement réalisée dans une structure identifiée en tant que telle, dont l'équipe, les locaux et le matériel sont dédiés. La réglementation proscrit la chirurgie dite « foraine », cas où le patient ambulatoire (entré et sorti le jour même de son intervention) est hébergé dans le secteur d'hospitalisation complète. Ce dernier ne bénéficie notamment pas du processus de prise en charge propre à l'ambulatoire.

Objectifs

- ▶ Supprimer l'activité « foraine » qui aurait lieu dans l'établissement.
- ▶ Garantir les conditions ne favorisant pas l'existence d'une activité « foraine ».

Méthodologie proposée

1. Rechercher si l'activité « foraine » existe et proposer un plan d'action

La mobilisation du médecin DIM est indispensable pour évaluer, grâce aux données du PMSI, la proportion de séjours ambulatoires de cette activité. Cette activité est calculée grâce à l'identification de tous les séjours de chirurgie passant par une autre unité médicale que celle de l'UCA.

Trois étapes classiques sont nécessaires :

- ▶ **Étape 1** : Objectiver la situation par un diagnostic précis de l'activité de chirurgie ambulatoire foraine (cf. définitions) : volume et nature des séjours forains par jour, par service et par praticien.
- ▶ **Étape 2** : Identifier les causes de l'activité foraine.
- ▶ **Étape 3** : Choisir en conséquence les actions les plus adaptées à mettre en place pour rapatrier l'activité foraine.

2. Mettre en place les actions définies

Ci-après quelques exemples d'actions menées dans le panel des 20 établissements :

- ▶ Revoir les vacations opératoires pour lisser l'activité à l'UCA sur la semaine. Son efficacité est très importante, car une des causes majeures de l'activité foraine est souvent une répartition des vacations opératoires non adaptée à la chirurgie ambulatoire (pour des raisons historiques). La difficulté est grande, étant donné l'impact organisationnel et surtout le changement d'habitudes pour les praticiens.
- ▶ Augmenter les capacités de l'UCA, en augmentant le nombre de places à l'UCA, en diminuant les périodes de fermeture de l'UCA (souvent liées aux congés scolaires, pendant lesquels certaines activités propices à la chirurgie ambulatoire peuvent se faire : ORL, stomatologie...), ou encore en ouvrant l'UCA le samedi.
- ▶ Augmenter le taux de rotation pour prendre en charge plus de patients, sans augmenter les capacités de l'UCA.
- ▶ Modifier certaines pratiques organisationnelles sources d'activité foraine, notamment certaines « règles » rigides pour l'attribution des chambres, basées sur les pratiques historiques des équipes soignantes ou les exigences inappropriées des équipes médicales. Il est parfois possible d'assouplir ces règles avec des adaptations architecturales, des paravents, et en fonction des interventions concernées. Un établissement du panel a mis en place de grandes salles communes ; au début l'équipe soignante était très réticente, et finalement les patients demandent souvent à ne pas mettre les paravents pour pouvoir échanger.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

- ▶ Si l'activité foraine est concentrée sur une spécialité ou un chirurgien, travailler avec les chirurgiens pour comprendre leurs réticences à utiliser l'UCA, identifier des solutions pour les convaincre et les rassurer. Un établissement du projet a rapatrié toute l'activité de chirurgie gynécologique à l'UCA, grâce à une négociation entre le chef de projet ambulatoire (un médecin anesthésiste) et les chirurgiens gynécologiques.
- ▶ Mettre en place l'appel de la veille, qui permet l'identification systématique des annulations à J-1, libérant ainsi des places à l'UCA le jour J, et permettant de rapatrier du forain.

Facteurs clés de succès

Plus l'équipe d'encadrement a la maîtrise sur l'organisation du programme opératoire, plus elle aura de marge de manœuvre pour rapatrier le forain.

La structuration du pilotage de l'activité ambulatoire permet d'objectiver la situation de l'établissement et de cibler les actions à entreprendre.

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Taux d'activité dite « foraine »

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Élevé

FICHES RELIÉES

2.2 - Harmoniser les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire

2.5 - Choisir un type de structure

2.6 - Intégrer l'ambulatoire dans la planification et la programmation au bloc opératoire

2.11 - Optimiser l'hébergement à l'UCA

2.19 - Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoire

2.18

Fluidifier le brancardage des patients en ambulatoire

Axe 2	Ressources/Moyens
Axe 5	Parcours patient
	Bloc/SSPI

Préambule

Le brancardage est une fonction cruciale d'un établissement de santé dont le fonctionnement est souvent difficile à maîtriser.

Les dysfonctionnements génèrent des retards tout au long du circuit patient (ex. : prise en charge au bloc opératoire, retour à l'UCA) et entraînent un ralentissement de la rotation des patients sur les places de l'UCA.

En chirurgie ambulatoire, le rôle de régulation de flux de patients joué par le brancardage est majeur.

Objectifs

- ▶ Responsabiliser/réaffirmer les brancardiers (notamment *via* des actions de formation interne) dans leur rôle de régulateurs.
- ▶ Évaluer l'organisation du brancardage au regard des spécificités de l'ambulatoire.
- ▶ Identifier les dysfonctionnements (goulots d'étranglement) et apporter les solutions pour fluidifier l'organisation.

Méthodologie proposée

Plusieurs étapes concourent à l'objectif visé :

Étape 1 : Réaliser un état des lieux de la fluidité du brancardage des patients ambulatoires

- ▶ Organisation du brancardage (circuits, ressources, horaires...).
- ▶ Entretien avec le(s) responsable(s) de la fonction brancardage et les brancardiers.
- ▶ Recueil des événements indésirables, et entretien avec les cadres de l'UCA et du bloc.
- ▶ Mesure des délais d'attente.

Étape 2 : Identifier les causes des événements indésirables

- ▶ Repérer les causes de dysfonctionnement les plus récurrentes.
- ▶ Définir en groupe de travail pluridisciplinaire (infirmiers, cadres, brancardier, responsable brancardage) des pistes d'amélioration pour chaque dysfonctionnement majeur.
- ▶ Prioriser les pistes d'amélioration à mettre en œuvre.

Étape 3 : Mettre en place des pistes d'amélioration en fonction des causes identifiées

- ▶ Une des pistes envisageables est de dédier des brancardiers à une ou plusieurs activité(s) et/ou spécialité(s). Pour ce faire :
 - Étudier sur quelle plage horaire l'activité de brancardage est la plus soutenue, ou sur quel horaire les plus forts dysfonctionnements sont observés.
 - Définir précisément le type d'activité et/ou les interventions pour le(s)quel(les) on souhaite mettre en place des brancardiers dédiés.
 - Prévoir combien de brancardiers seraient nécessaires pour prendre en charge cette activité. Un établissement du projet a mis en place un brancardier dédié à l'activité ophtalmologique, source de flux patients très importants.
- ▶ Dans tous les cas, si l'établissement souhaite dédier des brancardiers à l'activité de chirurgie ambulatoire, il est important de s'assurer que toute l'information nécessaire est disponible (tableaux de programmation, situation « géographique » des patients dans l'établissement...), afin de limiter les temps morts.

Facteurs clés de succès

- ▶ S'assurer que le besoin en brancardage a été correctement évalué et dimensionné, en mesurant la charge de travail (nombre de courses nécessaires, temps moyen par course, besoin en brancardiers).

|
2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Point de vigilance

Le lien avec le bloc opératoire est souvent difficile à maîtriser, et les modifications de programme opératoire ne sont pas systématiquement transmises dans des délais suffisants aux brancardiers.

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Nombre et types d'évènements indésirables en lien avec le brancardage.
- ▶ Délais de prise en charge des patients ambulatoires par le brancardage à chaque étape du circuit.
- ▶ Délais d'attente de l'arrivée du patient au bloc par l'équipe d'intervention.

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Élevé

FICHES RELIÉES

- 2.7** - Fluidifier le passage en SSPI
 - 2.8** - Formaliser le parcours patient
 - 2.11** - Optimiser l'hébergement à l'UCA
 - 2.19** - Former les personnels médicaux et non médicaux aux modalités de la prise en charge ambulatoire
-

2.19

Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge en ambulatoire

Axe 2 Ressources/Moyens

Préambule

L'un des freins fréquemment mis en avant par certains chirurgiens des 20 établissements de santé à la substitution de leur activité en ambulatoire concerne leurs réticences à accepter de confier les patients dont ils ont la responsabilité à un service de chirurgie ambulatoire. En effet celui-ci assure la prise en charge de patients de différentes spécialités et donc, selon les praticiens, connaîtrait moins bien les spécificités de leur spécialité, à la différence des équipes soignantes d'hospitalisation complète qui accueillent une seule spécialité chirurgicale.

Par ailleurs, les équipes soignantes de l'UCA rencontrent parfois des difficultés dues à la méconnaissance ou à des oublis par les praticiens des règles de fonctionnement de l'UCA.

Afin de lever ces réticences et de fluidifier la prise en charge des patients, l'établissement organise des formations en interne sur les spécificités de la prise en charge ambulatoire : à la fois à destination des médecins sur le parcours patient et le fonctionnement de l'UCA, et à destination des soignants, brancardiers et secrétaires médicales sur des prises en charge ciblées (par geste ou par spécialité). En outre, la formation de tous les membres de l'équipe à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires est une obligation réglementaire (cf. article D. 6124-301-1 du CSP).

Objectifs

Ces formations internes relatives à la prise en charge ambulatoire permettent selon les cas ou les besoins identifiés :

- ▶ d'acquérir une culture (organisationnelle et de qualité des soins) commune de la chirurgie ambulatoire;
- ▶ de rappeler à chacun son rôle et ses responsabilités tout au long du circuit du patient;
- ▶ de savoir élaborer et/ou s'approprier les outils (ex. : « chemin clinique »);

- ▶ d'établir ou rétablir un climat de confiance entre le personnel médical de l'établissement qui intervient dans la structure et les soignants de l'UCA;
- ▶ de remotiver les équipes soignantes de l'UCA et les faire adhérer aux évolutions de leur activité (diversité de patients accueillis toujours plus large);
- ▶ d'assurer une prise en charge de qualité et en toute sécurité des patients en ambulatoire;
- ▶ de créer des temps d'échange autour des pratiques professionnelles et de s'engager dans une démarche individuelle et collective d'amélioration continue;
- ▶ de permettre aux nouveaux entrants dans l'établissement (soignants et médicaux, secrétaires, brancardiers) de mieux appréhender/maîtriser rapidement l'organisation de l'UCA et les spécificités de ce type de prise en charge.

95

Méthodologie proposée

La méthodologie de formation peut se dérouler en six étapes :

- 1. Recenser auprès des praticiens et des personnels soignants les besoins en formation**, à la fois pour soi (zone d'inconfort, incompréhensions répétées avec un autre acteur de la prise en charge, etc.) et pour les autres (manque de confiance dans une prise en charge spécifique, consignes non appliquées, etc.).
- 2. Recenser auprès des praticiens les gestes nouveaux qui pourraient être pris en charge en ambulatoire**, à condition que le personnel de l'UCA soit formé à la prise en charge pré et postopératoire.

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

- 3. Définir le responsable de la formation (interne ou externe, chirurgien, anesthésiste, cadre, administratif) et le public ciblé** (IDE de l'UCA, AS, ASH, secrétaires, brancardiers, chirurgiens, anesthésistes, personnel de nuit [dans le cadre de la continuité et de la permanence des soins], personnel du bloc, professionnels de santé, partenaires extérieurs à l'établissement, etc.).
- 4. Éventuellement apporter un appui institutionnel (par la direction et la CME de l'établissement) au formateur s'il est interne**, afin de définir les objectifs de la formation, formaliser un support et en assurer l'organisation logistique (gestion des plannings, convocations, supports de formation, salle, etc.). Les formations nécessaires sont inscrites dans la charte de fonctionnement de l'unité (cf. D6124-305).
- 5. Communiquer largement sur les formations organisées** en laissant la possibilité à des personnels d'autres services d'y participer, notamment les services d'hospitalisation complète de la spécialité chirurgicale du chirurgien formateur (dans le cadre notamment de la continuité et de la permanence des soins). En effet, il n'est pas rare que des bonnes pratiques organisationnelles ou de soins utilisées en UCA puissent également être mises en œuvre dans les services d'hospitalisation complète sur les mêmes gestes (pour les nouveaux gestes en ambulatoire notamment).
- 6. Réaliser les formations et mesurer la satisfaction des participants et des organisateurs** au fur et à mesure de leur déroulé, afin de pouvoir en adapter le format ou le contenu si nécessaire.

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : ORGANISATION D'UNE FORMATION

La clinique Turin (Paris) a mis en place, avec l'intervention d'un prestataire extérieur, une formation sur la prise en charge ambulatoire, ses spécificités et ses exigences.

Cette formation était destinée à l'équipe soignante de l'UCA avec pour objectif de remotiver l'équipe et de

conforter ses membres sur la pertinence des actions mises en œuvre. Les résultats ont été très positifs. Elle a permis à l'équipe soignante de comprendre les contraintes auxquelles était soumis le service. Les professionnels se sont sentis valorisés d'offrir une prise en charge de qualité et de pointe aux patients.

FOCUS SUR UN RETOUR D'EXPÉRIENCE : FORMATION PAR LES MÉDECINS POUR LES SOIGNANTS DE L'UCA

Certains chirurgiens de la polyclinique Kennedy (Nîmes) ont mis en avant comme frein à la prise en charge de gestes nouveaux en chirurgie ambulatoire le manque de confiance envers l'équipe soignante de l'UCA et l'absence de spécialisation de cette équipe à leur discipline chirurgicale.

Afin d'améliorer la confiance entre les équipes soignantes et médicales et d'assurer une prise en charge de qualité à l'UCA, la direction de la clinique a demandé aux chirurgiens les gestes pour lesquels une formation du personnel sur la prise en charge postopératoire leur semblait utile.

Au vu de l'intérêt de ce type de formation pour le personnel soignant, il a été décidé que le personnel soignant des services d'hospitalisation de jour et de nuit pourrait également participer à ces formations : en effet, le personnel de jour est amené à prendre en charge les mêmes gestes en hospitalisation complète et le personnel de nuit est amené à prendre en charge par téléphone des patients ambulatoires qui appellent la clinique la première nuit (pas de service d'urgences).

2

Mode d'emploi issu des retours d'expérience

Facteurs clés de succès

- ▶ Le principal facteur clé de succès réside dans la motivation des acteurs à réfléchir à leur pratique professionnelle et organisationnelle.
 - ▶ La pratique renforcée de la chirurgie ambulatoire a mis en exergue la nécessité de s'interroger de façon encore plus pointue sur la pertinence des circuits et sur la qualité et la sécurité des soins prodigués en ambulatoire.
-

Point de vigilance

La prise en charge ambulatoire étant pluridisciplinaire et sur des temps réduits, la bonne et juste réalisation de chaque maillon permet le succès du suivant, faisant de la formation continue un élément incontournable à ce type de prise en charge.

Indicateurs les plus fréquemment constatés dans les 20 établissements

- ▶ Nombre de gestes nouveaux pris en charge en ambulatoire à la suite des formations.
- ▶ Taux de participation aux formations proposées.
- ▶ Taux de satisfaction des formateurs sollicités en interne et des bénéficiaires des formations.

Niveau de difficulté généralement constaté dans les 20 établissements

- ▶ Moyen
-

FICHES RELIÉES

- 2.1** - Harmoniser les informations relatives aux modalités de la prise en charge ambulatoire
 - 2.2** - Harmoniser les critères d'éligibilité
 - 2.3** - Mettre en place l'appel de la veille
 - 2.4** - Fluidifier l'amont de la prise en charge
 - 2.8** - Formaliser le parcours patient
 - 2.9** - Protocoliser la sortie du patient
 - 2.10** - Mettre en place un score de sortie de l'UCA
 - 2.14** - Mettre en place l'appel du lendemain
 - 2.15** - Assurer la continuité des soins
-



3

Pour aller
plus loin :
gestion de projet

3

Pour aller plus loin : gestion de projet

Pour approfondir les connaissances en termes de gestion de projet, il est ici proposé aux établissements d'aller plus loin dans la méthodologie préalablement décrite dans le chapitre « Démarche opérationnelle pour développer la chirurgie ambulatoire ».

3.1 – Les fondamentaux pour piloter un projet de développement de la chirurgie ambulatoire

La construction de votre projet de chirurgie ambulatoire est une étape fondamentale qui va conditionner le déroulement du projet dans le temps et l'atteinte des objectifs qui auront été fixés.

Il est important de consacrer du temps en début de projet pour sécuriser son déroulement en prêtant une attention particulière aux dimensions suivantes :

► Formaliser l'organisation du projet pour :

- décrire les grandes étapes de déroulement du projet : lancement, état des lieux, élaboration de plans d'action, mise en œuvre, bilan;
- fixer un calendrier;
- identifier les personnes qui seront directement sollicitées dans la réalisation de ce projet et définir précisément leurs rôles respectifs (responsables et contributeurs) :
 - Identification des membres du comité de pilotage,
 - Identité et lettre de mission du chef de projet,
 - Identification des membres de l'équipe projet;
- définir le fonctionnement des instances décisionnelle et opérationnelle de votre projet :
 - Définir les modalités de fonctionnement du comité de pilotage et identifier les étapes du processus opérationnel qui ne peuvent être franchies sans un accord explicite et formel de cette autorité,
 - Définir les modalités de fonctionnement de l'équipe projet;

► Organiser la communication autour du projet en deux temps :

- En début de projet, les promoteurs du projet (directeur et président de la CME) expliquent de manière synthétique et percutante le contenu du projet (problématique soulevée, objectifs, apports attendus) et diffusent cette communication institutionnelle au sein de la structure. Cette étape permet :
 - d'informer l'ensemble des acteurs et d'officialiser le lancement du projet,
 - de clarifier les enjeux de ce projet d'envergure,
 - de légitimer au plus haut niveau l'action future des participants au projet;
- Tout au long du projet, il est important de communiquer régulièrement sur l'avancement du projet pour éviter que le « soufflé » ne retombe, en laissant les acteurs en alerte sur le sujet de la chirurgie ambulatoire. L'idéal est de prendre le temps, dès le lancement du projet, de construire un véritable plan de communication. Il s'agira :
 - d'identifier le canal de communication le plus adapté,
 - de définir la fréquence de communication,
 - de définir le contenu et le format de la communication,
 - d'identifier une personne responsable de cette communication;

► Formaliser les outils de pilotage du projet indispensables impliquant de multiples acteurs, indispensables à son suivi dans le temps.

Plusieurs actions clés permettent de couvrir l'ensemble de ces dimensions. La feuille de route suivante a servi de canevas à la construction des projets dans le cadre de l'expérimentation.

Exemple de feuille de route

	Actions à mener	Responsables
1	Élaborer une description synthétique et percutante du projet	Promoteurs du Projet (directeur [D] et président de la CME [PCME])
2	Nommer un chef de projet	Promoteurs du Projet (D et PCME)
3	Lancer la promotion du projet chirurgie ambulatoire en diffusant la description synthétique du projet et le nom du chef de projet	Promoteurs du Projet (D et PCME)
4	Constituer un comité de Pilotage chirurgie ambulatoire (instance décisionnelle du projet)	Promoteurs du Projet (D et PCME) + Chef de Projet
5	Constituer une équipe Projet chirurgie ambulatoire (instance opérationnelle du projet)	Promoteurs du Projet (D et PCME) + Chef de Projet
6	Décrire les différentes grandes étapes de déroulement du projet et fixer un calendrier	Chef de Projet
7	Construire les outils de pilotage du projet	Chef de Projet
8	Établir un plan de communication	Chef de Projet
9	Réunir le comité de pilotage chirurgie ambulatoire de lancement du projet pour valider la structure de gouvernance, les étapes de la démarche et le calendrier du projet	Chef de Projet
10	Diffuser le support du comité de pilotage de lancement	Chef de Projet

100

Une fois l'ensemble de ces actions menées :

- ▶ La structure du projet est construite et validée.
- ▶ La méthodologie est définie et validée.
- ▶ Les responsables et contributeurs du projet sont identifiés, informés de leur rôle et légitimés dans leur position au sein de l'établissement.

L'établissement peut alors se lancer dans le cœur du sujet, en mettant en œuvre les différentes étapes de la méthodologie de projet retenue.

3.2 – Le choix du chef de projet

Une attention particulière devra être portée au choix du chef de projet. Il pourra conditionner en partie la réussite ou l'échec du projet. L'envergure d'un projet de développement de la chirurgie ambulatoire suppose de déployer une véritable méthodologie et de véritables compétences en matière de gestion de projet.

Le chef de projet chirurgie ambulatoire a pour principales missions de :

- ▶ de participer à l'élaboration du projet de chirurgie ambulatoire :
 - Construire et maîtriser les aspects méthodologiques du projet,
 - Composer son équipe projet de manière à s'entourer des compétences nécessaires et suffisantes : les réponses doivent pouvoir être obtenues lors des séances de travail et les travaux de l'équipe reconnus comme légitimes, l'équipe ne doit pas être trop importante et risquer de rendre les débats difficiles et la prise de décision plus complexe ;
- ▶ d'assurer le portage du projet chirurgie ambulatoire :
 - Participer à la construction des outils de pilotage,
 - S'assurer de l'alimentation de ces outils,
 - Effectuer le compte rendu aux membres du comité de pilotage ;
- ▶ de garantir la mise en œuvre des grandes étapes de la méthodologie de projet.

3

Pour aller plus loin : gestion de projet

Il est préférable que le chef de projet dispose d'un temps dédié au projet de développement de la chirurgie ambulatoire pour mener à bien l'ensemble de ses missions.

Les compétences attendues du chef de projet, sont notamment :

- ▶ Une bonne connaissance de la problématique du développement de la chirurgie ambulatoire.
- ▶ Un positionnement transverse lui permettant de faire le lien entre direction/corps médical/équipes soignantes.
- ▶ Un pilotage efficient et efficace du projet :
 - Savoir organiser et animer des groupes de travail,
 - Pratiquer une délégation correspondant aux compétences des membres de l'équipe projet,
 - Être capable de maîtriser les étapes du calendrier,
 - Remonter les alertes aux instances dirigeantes (notamment le comité de pilotage),
 - Proposer des solutions alternatives le cas échéant.

3.3 – La mise en place d'une équipe projet chirurgie ambulatoire

L'équipe projet chirurgie ambulatoire est composée par le chef de projet. Elle a notamment pour rôle de :

- ▶ de mettre en œuvre les grandes étapes de la méthodologie de projet :
 - Réaliser le diagnostic,
 - Définir le plan d'action,
 - Mettre en œuvre le plan d'action;
- ▶ de participer au pilotage du projet;
- ▶ d'apporter son expertise sur le sujet de la chirurgie ambulatoire;
- ▶ de relayer les messages auprès des différents acteurs de terrain.

Plusieurs compétences sont attendues au sein de l'équipe projet pour qu'elle puisse fonctionner de manière efficace et autonome :

- ▶ Des compétences organisationnelles : cadre de l'UCA + cadre du bloc ou directeur des soins (DS).
- ▶ Des compétences médicales : Coordonnateur médical.
- ▶ Des compétences données d'activité : DIM et contrôleur de gestion.

L'équipe projet peut être composée selon deux options :

- ▶ Avec représentant de la communauté médicale.
- ▶ Sans représentant de la communauté médicale. Dans ce cas, les praticiens sont sollicités par un autre canal :
 - Ex. : Clinique Saint-Augustin à Bordeaux. Toute la partie opérationnelle est gérée par l'équipe projet (DS + cadre de l'UCA + cadre du bloc + coordonnateur médical [MAR] + DIM). En parallèle mise en place d'une autre instance : la commission ambulatoire;
 - Ex : Hôpital Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saône. Le groupe projet est constitué du cadre de bloc, cadre de l'UCA, membre de la direction, cadre supérieur, DIM/contrôle de gestion. Le coordonnateur est systématiquement destinataire des synthèses, et il est convié le cas échéant au groupe.

101

Pour que l'équipe projet fonctionne, il est souhaitable de privilégier :

- ▶ Un groupe assez restreint (deux à six personnes) qui :
 - Offre une efficacité accrue lors des séances de travail;
 - Évite d'aboutir systématiquement à des solutions trop consensuelles;
 - Facilite la gestion du calendrier, notamment pour se réunir.
- ▶ Des points « chirurgie ambulatoire » réguliers, dont la fréquence est à définir en fonction du degré d'avancement du projet. Quelques propositions :
 - En début de projet : d'une fois par semaine à 1 fois par mois;
 - En phase de suivi : d'une fois par quinzaine à 1 fois par trimestre.

3.4 – Le « comité de pilotage chirurgie ambulatoire »

Il est souhaitable de constituer un comité de pilotage spécifique au projet afin :

- ▶ de réunir au sein d'une même instance les acteurs clés de la chirurgie ambulatoire. Les comités existant traditionnellement dans un établissement de santé ne regroupent pas les acteurs attendus sur un tel projet;
- ▶ d'adapter la fréquence de cette instance au rythme du projet de développement de la chirurgie ambulatoire.

Le rôle de ce comité de pilotage est notamment de :

- ▶ de valider la lettre de mission du chef de projet et de son équipe projet;
- ▶ de valider les phases clés du projet;
- ▶ de prioriser les actions à mettre en œuvre;
- ▶ d'arbitrer en cas de litige.

Ce comité, à configuration restreinte, peut être idéalement composé :

- ▶ de personnes représentatives des instances décisionnelles de l'établissement :
 - le directeur général ou son représentant,
 - le président de la CME,
 - le Cadre supérieur de santé/directeur des soins;
- ▶ de personnes ressources clés du projet chirurgie ambulatoire :
 - le chef de projet,
 - le médecin DIM,
 - le médecin coordonnateur de l'UCA.

Le comité de pilotage de chirurgie ambulatoire se réunit pour valider les grandes étapes de la démarche et, exceptionnellement prendre les décisions sortant du champ de compétence de l'équipe projet.

3.5 – Le calendrier du projet

Le calendrier du projet n'est pas uniquement le calendrier de réalisation du plan d'action; il se positionne à un niveau plus macroscopique. Il permet de représenter de manière synthétique et visuelle dans le temps les grandes étapes du projet.

Un calendrier type peut être le suivant (exemple issu de l'accompagnement des 2 établissements); un projet composé de trois grandes phases, à mettre en œuvre sur 15 mois :

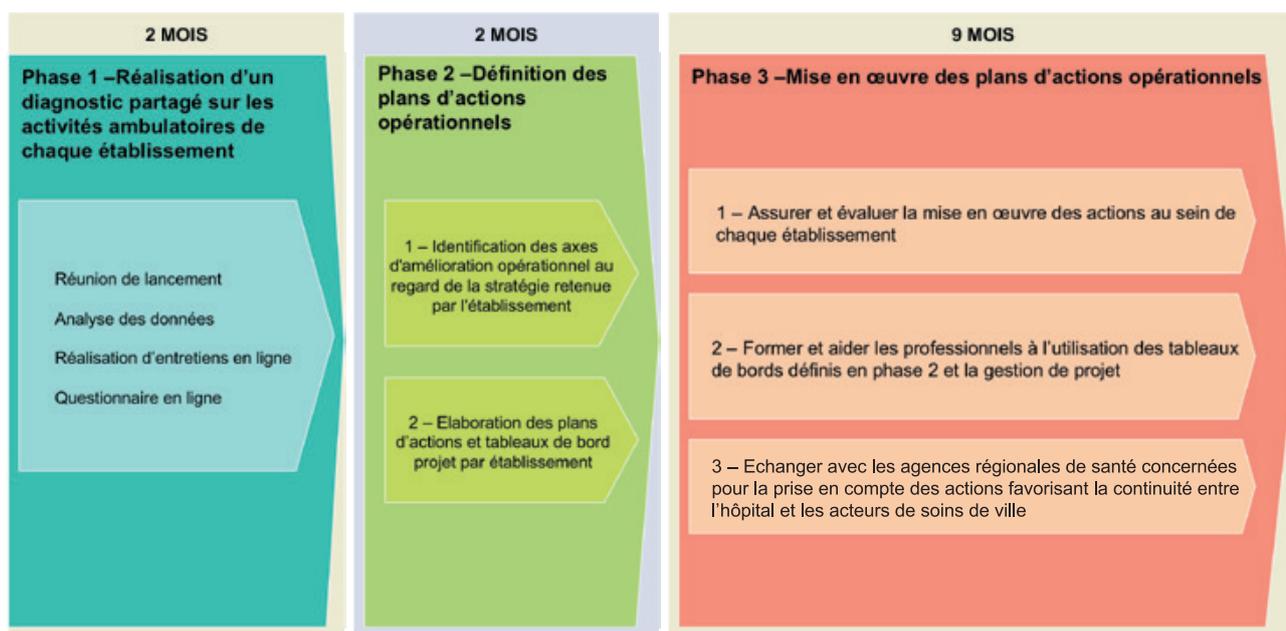
- ▶ Phase 1 : réalisation d'un diagnostic en trois ou quatre mois. Cette première phase comprend également la phase amont d'élaboration du projet.
- ▶ Phase 2 : définition du plan d'actions opérationnel en 3 mois.
- ▶ Phase 3 : mise en œuvre du plan d'action sur 8 mois.

Les travaux réalisés par l'équipe projet au cours de chacune de ces trois phases sont présentés par le chef de projet et validés par le comité de Pilotage (COPIL). Le COPIL de fin de phase déclenche le lancement de la phase suivante.

3

Pour aller plus loin : gestion de projet

Exemple de calendrier de projets



103

Conseils issus du retour d'expérience

Afin d'éviter la dilution liée à l'étalement dans le temps il est important de contraindre strictement dans le temps le projet, en établissant un calendrier précis (18 mois au maximum). Il est nécessaire de cadencer le projet au cours de cette période. Le chef de projet jouera sur cet aspect un rôle fondamental. Il s'assure notamment de la réalisation des actions dont la production de documents (ex. : check-list pour l'appel du lendemain) dans les délais définis en début de projet.

Un risque fort est à signaler sur la phase 1, au cours de laquelle un recueil important de données – et les analyses qui en découlent – est attendu en un temps très court.

Les variantes possibles

En fonction des caractéristiques de l'établissement, le calendrier précédemment proposé peut être adapté.

Les paramètres à prendre en compte sont notamment :

- ▶ La maturité de l'établissement sur le sujet de la chirurgie ambulatoire
- ▶ La maturité de l'établissement en matière de gestion de projet complexe
- ▶ La maturité du système d'information
- ▶ Les ressources dédiées pour la réalisation de ce projet
- ▶ Le climat social de la structure
- ▶ L'organisation de la structure en termes de circuits décisionnels.

3

Pour aller plus loin : gestion de projet

Pour les établissements ayant auparavant engagé des travaux sur la chirurgie ambulatoire, un certain nombre de données peuvent d'ores et déjà être disponibles, dans ce cas la **phase de diagnostic** est facilitée et raccourcie.

À l'inverse, pour les établissements dont l'ensemble des données et **indicateurs** sont à produire (ex. : mise en place de recueils de données), la phase de diagnostic risque d'être plus longue (à moins de ressources suffisantes pour respecter les délais définis lors du lancement).

3.6 – Les indicateurs pour diagnostiquer et suivre

DÉFINITION DES PRINCIPAUX INDICATEURS

- ▶ **Taux de repli** : nombre de patients ambulatoires transférés en fin de journée dans un service d'hospitalisation conventionnelle divisé par le nombre de patients pris en charge à l'UCA.
- ▶ **Taux d'ambulatoire forain** : nombre de patients de chirurgie ambulatoire au sens PMSI du terme (i.e. aucune nuit dans l'établissement) hébergés dans un service d'hospitalisation complète divisé par le nombre de patients total pris en charge en chirurgie ambulatoire.
- ▶ **Taux d'annulation à J0** : nombre de patients non venus ou annulés le jour de l'intervention divisé par le nombre de patients programmés à l'UCA.
- ▶ **Nombre de réadmissions à 24 h et à 48 h** : le nombre de patients ambulatoires qui se sont présentés aux urgences ou qui ont dû être réhospitalisés pour la même pathologie ou à cause de complications postopératoires dans les 24 h ou 48 h suivant leur sortie de l'UCA.
- ▶ **Nombre de dysfonctionnements** : nombre d'événements indésirables déclarés et qui concernent la chirurgie ambulatoire (l'UCA ou une autre étape du parcours patient ambulatoire).
- ▶ **Taux d'occupation des vacations opératoires**, qui correspond au rapport entre l'utilisation réelle des salles (Temps réel d'occupation des salles - TROS) et le temps offert pour les vacations (Temps de vacation offert - TVO).
- ▶ **Taux de débordement**, qui est le rapport entre le temps de débordement (ex. : le temps d'occupation des salles du bloc opératoire hors ouverture des vacations) et le temps de vacation offert.
- ▶ **Taux d'ouverture du bloc opératoire**, qui est le rapport entre le Temps de vacation offert aux praticiens (TVO) et un temps d'ouverture de bloc de référence, fixé par la MeaH à 54 heures hebdomadaires.

Pour les établissements rôdés à la gestion de projet et avec des circuits décisionnels courts, il est possible de :

- ▶ raccourcir la phase de construction du plan d'action ;
- ▶ raccourcir la phase de mise en œuvre.

3

Pour aller plus loin : gestion de projet

3.7 – Les instruments de pilotage du projet

La construction et l'alimentation d'un outil de pilotage peut apparaître chronophage. Pour autant, ce type d'outil est un moyen très puissant d'éviter un certain nombre de dérives du projet. L'investissement de départ se révèle, à terme, être un gain de temps et un gage de sécurité pour le projet.

Des dérives fréquemment rencontrées dans le cadre d'un projet s'étalant dans le temps sont citées ci-après; elles peuvent être en partie évitées en utilisant un outil de pilotage :

- Changement des intervenants en cours de projet : l'outil permet rapidement de mettre à niveau toute nouvelle personne intervenant dans le projet.

- Indisponibilité subite/non prévue du chef de projet : l'outil contient la « mémoire » du projet pour que toute autre personne puisse remplacer le plus aisément possible le chef de projet.
- Changement de position de certains acteurs en cours de projet : l'outil contient la trace des décisions prises au cours des différentes réunions.
- Demande de justification de la direction en cas de dérives du calendrier : l'outil répertorie toutes les difficultés rencontrées en cours de projet et pouvant justifier d'éventuels retards.

Un logiciel tableur (de type Excel™) est adapté pour réaliser l'outil de pilotage. Il peut s'agir d'un fichier unique dédié au projet et composé de différents onglets :

Exemple de rubriques de l'outil de pilotage

Onglet	Intérêt	Remarque
Feuille de route du projet	Il ne s'agit pas du plan d'action. La feuille de route répertorie toutes les actions à mener d'un bout à l'autre du projet sur le plan opérationnel.	Incontournable
Planning partagé des intervenants	Répertorie les disponibilités des participants au projet. Permet d'évaluer l'adéquation entre la charge de travail prévue et les disponibilités des participants et le cas échéant d'adapter le calendrier. Facilite la fixation de dates pour la tenue des instances et l'organisation de groupes de travail.	Moins utile s'il existe un système d'agenda partagé au sein de la structure.
Planning des instances	Centralise les dates des instances du projet.	Incontournable
Annuaire projet	Répertorie les coordonnées des intervenants au projet. Le remplissage de l'annuaire est peut-être fastidieux mais éviter de rechercher systématiquement les coordonnées des différents interlocuteurs.	Dépend de la taille de l'établissement (et du système d'annuaire déjà existant). Dépend des relations/interactions déjà existantes entre les participants.
Suivi des réunions/ateliers de travail/points d'équipe	Répertorie l'ensemble des réunions organisées dans le cadre du projet. Pour chaque réunion sont indiqués date, participants et relevé de décision.	Incontournable
Documentation projet	Liste l'ensemble des documents utilisés dans le cadre de ce projet. C'est la bibliothèque du projet. Elle permet de retrouver facilement des documents produits plus d'un an auparavant.	-
Matrice des risques	Indique les difficultés rencontrées en cours de projet (exemple : retard, départ d'un participant) susceptibles de mettre en danger le déroulement du projet. À chaque fois il est précisé la date de survenue du risque, son degré de gravité, les solutions proposées et les personnes chargées de leur mise en œuvre, la disparition ou non de ce risque.	Incontournable

3

Pour aller plus loin : gestion de projet

Une bonne utilisation de ce type d'outil suppose d'être :

- ▶ alimenté par une seule et même personne (le chef de projet de préférence) tout au long du projet ;
- ▶ mis à jour régulièrement :
 - soit *a minima* en direct lors des réunions de l'équipe projet ;
 - soit à une fréquence plus régulière par le chef de projet ;

- ▶ consultable (en lecture uniquement) à tous les participants au projet (plate-forme commune) ;
- ▶ utilisé pour effectuer le compte rendu du projet au comité de pilotage ou à la direction de l'établissement.

3.8 – Le support de lancement de projet (exemple)

106

ANAP 1 – Positionnement, enjeux et comparaison internationale

- Un concept organisationnel centré sur le patient avec une définition communément admise de la chirurgie ambulatoire (Conférence de consensus) :
 - Actes chirurgicaux programmés, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission
- Des définitions différentes selon les pays qui complexifient les analyses comparatives :
 - Alternative à l'hospitalisation complète ?
 - Avec ou sans nuit d'hospitalisation ?
 - Durée de moins de 12 heures en France
 - Hôtel médicalisé ?
 - etc.

Calendrier général de notre intervention

3 MOIS	3 MOIS	9 MOIS
<p>Phase 1 – Réalisation d'un diagnostic partagé sur les activités ambulatoires de chaque établissement</p> <p>Etape préalable : Réalisation d'une grille d'analyse pour mener à bien l'ensemble du diagnostic.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – Etude des indicateurs pertinents pour apprécier la performance de l'établissement en matière de chirurgie ambulatoire (quali et quanti) ainsi que du potentiel de chirurgie ambulatoire. 2 – Analyses qualitatives sur les organisations et les processus internes à l'établissement pertinents dans les prises en charge ambulatoires. 3 – Éléments pertinents mais également les carences et les dysfonctionnements de l'articulation entre le secteur hospitalier et les soins de ville (notamment en amont et en post opératoire). 	<p>Phase 2 – Définition des plans d'actions opérationnels</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – Identification des axes d'amélioration opérationnel au regard de la stratégie retenue par l'établissement. 2 – Élaboration des plans d'action et tableaux de bord projet par établissement. 	<p>Phase 3 – Mise en œuvre des plans d'actions opérationnels</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – Assurer et évaluer la mise en œuvre des actions au sein de chaque établissement. 2 – Former et aider les professionnels à l'utilisation des tableaux de bord définis en phase 2 et la gestion de projet. 3 – Echanger avec les agences régionales de santé concernées pour la prise en compte des actions favorisant la continuité entre l'hôpital et les acteurs de soins de ville.
<p>Pilotage et Capitalisation</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Réunions ANAP</p> <p>Diagnostic détaillé de chaque établissement</p> <p>Fiche de synthèse par établissement</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Réalisation d'un questionnaire en ligne</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Monographies Plans d'actions</p> <p>Guide méthodologique : Méthodes d'analyse du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements, Modalités de développement et de suivi de cette activité (organisation, conduite du changement, indicateurs et outils de pilotage) et Réseaux d'échanges sur les bonnes pratiques organisationnelles.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Monographies Résultats et évaluation</p> </div> </div>		

Page 2 | Kurt Salmon – ANAP Chirurgie ambulatoire Accompagnement – Journée de lancement

3

Pour aller plus loin : gestion de projet

ANAP Conclusion

- **La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge (centré sur le patient) qui se caractérise par une gestion de flux autour d'une unité de lieu (UCA), de temps (moins de 12h) et d'action (action coordonnée et globale de l'équipe de soins)**
 - ✓ En rupture avec la pratique traditionnelle où le patient est en attente des événements générés par les différents services (admission, radiologie, bloc opératoire, etc.)
- **L'amélioration du parcours clinique de la chirurgie ambulatoire augmente l'appétence pour ce mode de prise en charge**
- **Sur le plan économique l'efficacité de la chirurgie ambulatoire doit être appréhendée de manière globale en analysant les recettes et les charges**
- **Le développement de la chirurgie ambulatoire doit :**
 - « Tirer vers le haut » le modèle organisationnel de l'hôpital,
 - Déteindre sur la chirurgie conventionnelle en termes d'organisation et de modes de fonctionnements,
 - Devenir la référence dans la prise en charge d'une majorité d'actes chirurgicaux (cf objectif DGOS)

3

Les objectifs stratégiques du projet

- Développer, renforcer et améliorer l'activité de chirurgie ambulatoire de l'établissement. Ceci doit se traduire par une **augmentation du taux global de chirurgie ambulatoire de 4 points.**
 - Périmètre : Tous les actes de chirurgie
- Obtenir une **méthodologie d'analyse du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire**, incluant les indicateurs et outils pertinents
- Disposer d'une **méthodologie de développement et de suivi de l'activité ambulatoire** au sein des établissements
- Obtenir un **recueil de bonnes pratiques organisationnelles**, concrètes et opérationnelles.

Page 4 | Kurt Salmon – ANAP Chirurgie ambulatoire Accompagnement – Journée de lancement

107

Définir le groupe projet établissement

- Pour piloter cette mission en interne, un groupe projet au sein de l'établissement va être constitué et sera composé des personnes suivantes :

```
graph TD; CP[Chef de projet] --- CB[Cadre de Bloc]; CP --- CU[Cadre de l'UCA]; CB --- B1[Binôme 1<br/>1 Chirurgien<br/>1 Anesthésiste]; CB --- B2[Binôme 2<br/>1 Chirurgien<br/>1 Anesthésiste]; CB --- B3[Binôme 3<br/>1 Chirurgien<br/>1 Anesthésiste]; CU --- B1; CU --- B2; CU --- B3; B1 --- A[A définir à l'issue des entretiens]; B2 --- A; B3 --- A;
```

Page 5 | Kurt Salmon – ANAP Chirurgie ambulatoire Accompagnement – Journée de lancement

3

Pour aller plus loin : gestion de projet

Points de vigilance et sujets à traiter

- Une contrainte majeure : **le calendrier très contraint**
 - Un risque fort est à signaler sur la phase de diagnostic au cours de laquelle un recueil important de données – et les analyses qui en découlent – sont attendus en un temps imparti très court.
 - La phase d'élaboration des plans d'actions risque de se dérouler en partie durant l'été 2012, période où les ressources de l'établissement seront moins disponibles.
- Avancer sur la mission **de façon très pragmatique** :
 - Ne pas chercher à embarquer nécessairement l'ensemble des acteurs, mais **profiter de l'engagement des personnes volontaires**
 - Recueillir au cours de la phase de diagnostic la volonté d'investissement des chirurgiens et anesthésistes au moyen d'un questionnaire en ligne.

Quel est votre contexte? Quel est votre retour d'expérience sur le déploiement de la chirurgie ambulatoire dans votre établissement? Quel est le niveau d'engagement et de maturité de la communauté médicale dans votre établissement ?...

Page 7 | Kurt Salmon – ANAP Chirurgie ambulatoire Accompagnement – Journée de lancement

Présentation des prochaines étapes

- Recueillir les données nécessaires à la réalisation du diagnostic quantitatif** :
 - Les documents et indicateurs à disposition
 - Pour le Bloc opératoire : Taux d'occupation des vacances , Taux de débordement, Nombre d'interventions par spécialité, Charte de bloc, Répartition des vacances (créneaux) opératoires
 - Pour l'UCA : Nombre de places, Nombre de séjours en ambulatoire (2009 à 2011), Taux de rotation, Taux d'ambulatoire sur les 18 gestes marqueurs (2009 à 2011)
 - Taux d'ambulatoire forain
 - Période éventuelle de mise sous autorisation préalable (2008 à 2011)
 - Effectifs médicaux et paramédicaux du bloc opératoire et de l'UCA
 - Chirurgiens et Anesthésistes (nombre + ETP)
 - IDE, IBODE, IADE a minima (nombre + ETP)
 - Exemple du dossier patient ambulatoire spécifique
 - Tout autre document relatif à l'ambulatoire
- Échéance : mardi 26 juin**

Page 8 | Kurt Salmon – ANAP Chirurgie ambulatoire Accompagnement – Journée de lancement

Annexes

Sont listés ici des illustrations et/ou modèles de documents mis en place par les établissements accompagnés par l'ANAP.

Tous ces documents sont disponibles au téléchargement sur le site Internet de l'ANAP.

Projet de fiche de poste du médecin coordonnateur des unités médico-chirurgicales ambulatoires

GHICL (Lille)

Charte de fonctionnement de l'UCA

CH de Martigues

Guide pratique de l'UCA

CH de Saint-Joseph - Saint-Luc (Lyon)

Fiche de préhospitalisation

CHRU de Tours

Critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire

CH d'Avignon

Fiche d'annulation/reprogrammation

CHRU de Tours

Contenu de l'appel à J-2

GHICL (Lille)

Fiche de liaison à l'UCA

CHRU de Tours

Logigramme parcours patient

Clinique Jules-Verne (Nantes)

Logigramme du parcours patient à l'UCA

CHRU de Tours

Compte-rendu d'hospitalisation à l'UCA

Hôpital Saint-Joseph (Marseille)

Score PADSS de Chung

Hôpital Saint-Joseph (Marseille)

Check-list pour l'appel du lendemain

Clinique de la Sauvegarde (Lyon)

Check-list pour l'appel du lendemain

CH de Martigues

Glossaire

Sigle Acronyme	Libellé
AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
AG	Anesthésie générale
ALR	Anesthésie locorégionale
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASA	American Society of Anesthesiologists
ASH	Agent de service hospitalier
ASO	Activité de soins
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CH	Centre hospitalier
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement (dans les établissements publics de santé) Conférence médicale d'établissement (dans les établissements de santé privés)
CNAMTS	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CR	Compte rendu
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
CRO	Compte rendu opératoire
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques
CSP	Code de la santé publique
DA	Domaine d'activité
DIM	Département de l'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DS	Directeur des soins
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ES	Établissement de santé
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

I
Glossaire

Sigle Acronyme	Libellé
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HDJ	Hospitalisation de jour
HDS	Hospitalisation de semaine
HTCD	Hospitalisation de très courte durée
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
IDE	Infirmier diplômé d'État
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MSAP	Mise sous accord préalable
OAP	Outil d'analyse PMSI
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSS	Résumé de sortie standardisé
RUM	Résumé d'unité médicale
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSPI	Salle de soins postinterventionnelle
T2A	Tarifification à l'activité
TROS	Temps réel d'occupation des salles
TVO	Temps de vacation offert
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
UF	Unité fonctionnelle
UM	Unité médicale

Les 20 établissements accompagnés

COORDONNÉES DES CHEFS DE PROJET

Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU)

CHRU de Brest

Christophe BALTUS, directeur adjoint, directeur référent pôle ARSIBOU

christophe.baltus@chu-brest.fr

CHRU de Poitiers

Stephan MARET, directeur de la communication

stephan.maret@chu-poitiers.fr

CHRU de Tours

Anne CALAIS, directrice référente des pôles bloc et anesthésie

a.calais@chu-tours.fr

Centres hospitaliers (CH)

CH d'Avignon

Dr Sébastien GUIGOU, chirurgien ophtalmologue

sguigou@ch-avignon.fr

Dr Gilles KREBS, anesthésiste réanimateur

gkrebs@ch-avignon.fr

CH de Mâcon

Bénédicte ANDRE, cadre supérieur de santé pôle ambulatoire

beandre@ch-macon.fr

CH de Martigues

Frédéric DEBISE, directeur adjoint

frederic.debise@ch-martigues.fr

GH Tarbes-Lourdes (CH de Bigorre et de Lourdes)

Khalid BOUSSIF, anesthésiste-réanimateur, CH de Lourdes

kboussif@ch-lourdes.fr

Valérie FRIOT, directrice des affaires financières

vfriot@ch-tarbes-vic.fr

Stéphane JAULERRY, chirurgien ophtalmologie, CH de Bigorre

sjaulerry@ch-tarbes-vic.fr

Hôpital Nord-Ouest - Villefranche-sur-Saône

Marie-Rose TEINTURIER, directrice de la stratégie

mrteinturier@lhospitalnordouest.fr

Les 20 établissements accompagnés

Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)

Groupement des hôpitaux de l'Institut catholique de Lille (GHICL)

Isabelle BRASSART, adjointe de direction en charge du projet médical

brassart.isabelle@ghicl.net

Clinique Jules Verne, Nantes (ESPIC et clinique privée)

Laurence PAQUEREAU, directrice du contrôle de gestion

laurence.paquereau@mla.fr

Centre hospitalier Saint Joseph-Saint Luc, Lyon

Dr Patrick SIMON, chirurgien orthopédiste, médecin référent ambulatoire

psimon@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr

Établissement de santé privé à but non lucratif

Hôpital Saint-Joseph, Marseille

Geneviève NOBLE, directrice des soins

gnoble@hopital-saint-joseph.fr

Établissements de santé privés

Polyclinique de Blois

Carine RAFFIN-PEYLOZ, adjointe de direction

craffin@clinique-blois.com

Hôpital privé La Casamance, Aubagne

Caroline BERTHET, directrice générale déléguée

cberthet@clinique-la-casamance.com

Clinique des Cèdres, Brive-la-Gaillarde

Régine BOIROUX, cadre de bloc

bloc@les-cedres.com

Polyclinique Kennedy, Nîmes

Floriane NAMBERT, directrice des soins et des activités médicales

fnambert@kenval.fr

Clinique Saint-Augustin, Bordeaux

Martine LAVIE, directrice des soins

dssi@clinique-saint-augustin.fr

Clinique chirurgicale le Pré Pasteur, Le Mans

Sylvia LE NEVE, cadre de santé

secretariatdirection@clinipre.fr

Clinique de la Sauvegarde, Lyon

Marielle RICHARD, cadre de santé

mrichard@capio.fr

Clinique Turin, Paris

Françoise JACOUPLY, directrice générale

fjacoupy@clinique-turin.fr

Remerciements

L'ANAP remercie l'ensemble des participants au projet « Accompagnement pour le développement de la chirurgie ambulatoire dans 20 établissements de santé et élaboration d'un guide méthodologique ».

L'implication des chefs de projet et des équipes médicales et non médicales des établissements avec l'appui des directions du panel a très fortement contribué à la réussite de ce projet ; le partage de leur expérience a permis d'enrichir ce guide.

L'accompagnement terrain du cabinet Kurt Salmon a permis d'embarquer plus facilement les acteurs.

Les membres de l'équipe projet ANAP

Dr Christian ESPAGNO, directeur associé
Anne BELLANGER
Dr Stanislas JOHANET
Jamel MAHCER
Pauline SASSARD



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. **Conflits d'intérêts** : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. **Usage** : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. **Propriété intellectuelle** : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi © ANAP 2013 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception : Content Design Lab - Novembre 2013
Réalisation : Planet 7
Secrétaire de rédaction : Fanny LENTZ
Crédit photos : ANAP
Imprimé par ACI sur du papier PEFC

La chirurgie ambulatoire
est un enjeu majeur
pour les établissements
de santé, son développement
est encouragé par
les pouvoirs publics.

Issu d'un dispositif d'accompagnement de 20 établissements qui ont fait progresser leur taux de chirurgie ambulatoire, ce guide présente des méthodes et des retours d'expériences concrets, qui peuvent être mis en œuvre par tout établissement souhaitant développer son activité de chirurgie ambulatoire.

