

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”



**Recommandations
organisationnelles**

Pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre

15 fiches techniques explicatives, évaluatives, de mise en œuvre

Mai 2013

Le document source de cette synthèse est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.anap.fr

Haute Autorité de Santé

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

**Agence Nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux**

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PRÉSENTATION GLOBALE DU DISPOSITIF	6
CONTENU TYPE D'UNE FICHE TECHNIQUE EXPLICATIVE, ÉVALUATIVE, DE MISE EN ŒUVRE.....	8
OUTILS ET GUIDES ASSOCIÉS AUX FICHES TECHNIQUES EXPLICATIVES, ÉVALUATIVES, DE MISE EN ŒUVRE.....	9
FICHE N° 1 : MAÎTRISER LE PROCESSUS PAR LA GESTION DES FLUX.....	11
FICHE N° 2 : IDENTIFIER LES INCITATIONS.....	17
FICHE N° 3 : INSCRIRE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE COMME UNE PRIORITÉ DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT	23
FICHE N° 4 : DISSOCIER LE SOIN DE L'HÉBERGEMENT	45
FICHE N° 5 : ORGANISER, OPTIMISER ET RÉGULER LES FLUX	49
FICHE N° 6 : PRENDRE EN CHARGE LES URGENCES EN UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	57
FICHE N° 7 : PROTOCOLISER LA SUBSTITUTION	59
FICHE N° 8 : DÉFINIR LES FONCTIONS MANAGÉRIALES ET LES MODALITÉS DE PILOTAGE.....	63
FICHE N° 9 : DISPOSER DE COMPÉTENCES ET DE RESSOURCES HUMAINES DÉDIÉES.....	69
FICHE N° 10 : FAVORISER LES COOPÉRATIONS PROFESSIONNELLES FORMALISÉES	73
FICHE N° 11 : DISPOSER DE NOUVELLES COMPÉTENCES ET DE NOUVEAUX MÉTIERS DÉDIÉS AUX FLUX	75
FICHE N° 12 : DISPOSER DE RESSOURCES MATÉRIELLES ADAPTÉES.....	81
FICHE N° 13 : AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	85
FICHE N° 14 : FORMER LES ACTEURS	89
FICHE N° 15 : DÉVELOPPER LES ORGANISATIONS QUI CONSOLIDENT L'INDÉPENDANCE DES FLUX	91
SIGLES	95
PARTICIPANTS.....	97

INTRODUCTION



Le retard français sur la chirurgie ambulatoire, prise en charge innovante permettant au patient de ne rester hospitalisé que le strict temps nécessaire et de retourner chez lui le jour même de son intervention, a amené les pouvoirs publics à inscrire son développement dans leurs priorités : procédure de Mise Sous Accord Pré-établi, évolution tarifaire et réglementaire, inscription dans les priorités de gestion du risque des Agences Régionales de Santé, etc.

La demande exprimée par les pouvoirs publics de disposer d'éléments de référence sous forme de recommandations, guides et outils, susceptibles d'aider au développement français de la chirurgie ambulatoire, a conduit l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et la Haute Autorité de Santé (HAS), à renforcer leur partenariat (constitué depuis 2009) en unissant leurs compétences et expériences respectives et en construisant un programme de travail commun pluriannuel 2012-2016.

Le programme de travail commun ANAP HAS, publié sous la forme d'une note d'orientation commune en décembre 2011, se décline en six axes :

- un socle de connaissance publié en avril 2012 ;
- un axe patient ;
- un axe sur la dimension organisationnelle ;
- un axe sur la dimension économique ;
- un axe sur les indicateurs ;
- un axe sur la certification et l'accréditation.

L'axe sur la dimension organisationnelle de la chirurgie ambulatoire, traitée dans ce document, a pour objectif d'identifier et d'optimiser les processus organisationnels complexes qui sont inhérents à la prise en charge ambulatoire. Ils sont caractérisés par la gestion de flux multiples qu'il est nécessaire de synchroniser (flux physiques et informationnels : patients, professionnels de santé, prestations, information, etc.).

Cette organisation ambulatoire, centrée sur le patient, nécessite à la fois une anticipation des différentes étapes de la prise en charge du patient, une parfaite coordination des différents acteurs entre eux, une harmonisation des pratiques professionnelles et une information adaptée aux patients.

Ce document a pour ambition d'explicitier les recommandations organisationnelles sur la chirurgie ambulatoire au travers de 15 fiches techniques explicatives et d'apporter des outils et des guides d'évaluation et de mise en œuvre. Il s'adresse aux professionnels de santé, gestionnaires d'établissements et tutelles. Les recommandations spécifiquement orientées « gestion des risques » sont traitées dans un autre document : le guide méthodologique sur la sécurité des patients en chirurgie ambulatoire.

Pour ceux qui souhaitent aller plus loin, ce document renvoie aussi à des éléments bibliographiques et fait référence directement aux monographies des quinze établissements les plus performants et représentatifs en chirurgie ambulatoire du *benchmark* et qui ont servi à identifier les facteurs clés de succès (organisationnels et culturels) du développement de la chirurgie ambulatoire.

Enfin, d'autres documents sont mis à disposition des lecteurs pour approfondir leurs réflexions. Des éléments spécifiques issus de la démarche d'élaboration des recommandations organisationnelles, comme la méthodologie et les résultats du *benchmark* des quinze établissements les plus performants et représentatifs, les actes de la table ronde nationale de novembre 2012, les quinze monographies du *benchmark*, ainsi que des documents déjà publiés, comme le Socle de connaissance en chirurgie ambulatoire ANAP HAS (publication avril 2012), le Guide HAS à la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé (publication mars 2012) et le *Work Package* n° 5 ANAP HAS du projet européen *DAYS SAFE* « *Improving Patient safety of hospital care through Day surgery* » mené sous l'égide de la Commission Européenne par l'*Executive Agency for Health and Consumers (Programme of Community Action in the Field of Public Health 2008-2013)* (publication janvier 2013).

PRÉSENTATION GLOBALE DU DISPOSITIF

Le dispositif global « recommandations organisationnelles, outils et guides associés » comprend quatre types de productions : d'une part, les recommandations organisationnelles ANAP-HAS et, d'autre part, trois bases complémentaires (« pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre », « liste des outils et guides » et « pour approfondir la réflexion »).

■ Recommandations organisationnelles

16 recommandations issues des constats du *benchmark* (pilotage Anap) et de la démarche gestion des risques (pilotage Has) sont regroupées selon 4 types : principes fondamentaux, éléments stratégiques, éléments opérationnels et prospectives.

Ces recommandations sont à destination des Professionnels de Santé, des Établissements de Santé et des Agences Régionales de Santé. Elles sont explicitées et accompagnées d'outils et de guides d'évaluation et de mise en œuvre, ainsi que d'éléments pour approfondir la réflexion.

■ Pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre les recommandations

- ▶ 15 fiches techniques explicatives, évaluatives et de mise en œuvre (présent document).
- ▶ Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire : guide méthodologique.

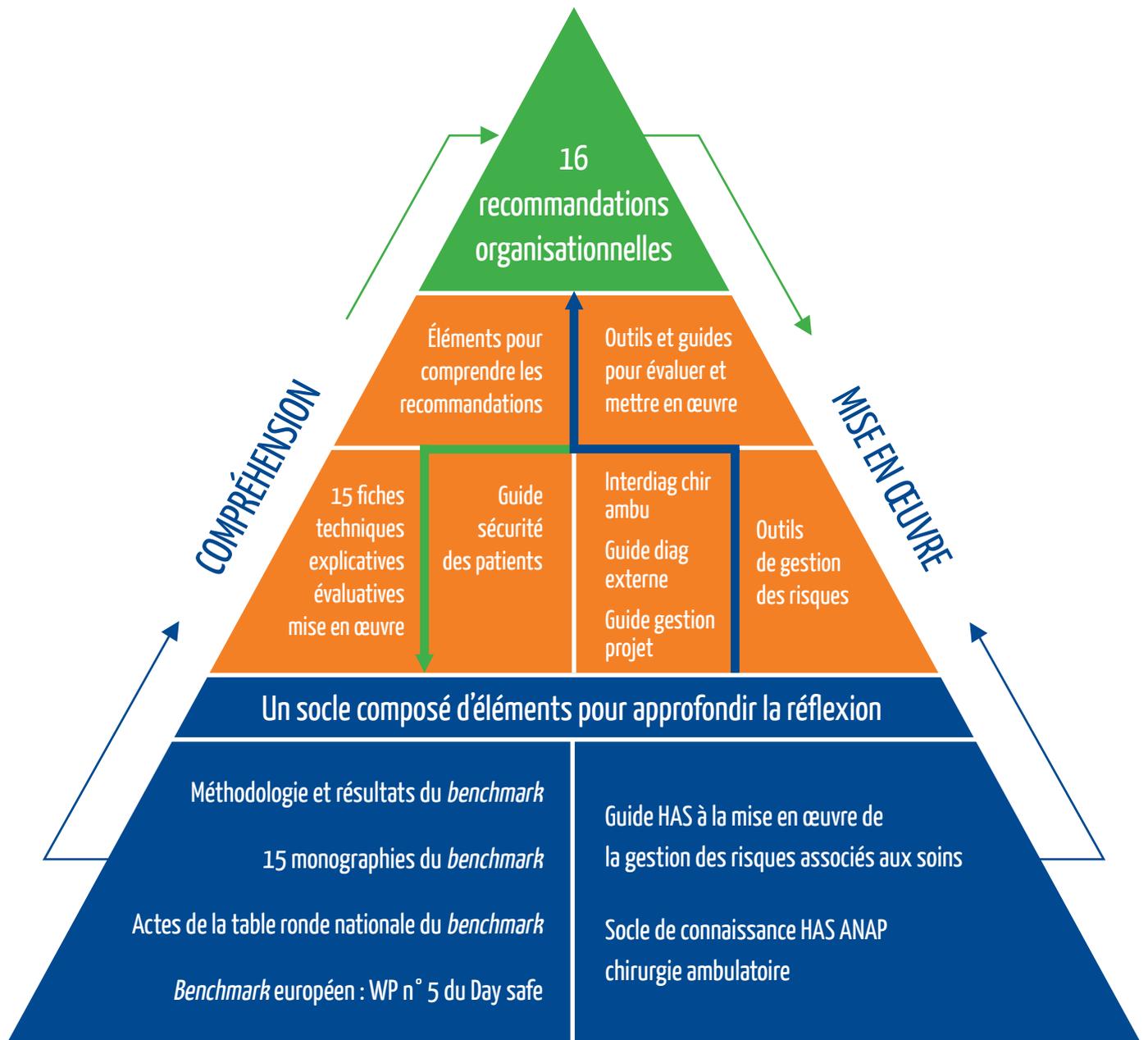
■ Liste des outils et des guides

- ▶ Outils et guides associés d'évaluation et de mise en œuvre des recommandations (présent document + interdiag chir ambu + guide de diagnostic externe + guide gestion de projet).
- ▶ Outils de gestion des risques de base et de gestion des risques de 1^{re}, 2^e et 3^e intention (Cf. guide méthodologique sur la sécurité des patients en chirurgie ambulatoire).

■ Pour approfondir la réflexion

- ▶ Méthodologie et résultats du *benchmark* : la méthodologie du *benchmark*, ainsi que ses résultats, sont rendus disponibles permettant de mettre en exergue la filiation directe entre les constats du terrain (monographies), la synthèse de ces constats (*benchmark*) et le produit final (recommandations).

- ▶ Cette mise à disposition de la méthodologie a aussi pour objectif de rendre accessible les éléments de la méthode dans le cas où certaines régions souhaiteraient reproduire une démarche de type *benchmark* chez elles.
- ▶ Actes de la table ronde nationale du *benchmark* : la méthodologie du *benchmark* est complétée par la retranscription des actes de la table ronde nationale organisée par l'Anap le 21 novembre 2012, colloque dont l'objectif était de débattre autour des faits marquants et des recommandations issus du *benchmark*, avec les 15 établissements du *benchmark* et les 18 experts nationaux.
- ▶ 15 monographies du *benchmark* : chaque monographie est construite selon un même plan permettant son utilisation facile : synthèse générale, structure de base, parcours patient, convictions et pratiques, stratégie de développement et conduite du changement.
Des bandeaux verts et rouges, ainsi que des bandeaux bleus intitulés « L'œil de l'expert », facilitent l'identification des éléments remarquables dans les établissements, soit des atouts et leviers observés, soit des freins qui persistent au niveau de l'organisation et de potentielles pistes d'amélioration, soit des éléments de valeur ajoutée liés à la perception spécifique de l'expert.
- ▶ Socle de connaissance en chirurgie ambulatoire ANAP - HAS (publication avril 2012).
- ▶ Guide HAS à la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé (publication mars 2012).
- ▶ *Work Package n° 5 ANAP HAS* du projet européen *DAYSAFE « Improving Patient safety of hospital care through Day surgery »*, visant à améliorer la qualité des soins hospitaliers et la sécurité des patients par la diffusion de recommandations organisationnelles européennes de chirurgie ambulatoire (publication janvier 2013).



PRÉSENTATION DE L'ENSEMBLE DU DISPOSITIF

CONTENU TYPE D'UNE FICHE TECHNIQUE EXPLICATIVE, ÉVALUATIVE, DE MISE EN ŒUVRE

Ce document contient 15 fiches techniques explicatives, évaluatives, de mise en œuvre des recommandations.

En effet, pour faciliter l'appropriation des recommandations par les établissements, les professionnels de santé et les Agences Régionales de Santé, chaque recommandation est reliée à une fiche technique pour l'expliquer.

Les recommandations spécifiquement orientées « gestion des risques » sont traitées dans le guide méthodologique sur la sécurité des patients en chirurgie ambulatoire.

Chaque recommandation est liée à une fiche technique. À l'exception de deux recommandations qui sont liées à plusieurs fiches techniques.

La recommandation H est reliée aux fiches techniques n° 5 et 6 ; la recommandation L est reliée aux fiches techniques n° 9, 10 et 11.

En fonction de l'articulation potentielle de certaines fiches ou recommandations entre elles, des liens sont indiqués entre elles.

Exemple de la recommandation B et de la fiche technique n° 1 qui est en lien avec les recommandations H et P et les fiches techniques n° 5, 6 et 15.

Chaque fiche technique est construite selon un plan identique :

- rappel de la recommandation ;
- problématique et enjeux ;
- objectifs ;
- principes de mise en œuvre et actions associées ;
- pilotage du changement ;
- typologie de la recommandation ;
- pour évaluer et mettre en œuvre : référence aux outils et aux guides :
 - outil de diagnostic interne = INTERDIAG CHIR AMBU,
 - guide de diagnostic externe,
 - guide de gestion de projet,
 - autres (fiches de postes, etc.),
- pour approfondir la réflexion : référence
 - aux monographies des 15 établissements les plus performants et représentatifs du *benchmark*,
 - ou à des éléments bibliographiques.

OUTILS ET GUIDES ASSOCIÉS AUX FICHES TECHNIQUES EXPLICATIVES, ÉVALUATIVES, DE MISE EN ŒUVRE

Ce document contient des outils et des guides de diagnostic, d'évaluation et de mise en œuvre en lien avec les 15 fiches techniques explicatives, évaluatives, de mise en œuvre des recommandations. Mis à disposition de tous les acteurs, professionnels de santé, gestionnaires d'établissements et tutelles, dont les Agences Régionales de Santé, ils ont pour objectifs de constituer une aide diagnostic pour évaluer la maturité ambulatoire d'un établissement et de fournir des éléments pour la mise en œuvre d'un développement ambulatoire.

Outil de diagnostic interne chirurgie ambulatoire = INTERDIAG CHIR AMBU

Interdiag chir ambu, outil de diagnostic interne sur la chirurgie ambulatoire, est un questionnaire autoportant permettant, à chaque établissement de santé ou organisation, d'évaluer son niveau de maturité pour chacune des recommandations organisationnelles ANAP HAS sur la chirurgie ambulatoire.

Chacune des recommandations est traitée par une série de questions fermées (entre 4 à 23 questions par recommandation) auxquelles l'établissement ou l'organisation répond par oui ou par non, ce qui permet de calculer un score - exprimé en pourcentage de bonnes réponses - pour chaque recommandation.

Il peut ainsi mesurer le chemin à parcourir jusqu'à 100% de bonnes réponses.

Cet outil se présente sous forme d'un document excel avec calcul automatique du score par recommandation (les réponses à certaines questions peuvent être surpondérées par rapport à d'autres). Cf. « pour évaluer et mettre en œuvre » des fiches techniques n°2 à 13 et fiche technique 15 ou disponibilité de l'outil par téléchargement sur les sites web de l'Anap et de la Has.

Guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire

Ce guide de diagnostic externe a pour finalité de permettre à chaque établissement de santé d'évaluer, à partir d'indicateurs disponibles principalement dans l'outil Hospi Diag, sa situation actuelle en chirurgie

ambulatoire (et plus largement dans la globalité de sa chirurgie) en regard de son évolution passée et de son environnement sanitaire et en vue de dégager des perspectives d'évolution future.

Il constitue une aide à la décision pour les établissements, professionnels de santé et gestionnaires, dans le cadre de la préparation du projet médical et plus largement du projet d'établissement. Il peut être aussi une aide pour les Agences Régionales de Santé dans le cadre d'un projet de territoire.

Ce guide se présente sous forme d'un document word et renvoie aux bases de données nationales Hospi Diag et PMSI en donnant des éléments d'interprétation des indicateurs. Cf. « pour évaluer et mettre en œuvre » des fiches techniques n°3 et 8 ou disponibilité du guide par téléchargement sur les sites web de l'Anap et de la Has.

Guide de gestion de projet chirurgie ambulatoire

Ce guide a pour objectif de donner les grands principes de conduite de projet pour un établissement qui souhaite enclencher une dynamique ambulatoire : des pistes pour construire et fonctionner en mode projet.

Ce guide se présente sous forme d'un document word. Cf. « pour évaluer et mettre en œuvre » fiche technique n°3 ou disponibilité du guide par téléchargement sur les sites web de l'Anap et de la Has.

Autres

Des exemples de fiches de poste sont annexés pour mettre en œuvre les nouvelles compétences et nouveaux métiers dédiés aux flux. Cf. « pour évaluer et mettre en œuvre » fiche n°11.

FICHE N° 1 : MAÎTRISER LE PROCESSUS PAR LA GESTION DES FLUX

RECOMMANDATION B (EN LIEN AVEC LES FICHES TECHNIQUES N° 5, 6 ET 15)

Recommandation

La chirurgie ambulatoire est une organisation nécessitant de gérer et de synchroniser des flux multiples (patients, professionnels de santé, brancardiers, logistiques, etc.). Sa spécificité essentielle est un temps de prise en charge réduit au maximum à 12 heures de présence du patient dans la structure, tout en améliorant la qualité de sa prise en charge.

Cette contrainte de temps oblige l'optimisation des flux à chaque étape du processus en réduisant au maximum les temps sans « valeur ajoutée » (ou zone de gaspillage).

Les temps à « valeur ajoutée » sont à renforcer, par exemple, le temps passé en consultation à informer le patient acteur de sa prise en charge.

Les zones de gaspillage à repérer sont de nature variables : les défauts ou erreurs, la surproduction, les attentes, le transport, les mouvements, les actions inappropriées, la sous-utilisation des ressources, le doublonnage de tâche.

Problématique et enjeux

La chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré sur le patient dont le principe est de réduire le temps de sa prise en charge à moins de 12 heures dans une structure sans hébergement nocturne, tout en améliorant la qualité de sa prise en charge (moindre risque d'exposition aux infections nosocomiales, plus grande satisfaction du patient, réhabilitation plus précoce, etc.). Ce principe ne peut être approché que par une maîtrise des flux. Or, le monde hospitalier est peu familier de cette approche par les flux ou bien cette approche est souvent trop vite assimilée par le monde hospitalier à la seule réduction des coûts.

Le monde industriel dispose depuis longtemps de techniques et de procédures rodées (comme la méthode Lean), qui peuvent contribuer, lorsqu'elles sont adaptées à l'univers de l'Hôpital, à cette maîtrise des flux, en raccourcissant les circuits, éliminant les temps morts, réduisant les marges d'erreur et luttant contre le gaspillage.

Une appropriation des fondamentaux autour de ces techniques permet de les assimiler et de chercher à les adapter/appliquer à l'Hôpital et plus particulièrement en chirurgie ambulatoire. Mais cette application est un véritable changement culturel car elle bouleverse la tradition, les conservatismes et les lobbies.

Objectifs

- Apprendre à penser la prise en charge du patient comme un processus.
- Définir le concept de « valeur ajoutée » associé à chaque étape d'une prise de charge en chirurgie ambulatoire.
- Se familiariser avec le concept de gestion des flux comme la mise en place d'un flux « au fil de l'eau », de flux tirés ou le *TAKT time*.
- Comprendre que ces techniques visent autant la qualité que la productivité de la prise en charge : en simplifiant et en fiabilisant les processus et l'organisation des flux, on évite les erreurs, on améliore les conditions de travail et on circonscrit les événements indésirables.

Principes de mise en œuvre et actions associées

Les éléments clés d'une bonne gestion des flux sont construits sur les étapes suivantes :

Définir ce qui apporte de la valeur ajoutée pour le patient

La prise en charge d'un patient est composée de différentes activités qui sont réalisées tout au long du parcours. À chaque étape réellement constatée, on s'attachera à définir sa valeur ajoutée.

On distingue 3 types de tâches :

- les activités à valeur ajoutée directe pour le patient (soins, prescription, gestes interventionnels).
On cherchera à maximiser ces activités ;
- les activités à valeur ajoutée indirecte pour le patient. Ces étapes sont nécessaires pour l'organisation, mais n'impactent pas le patient directement pendant le temps de sa prise en charge (ex : enregistrement informatique du patient, période d'incubation dans un laboratoire de microbiologie).
On cherchera à minimiser ces activités ;
- les activités sources de gaspillage.
On cherchera à les identifier et à les éliminer.

On distingue 8 types de gaspillage :

- défauts (dossier patient incomplet, etc.) ;
- attentes (attente de la signature médicale pour l'aptitude à la rue, etc.) ;
- accumulation de patients (convocation systématique des patients à 8 heures, etc.) ;
- transport (brancardage systématique de tous les patients jusqu'au bloc opératoire, etc.) ;
- mouvements (multiplication des transferts des patients depuis l'unité de chirurgie ambulatoire jusqu'à la salle de bloc opératoire, etc.) ;
- action inappropriée (une heure de passage systématique en Salle de Soins Post Interventionnel pour une anesthésie topique, etc.) ;
- sous-utilisation des ressources (absence de lissage d'activité dans l'unité de chirurgie ambulatoire, etc.) ;
- doublons de tâche (recopiage de données papiers dans le système d'information, etc.).

Il est important de comprendre que, pour une activité donnée, un geste peut-être source de valeur ajoutée ou de gaspillage. L'implication des professionnels dans l'exercice est donc primordiale.

Cartographier l'ensemble des flux

Une représentation visuelle de l'ensemble des activités existantes est indispensable pour s'assurer d'une compréhension fine du processus. La cartographie doit se concentrer sur ce qui se passe le plus souvent dans une prise en charge donnée tout en décrivant avec beaucoup de détails les différentes activités afin d'avoir une

compréhension exhaustive du « terrain ». Elle peut être complétée par des informations chiffrées sur des temps de cycle par activités. A la fois les flux physiques (flux patients, professionnels de santé, prestations) et les flux d'information doivent y figurer.

Éliminer le gaspillage

Le travail de cartographie permet ensuite de repérer les activités source de gaspillage et d'envisager les éliminations, simplifications, regroupements d'activités similaires ou séquençage d'activités.

Par séquençage, on entend une modification de l'ordre des activités comme par exemple la prescription systématique d'antalgiques dès la consultation d'anesthésie et non pas à la sortie du patient de l'UCA.

Une réflexion plus générale sur le principe de « court-circuit d'une étape pour se rendre à l'étape suivante » doit s'engager systématiquement afin de minimiser, voire de supprimer, certaines étapes qui sont autant de moins-value dans le circuit.

On peut citer les exemples suivants à titre illustratif :

- re-convocation d'un patient pour une consultation d'anesthésie, lui imposant plusieurs heures et des coûts de transport alors qu'elle pourrait faire suite à celle du chirurgien ;
- surcharge d'une SSPI trop petite pour accueillir systématiquement tous les patients opérés avec le risque de multiplier les erreurs et les confusions ;
- préadmissions itératives alors que l'établissement possède toutes les informations nécessaires ;
- double score d'Aldrete au bloc opératoire et en SSPI,
- blocage d'un patient dans une salle d'opération en attente d'une anesthésie alors qu'il pourrait bénéficier d'une salle dédiée à la pré-anesthésie plus sécurisée ;
- convocation d'un patient avec un domicile éloigné pour une consultation d'anesthésie alors que celle-ci pourrait être réalisée par un confrère sur la base d'une formalisation de la démarche ;
- etc.

Par ailleurs, le « *fast tracking* », déployé dans de nombreux pays et que l'on peut traduire par « court-circuit



d'une étape pour aller à l'étape suivante », correspond ainsi, dans sa transposition dans le domaine de l'anesthésie, à l'élimination d'une activité de salle de réveil pour des patients à faible risque post-opératoire sous anesthésie locorégionale périphérique, l'évaluation du patient se faisant à la sortie de la salle d'intervention (ex : score d'Aldrete modifié)¹. Dans ce cas, les patients vont dans une salle de « remise à la rue ».

Optimiser les flux : mise en place d'un flux « au fil de l'eau », flux tirés, TAKT time

La convocation systématique de tous les patients à l'ouverture de l'unité désorganise la gestion des flux.

La méthode LEAN décrit ce mode d'organisation comme un traitement dit « par lot », souvent peu efficace car générateur de temps d'attente inutile, voire d'inconfort pour le patient dans l'obligation de se lever tôt et à l'origine de goulots d'étranglements pour la structure en générant un pic de charge pour le personnel. Elle recommande la mise en place du flux au fil de l'eau, ce qui correspond à une convocation des patients de manière décalée tout au long de la journée d'ouverture.

La mise en place de flux tirés entre 2 activités consiste à ne déclencher une action sur le parcours patient que s'il existe une demande exprimée par l'étape d'après.

Exemple : ce n'est pas l'unité de chirurgie ambulatoire qui envoie le patient au bloc opératoire (flux poussés), c'est le bloc qui demande la venue du patient quand il est en capacité de l'accueillir (flux tirés).

La recherche de cette approche tout au long du circuit évite l'accumulation des patients entre deux étapes, ce qui est source d'attente et potentiellement de désorganisation. Cette approche est rendue possible en chirurgie ambulatoire dès lors que les prises en charge sont très protocolisées et que les temps nécessaires pour chaque étape sont connus, maîtrisables et programmables par l'organisation.

L'optimisation des flux passent aussi par l'alignement de l'ensemble des étapes de la prise en charge sur « *takt time* », c'est-à-dire le tempo nécessaire² pour traiter le nombre de patients pris en charge pendant la journée opératoire.

Travailler à l'amélioration continue

La simplification et l'optimisation des flux est un travail d'amélioration pragmatique, graduelle et continue dont le préalable est une remise en question permanente des pratiques. Tester une solution dans des délais courts sur un périmètre limité est toujours plus efficace.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Compréhension et appropriation des concepts. Volonté d'appliquer une politique d'amélioration continue pragmatique partagée par tous les acteurs.
Risques de blocage majeur	Assimilation du LEAN visant uniquement la réduction des coûts et résistance au changement.
Limite d'application	

1. Cf. position de la SFAR sur « Conditions et modalités pratiques de transfert direct d'une salle interventionnelle vers une unité d'hospitalisation ambulatoire ou d'une unité d'hospitalisation classique pour des patients ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale périphérique sans sédation » validé par son conseil d'administration le 5 mai 2011.

2. Pour une ou place d'ambulatoire ouverte 12h devant prendre en charge 5 patients (ex : cataracte), ce tempo devrait être de $12h/5 = 144$ min par patient.

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations sur les principes fondamentaux.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Formation à la méthodologie et aux outils. Application concrète des concepts dans l'organisation de l'établissement.

Pour approfondir la réflexion

Éléments de bibliographie et présentation de la méthode Lean.

La méthodologie Lean est explicitée et référencée, permettant à un lecteur d'aller plus loin dans l'étude de la gestion des flux en apportant des éléments théoriques et pratiques.

DIAPORAMAS DE PRESENTATION DE LA MÉTHODE LEAN (cf. deux documents associés)

OUVRAGE DE BASE SUR LE LEAN ET LE LEAN A L'HOPITAL

Toyota Production System : Beyond Large-Scale Production
Taiichi Ohno
1st Edition, 1988

Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation
James P. Womack, Daniel T. Jones
Simon & Schuster, 1996

On the Mend: Revolutionizing Healthcare to Save Lives and Transform the Industry
John Toussaint
Lean Enterprise Institute, 2010

Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement
Mark Graban
Productivity Press, 2011

Healing Healthcare: A Leadership Journey
Mark L. Dean PhD, Susan Griebel, Janet MacCausland
Goal/QPC, 2012

SELECTION D'ARTICLES : l'approche LEAN et le monde de l'hôpital

Lean Six Sigma in Healthcare
Henk de Koning MSc, John P. S. Verver, Jaap van den Heuvel MSc, Soren Bisgaard PhD, Ronald J. M. M. Does
Journal for Healthcare Quality, Volume 28, Issue 2, pages 4–11, March-April 2006
onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1945-1474.2006.tb00596.x/abstract

Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker?
Christopher S. Kim MD, MBA, David A. Spahlinger MD, Jeanne M. Kin JD, MHA, John E. Billi MD
Journal of Hospital Medicine - Volume 1, Issue 3, pages 191–199, May/June 2006
onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.68/abstract

More facilities using Toyota methods to improve every step of care from inventory to discharge,
Carol Berczuk
The Hospitalist, June 2008
www.the-hospitalist.org/details/article/186537/The_Lean_Hospital.html

SELECTION D'ARTICLES : étude de cas et retours d'expérience

Reducing Waste and Errors: Piloting Lean Principles at Intermountain Healthcare
Jimmerson, Cindy; Weber, Dorothy; Sobek, Durward K.
Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Volume 31, Number 5, May 2005, pp. 249-257(9)
www.ingentaconnect.com/content/jcaho/jcqs/2005/00000031/00000005/art00002

Redesigning emergency department patient flows:
Application of Lean Thinking to health care

Diane L King, David I Ben-Tovim, Jane Bassham
Emergency Medicine Australasi, Volume 18, Issue 4,
pages 391–397, August 2006
onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-6723.2006.00872.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false

Lessons for Lean in Healthcare from Using Six Sigma
in the NHS

Nathan Proudlovea, Claire Moxhamb & Ruth Boadenc
Public Money & Management - Volume 28, Issue 1,
2008
www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1111/j.1467-9302.2008.00615.x

Work organisation improvement methods applied to
activities of Blood Transfusion Establishments (BTE):
Lean Manufacturing, VSM, 5S

Bertholey F, Bourniquel P, Rivery E, Coudurier N, Follea G
Transfus Clin Biol. 2009 May;16(2):93-100
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19446483

Nurse-led liaison mental health service for older
adults: service development using lean thinking
methodology

Atkinson P, Mukaetova-Ladinska EB
J Psychosom Res. 2012 Apr;72(4):328-31. Epub 2012
Jan 20., PubMed
Bowes Lyon Unit, Lanchester Road Hospital, Durham,
UK.

How does lean work in emergency care? A case
study of a lean-inspired intervention at the Astrid
Lindgren Children's hospital

Mozzato P, Holden RJ, Brommels M, Aronsson H,
Backman U, Elg M, Tho J :, Stockholm, Sweden.,
PubMed
BMC Health Services Research 2012
www.biomedcentral.com/1472-6963/12/28

**SELECTION D'ARTICLES : analyse de l'impact du
Lean**

Lean Thinking in Healthcare: a realist review of the
literature

Pamela Mazzocato, Carl Savage, Mats Brommels,
Hakan Aronsson, Johan Thor
Qual Saf Health Care 2010;19:376-382 doi:10.1136/
qshc.2009.037986
qualitysafety.bmj.com/content/19/5/376.short

Application of lean thinking to health care: issues and
observations

Tom Joosten Inge Bongers and Richard Janssen
Int J Qual Health Care (2009) 21 (5): 341-347
intqhc.oxfordjournals.org/content/21/5/341.full.pdf+html

Measuring lean initiatives in health care services:
issues and findings

Beata Kollberg, Jens J. Dahlgard, Per-Olaf Brehmer
International Journal of Productivity and Performance
Management, Vol. 56 Iss: 1, pp.7 – 24
www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1585212&show=abstract

A critical look at Lean Thinking in healthcare

T P Young, S I McClean
Qual Saf Health Care 2008;17:382-386 doi:10.1136/
qshc.2006.020131
<http://qualitysafety.bmj.com/content/17/5/382.short>

FICHE N°2 : IDENTIFIER LES INCITATIONS

RECOMMANDATION D

Recommandation

La chirurgie ambulatoire est une innovation organisationnelle qui modifie les comportements. Comme toute innovation, son développement nécessite la mise en place d'incitatifs, en réponse aux contraintes existantes.

Les contraintes peuvent être de différentes natures : capacitaires, environnementales, économiques et financières, politiques, architecturales, démographie médicale, etc.

Tous les incitatifs doivent être identifiés permettant d'insuffler une dynamique collective d'établissement dont la mise en œuvre ne peut se faire en l'absence d'un volume minimal d'activité chirurgicale.

Problématique et enjeux

La chirurgie ambulatoire est une innovation organisationnelle qui ne se développe pas spontanément car elle modifie les comportements anciens. Dans tous les pays, la chirurgie ambulatoire s'est d'abord développée sous contraintes (crainte de la bureaucratie aux USA, file d'attente en Angleterre, etc.).

La contrainte en France, notamment capacitaire ou réglementaire (carte sanitaire, taux de change, MSAP), a été très souvent avancée par les établissements du *benchmark* comme l'un des principaux moteurs du développement de la chirurgie ambulatoire. Si, cette contrainte était parfois subie (imposée par l'environnement), elle était souvent délibérément mise en place par les établissements, permettant d'enclencher une démarche basée sur une intelligence collective pour contourner ces contraintes ou freins. La chirurgie ambulatoire était alors revendiquée comme un levier fort.

Associer de manière volontaire et systématique contraintes et incitations maximise ainsi le développement de la chirurgie ambulatoire, même s'il relève parfois d'un exercice d'équilibriste. La participation active de tous les acteurs est la clé de la réussite du projet. Les importants changements culturels et organisationnels qui en résultent nécessitent un volume d'activité chirurgicale indispensable à ce travail sur les flux. Le développement de la chirurgie ambulatoire ne peut être un « palliatif » à une activité chirurgicale en déclin.

Objectifs

- Mettre en place des mesures structurelles favorisant le transfert de l'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire.
- Développer un argumentaire sincèrement favorable à la chirurgie ambulatoire en phase avec les enjeux et le contexte de l'établissement.
- S'appuyer sur toutes les incitations, notamment tarifaires et savoir aller au-delà.

Principes de mise en œuvre et actions associées

Potentialiser des contraintes innées ou acquises

La réduction capacitaire des unités d'Hospitalisation Complète est une des contraintes les plus puissantes pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, car c'est une des seules qui soit véritablement maîtrisée par l'établissement lui-même.

Suivant les configurations, les démarches suivantes peuvent être engagées :

- transférer des lits et du personnel vers l'ambulatoire pour les services contributeurs à l'ambulatoire ;
- augmenter les flux ou la capacité du bloc opératoire pour améliorer sa productivité afin d'inciter à réduire les durées de séjours et être en mesure d'utiliser pleinement le plateau technique.

.....

D'autres contraintes peuvent exister obligeant les établissements à repenser l'organisation en misant sur le développement de l'ambulatoire :

- les contraintes foncières, architecturales ou financières, interdisant toute expansion capacitaire, peuvent être des leviers pour l'ambulatoire dès lors qu'elles obligent à repenser l'organisation en optimisant les durées de séjours et en développant les rotations en ambulatoire ;
- les contraintes politiques d'offre de soins peuvent amener à développer l'ambulatoire par l'impulsion qu'elle provoque au sein de l'établissement ;
- la pression concurrentielle peut amener les établissements à développer une offre ambulatoire attractive pour les patients de par son effet « vitrine » ;
- l'évolution défavorable de la démographie médicale peut amener les établissements à se servir du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de leurs structures comme incitation au recrutement d'opérateurs et d'anesthésistes pour continuer d'assurer la réponse au besoin populationnel.

Développer les incitations

La recherche d'une convergence d'intérêt entre les objectifs de l'établissement dans son contexte et les professionnels de santé est essentielle pour développer et mettre en œuvre les incitations.

Parmi les principales incitations, on pourra citer :

- la chirurgie ambulatoire est génératrice de qualité et de satisfaction pour le patient car elle impose, pour un même geste technique, des jalons qualitatifs supplémentaires qui n'existent pas ou sont peu présents en hospitalisation conventionnelle : qualité de l'information transmise au patient, appel de la veille, appel du lendemain, etc. ;
- la chirurgie ambulatoire peut devenir un terrain d'innovation pour les chirurgiens et les anesthésistes dans l'évolution de leurs techniques respectives et dans leurs approches du bénéfice/risque (exemple des colectomies, prothèses totales de genou et de hanche en ambulatoire) ;

- la chirurgie ambulatoire favorise le développement des parts de marché chirurgicales, notamment sur les gestes innovants en ambulatoire, mais aussi sur la chirurgie traditionnelle (effet vitrine) ;
- la chirurgie ambulatoire s'accompagne d'un modèle de redistribution interne des ressources (recettes et charges) qui favorise les services contributeurs ;
- les gains capacitaires obtenus sur l'hospitalisation complète sont des opportunités de développement : développement des chambres uniques en hospitalisation complète, réduction des listes d'attente chirurgicales, optimisation du fonctionnement du bloc opératoire ou développement de l'activité conventionnelle suite au transfert vers l'ambulatoire ;
- l'unité de chirurgie ambulatoire et son fonctionnement doivent être attractif, efficient et améliorer la qualité de vie au travail pour les professionnels de santé : attractivité des locaux, renforcement des équipes pour un fonctionnement optimal, proximité avec le bloc opératoire, simplicité et efficacité des procédures, simplification des tâches pour l'ambulatoire ;
- la chirurgie ambulatoire est un vecteur de réduction des infections nosocomiales par sa durée de séjour réduite et aussi au niveau des infections sur site opératoire.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Leadership de la direction générale et du président de CME ainsi que du coordonnateur médical et du cadre de l'UCA. Adéquation des choix capacitaires au travers d'une approche graduée et individualisée par spécialité.
Risques de blocage majeur	Approche patrimoniale des lits d'hospitalisation complète.
Limite d'application	

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations sur les principes fondamentaux.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Évolution du taux global de chirurgie ambulatoire. Transfert d'activité vers la chirurgie ambulatoire.

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- À niveau d'activité constante, la mise en place de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire et son développement ont-ils été accompagnés d'une réduction des capacités d'hospitalisation complète et un redéploiement de personnel ?
- Des contraintes subies ou voulues par l'établissement (financières, démographie médicale, impératif de développement d'activité, foncières et architecturales, tutélaires, etc.), ont-elles été utilisées comme levier au développement de la chirurgie ambulatoire ?
- Le développement de la chirurgie ambulatoire a-t-il été objectivé :
 - pour les patients (ex : plus grande satisfaction, meilleure qualité des soins, moindre exposition aux infections nosocomiales, etc.) ? ;
 - pour l'établissement (meilleure attractivité, augmentation des parts de marché, meilleure productivité, optimisation de l'organisation, redéploiement des ressources, etc.) ?

- pour les équipes travaillant dans les établissements (augmentation de l'activité, diversification des pratiques, plus grande satisfaction, meilleure qualité de vie, etc.) ?
- en terme de santé publique (amélioration de la qualité de service rendu, moindre exposition aux infections nosocomiales, minimisation des coûts sociaux, etc.) ?
- La chirurgie ambulatoire et ses avantages ont-ils fait l'objet d'un travail de sensibilisation spécifique :
 - auprès des opérateurs et anesthésistes ?
 - auprès des autres professionnels ?
- L'amélioration de la qualité et la satisfaction des patients ont-elles été mises en avant pour développer la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement ?
- L'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants a-t-elle été mise en avant pour développer la chirurgie ambulatoire ?
- Des locaux et des ressources (personnels, équipement, choix de l'emplacement, etc.) ont-ils été attribués pour rendre particulièrement attractive et performante l'unité de chirurgie ambulatoire ?
- Les innovations chirurgicales et anesthésiques ont-elles été promues pour développer la chirurgie ambulatoire ?

- Les marges de progression de la CA ont-elles été objectivées (analyse du PMSI, *benchmark* et visite d'établissement « référent », référentiels nationaux type Mise Sous Autorisation Préalable) ?
- Le développement de la chirurgie ambulatoire est-il perçu comme un accélérateur de carrière pour les médecins qui y contribuent fortement ?
- Les reticences et les facteurs de motivations des professionnels de santé autour du développement de la chirurgie ambulatoire ont-ils été soigneusement recensés et traités ?

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

Contrainte capacitaire et moyens humains

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 40
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 28
- Centre clinique (Soyaux), p. 23
- Centre de la main (Angers), p. 30
- CH St Quentin, p. 35
- CHI Poissy St Germain, p. 26
- CHR Metz - Thionville, p. 41
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 30
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 33
- Fondation Rothschild (Paris), p. 29
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 27

Vecteur de croissance d'activité

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 40
- Centre clinique (Soyaux), p. 23
- CH St Quentin, p. 35
- CHI Poissy St Germain, p. 25
- CHU Lille, p. 37
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 29
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 32
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 31
- Fondation Rothschild (Paris), p. 29
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 26

Recrutement et rémunération des médecins

- Centre de la main (Angers), p. 30
- CH St Quentin, p. 35
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 29

- Fondation Rothschild (Paris), p. 29
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 26

Comptabilité analytique

- Centre de la main (Angers), p. 30
- CHI Poissy St Germain, p. 25
- CHR Metz - Thionville, p. 39
- CHU Lille, p. 37

Politique institutionnelle et convergence des acteurs

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 40, p. 46
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 30
- Centre clinique (Soyaux), p. 26
- Centre de la main (Angers), p. 33
- CH St Quentin, p. 35, p. 39
- CHI Poissy St Germain, p. 27
- CHR Metz - Thionville, p. 39, p.45
- CHU Lille, p. 37, p. 42
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 29, p. 33
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 35
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 33
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 27, p. 30
- Fondation Rothschild (Paris), p. 31
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 30

Promotion par la qualité

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 40
- CHI Poissy St Germain, p. 25
- CHR Metz - Thionville, p. 39
- CHU Lille, p. 37
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 29

Valorisation de l'image de la chirurgie ambulatoire

- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 27
- CHI Poissy St Germain, p. 25
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 31

Contraintes architecturales

- Centre de la main (Angers), p. 5
- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 6
- Fondation Rothschild (Paris), p. 9


Autres facteurs

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 6, p. 40
- Centre de la main (Angers), p. 11, p. 30
- CHI Poissy St Germain, p. 25
- CHR Metz - Thionville, p. 13
- CHU Lille, p. 39
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 29
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 8
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 27
- Fondation Rothschild (Paris), p. 29
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 26

FICHE N°3 : INSCRIRE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE COMME UNE PRIORITÉ DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

RECOMMANDATION E

Recommandation

La chirurgie ambulatoire est le mode de prise en charge des patients chirurgicaux à privilégier.

Il doit être un objectif prioritaire du projet d'établissement.

Son inscription dans ce projet constitue un moteur au développement de la chirurgie ambulatoire et un vecteur significatif de la croissance de l'activité chirurgicale.

Développer la chirurgie ambulatoire en tant que « norme » impose à la fois :

- une harmonisation des démarches entre professionnels de santé et direction,
- une impulsion forte au niveau de l'établissement,
- le renforcement de la culture de sécurité et des pratiques de management associées.

Problématique et enjeux

La chirurgie ambulatoire est une innovation organisationnelle. Cette innovation n'est pas toujours facile à mettre en œuvre auprès des professionnels car les bénéfices attendus du développement de la chirurgie ambulatoire ne seront pas toujours visibles à court terme. Elle nécessite une révolution culturelle et une harmonisation des motivations des professionnels de santé et des directions d'établissement. Sans contraintes et incitations fortes, l'ambulatoire risque de rester une initiative isolée. Il importe d'envoyer un message fort.

L'inclusion de la chirurgie ambulatoire dans le projet d'établissement constitue un message fort et le pilier du développement de ce type de prise en charge.

Objectifs

- Donner de la lisibilité et assurer le portage institutionnel du développement de la chirurgie ambulatoire.
- Assurer le changement de « paradigme » chez les acteurs pour faire que la chirurgie ambulatoire devienne le mode de prise en charge prioritaire des patients chirurgicaux.
- Développer et faire partager la culture ambulatoire de l'établissement.
- Penser l'hôpital de demain centré sur le seul soin au bénéfice du patient et non plus sur l'hébergement.

Principes de mise en œuvre et actions associées

L'inscription de la chirurgie ambulatoire en tant que priorité du projet d'établissement implique de :

- constituer un groupe de pilotage interne avec forte implication de la direction générale, des représentants médicaux et soignants ;
- identifier, par étapes et en concertation avec les équipes médico-chirurgicales, le potentiel de substitution pour chaque discipline chirurgicale ;
- identifier les relais médico-chirurgicaux, spécialité par spécialité, capables de porter la démarche de substitution ;
- promouvoir activement les intérêts de la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement : il conviendra plus particulièrement de veiller à mettre en avant les arguments qui ne sont pas du seul registre médico-économique ;
- articuler le programme capacitaire de l'établissement (et les moyens afférents) avec le plan de développement de la chirurgie ambulatoire pour maintenir en permanence la meilleure adéquation entre ressource et activité sur l'ensemble de l'établissement ;
- adopter une méthodologie de conduite de projet qui assure une continuité des efforts entrepris tout au long de la vie du projet médical.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Motivation forte des médecins, soignants et administratifs. Formation du personnel à la culture ambulatoire. Cohérence avec les projets de pôle (contractualisation sur des objectifs d'ambulatoire)
Risques de blocage majeur	Isolement des convaincus de la pratique ambulatoire. Défaut de motivation des protagonistes. Refus des conséquences de la restructuration. Manque d'articulation et de souplesse entre les différentes unités dont le bloc opératoire
Limite d'application	Architecture non modulable. Difficulté de redéploiement des ressources humaines. Volume prévisionnel de chirurgie insuffisant

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations sur les principes fondamentaux.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Évolution du taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement.

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Le développement de la chirurgie ambulatoire est-il inscrit comme une priorité dans le projet médical et le projet de l'établissement ?
- Le projet d'établissement quantifie-t-il les évolutions capacitaires et le redéploiement induits par le développement de la chirurgie ambulatoire ?
- Chaque spécialité chirurgicale a-t-elle décliné des objectifs de substitution vers l'ambulatoire ?
- Une projection de l'évolution des parts de marchés chirurgicale ambulatoire et d'hospitalisation tradion-

nelle a-t-elle été identifiée, au regard de l'évolution de l'offre sanitaire et des besoins populationnels ?

- L'organisation médicale autour de la chirurgie ambulatoire et les évolutions nécessaires à son développement sont-elles précisées dans le projet d'établissement ?
- La direction, au plus haut niveau, s'implique-t-elle dans le développement de la chirurgie ambulatoire : gouvernance, comité de pilotage, intégration à un projet institutionnel, suivi particulier par un membre de l'équipe de direction, revues opérationnelles, etc. ?
- Le développement de la chirurgie ambulatoire fait-il l'objet d'un soutien actif de la CME ?
- Un groupe pluridisciplinaire dédié au développement de la chirurgie ambulatoire a-t-il été constitué et bénéficie-t-il d'une visibilité de la direction ?

- La chirurgie ambulatoire est-elle perçue comme marqueur de l'évolution de l'organisation d'un Hôpital ouvert sur la ville et s'intégrant dans une médecine de parcours ?
- Le projet ambulatoire s'est-il intégré dans la mise en place d'une politique de sécurité basée sur la gestion des risques ?

Pour évaluer et mettre en œuvre

Guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire (disponible également par téléchargement sur les sites web de l'Anap et de la Has)

Ce guide de diagnostic externe a pour finalité de permettre à chaque établissement de santé d'évaluer, à partir d'indicateurs disponibles, sa situation actuelle en chirurgie ambulatoire (et plus largement dans la globalité de sa chirurgie) en regard de son évolution passée et de son environnement sanitaire et en vue de dégager des perspectives d'évolution future.

Ce guide a été construit de manière à fournir aux établissements, professionnels de santé et gestionnaires, une aide à la décision en donnant des clés d'interprétation sur des indicateurs existants, disponibles au niveau national et dont l'accès a été rendu public. C'est pourquoi la principale source retenue est l'outil Hospi diag, dont les données sont publiques³ (accord de licence, sans mot de passe) et disponibles depuis 2006.

Des indicateurs basés sur le PMSI permettent par ailleurs de compléter le diagnostic externe par des études plus microdiagnostiques.

Ce guide n'a pas pour ambition de donner une vision exhaustive de l'interprétation de chaque indicateur, mais plutôt de donner les principales pistes d'interprétation qui ont semblé intéressantes aux experts sollicités.

Il peut être une aide dans le cadre de la préparation du projet médical et plus largement du projet d'établissement. L'analyse doit porter sur les données de

l'établissement, ainsi que sur celles des établissements de son environnement sanitaire. Il peut être aussi une aide dans le cadre d'un projet de territoire.

Il reste enfin à souligner que :

- l'interprétation de tout indicateur ne doit pas être déconnectée de son contexte et doit être complétée par une connaissance du terrain ;
- l'interprétation d'un indicateur nécessite le plus souvent d'être croisée avec d'autres indicateurs pour accroître leur pertinence et disposer d'une vision globale de la structure ;
- l'analyse de l'évolution tendancielle sur plusieurs années est par nature plus riche qu'une photographie à un temps donné.

3. www.anap.fr/les-projets-de-lanap/une-culture-partagee-de-la-performance/loutil-hospi-diag ou hospidiag.atih.sante.fr.

Dimension explorée	Interprétation ⁴	Source	Indicateurs
VOLUMES CHIRURGIE	<p>La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge innovant basé sur la gestion des flux. Connaître et comparer le volume des actes ambulatoires avec les actes traditionnels permet de qualifier et quantifier ces flux. Cette approche nécessite donc des flux de volumes conséquents d'actes chirurgicaux ambulatoires. La pratique de la chirurgie ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ne peut se faire qu'avec un volume minimal d'activité chirurgicale ; • n'est pas un « palliatif » à une activité chirurgicale en déclin, mais un saut qualitatif dans la prise en charge des patients. 	Hospidiag	<p>CI-A2, CI-A5, CI-A12.</p> <p>Volume chirurgical d'hospitalisation complète.</p> <p>Volume chirurgical ambulatoire.</p> <p>Nombre d'actes chirurgicaux.</p>
PARTS DE MARCHÉ CHIRURGICALES	<p>Le développement de la chirurgie ambulatoire dans un établissement augmente toujours, par effet vitrine, ses parts de marché de l'ensemble de la chirurgie (ambulatoire et conventionnelle). Ces indicateurs permettent à un établissement de se positionner autant dans sa zone d'attractivité que dans sa région.</p>	Hospidiag	<p>A2 et A2bis.</p> <p>A4 et A4bis.</p> <p>Parts de marché hospitalisation complète et ambulatoire, zone d'attractivité et région.</p>
CASE MIX	<p>Le développement de la chirurgie ambulatoire intéresse les établissements à case mix étroit et à case mix large :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un <i>case-mix</i> chirurgical ambulatoire étroit est souvent le résultat de gros volumes sur des spécialités comme l'ophtalmologie, la chirurgie de la main et la chirurgie « Tête et Cou ». Plus les actes sont fréquents et répétitifs, plus il est aisé de les standardiser et de les isoler pour organiser, optimiser et réguler leurs flux. Plus le niveau d'indépendance des flux est important, plus l'organisation peut être modélisable (modèle mono ou bi-disciplinaire) ; • un <i>case-mix</i> chirurgical ambulatoire large peut être le fait d'actes moins fréquents avec des temps de réhabilitation plus longs. Son analyse par regroupement de flux similaires doit s'envisager pour atteindre des volumes suffisants d'actes afin de bénéficier des avantages organisationnels d'une prise en charge basée sur la gestion des flux (modèle pluridisciplinaire). 	Hospidiag	<p>CI-A15, CI-G1 à CI-G6, CI-GA-C1 à CI-GA-C5.</p> <p>Nombre minimum de racines de GHM pour 80 % des séjours MCO.</p> <p>6 interventions chirurgicales les plus fréquentes au niveau national.</p> <p>5 racines de GHM chirurgicaux les plus fréquentes dans l'établissement.</p>
RECOURS RÉFÉRENCE ET NIVEAU DE SÉVÉRITÉ	<p>Les actes chirurgicaux de recours/référence et/ou les patients chirurgicaux présentant un niveau de sévérité élevé, donc non éligibles à l'ambulatoire, ne représentent qu'une part faible, voire très faible de l'activité chirurgicale d'un établissement, y compris dans les CHU. L'existence d'une activité de recours référence sévérité ne doit pas constituer une justification pour ne pas développer la chirurgie ambulatoire dans un établissement.</p>	Hospidiag	<p>A8, A9.</p> <p>Pourcentage de séjours recours/référence.</p> <p>Pourcentage de séjours de sévérité 3 et 4.</p>
VOLUMES ENDOSCOPIE	<p>Les endoscopies ne sont pas réglementairement considérées comme des actes chirurgicaux et sont donc hors périmètre de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire.</p> <p>Les endoscopies sont souvent considérées par les établissements comme des variables d'ajustement des activités de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire, afin parfois de maintenir et de justifier la mise en œuvre d'une telle Unité. De gros volumes d'endoscopie deviennent de fait des freins au développement d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive. On veillera donc à les traiter comme un flux séparé en dehors de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire de manière à ne pas la « cannibaliser ».</p>	Hospidiag	<p>CI-A14.</p> <p>Nombre d'actes d'endoscopie.</p>

4. Ces éléments d'interprétation peuvent être complétés, pour chaque indicateur d'Hospidiag, par sa fiche technique disponible dans le menu Hospidiag.

Dimension explorée	Interprétation	Source	Indicateurs
VOLUMES URGENCES	Sauf cas particulier nécessitant une réflexion sur les urgences éligibles à la chirurgie ambulatoire (exemple chirurgie de la main), les flux d'urgence sont souvent des flux de volume important qui « polluent » et désorganisent les autres flux programmés comme ceux de la chirurgie ambulatoire, en particulier au niveau du bloc opératoire.	Hospidiag	CI-A13. Nombre d'ATU.
TAUX CHIRURGIE AMBULATOIRE	<p>Le taux cible national de chirurgie ambulatoire⁵ a été fixé par la DGOS à un minimum de 50 % fin 2016, impliquant un changement de paradigme, la chirurgie ambulatoire devenant la chirurgie de première intention.</p> <p>Ainsi comme le précise l'instruction ministérielle sur la chirurgie ambulatoire aux ARS en date du 27 décembre 2010 : « il ne faut plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans les listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur les pratiques des professionnels, mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles et à l'ensemble de l'activité de la chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence »</p> <p>Il est à noter que les taux de chirurgie ambulatoire peuvent être calculés différemment selon les classifications utilisées (Hospidiag calcule ce taux à partir de la classification ASO C, laquelle classification considère notamment que les extractions dentaires multiples, les traitements orthopédiques sur fractures et les ablations de matériel, les mises en place d'accès vasculaires sont identifiés comme des séjours chirurgicaux, à l'inverse de la classification GHM de type C).</p>	Hospidiag	P12, P13. Taux de chirurgie ambulatoire. Taux des 18 gestes marqueurs.
		Pmsi	Taux cible national de chirurgie ambulatoire. Autres taux : MSAP, etc.
POTENTIEL AMBULATOIRE	Le potentiel de développement ambulatoire d'un établissement est la résultante d'une projection de son développement interne (par substitution d'hospitalisation conventionnelle) et de son développement externe (par augmentation des parts de marché). Il s'identifie à partir des actes ⁶ et des patients ⁷ éligibles à la chirurgie ambulatoire.	Pmsi	Potentiel ambulatoire déterminé à partir de listes internes d'actes éligibles à l'ambulatoire (regroupement d'actes CCAM).
CAPACITÉS CHIRURGICALES TRADITIONNELLES ET AMBULATOIRES	<p>Le développement d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive entraîne de fait un surdimensionnement actuel ou prévisible du nombre de lits chirurgicaux conventionnels. Cette surcapacité doit s'apprécier en fonction des taux d'occupation des lits de chirurgie, de l'IPDMS et des évolutions des pratiques professionnelles.</p> <p>Par ailleurs, la suppression de la Carte Sanitaire a rendu caduque la notion même de lits et places pour la remplacer par des notions d'activité.</p> <p>Le dimensionnement du nombre de places de chirurgie ambulatoire fait intervenir 3 paramètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le potentiel de substitution interne ; • le potentiel de développement externe ; • la rotation des places selon le casemix. 	Hospidiag	CI-AC6, CI-AC7. Nombre de lits installés en chirurgie. Nombre de places installées en chirurgie ambulatoire.

5. Ce taux était de 38,6% en 2011, base PMSI des GHM de type C (21 % des établissements avaient déjà une pratique ambulatoire majoritaire en 2010).

6. Pour des informations complémentaires, cf. fiches n°10 (potentiel) et n° 20, 21 et 22 (listes d'actes) de l'abécédaire chirurgie ambulatoire (Cnamts/ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, janvier 2009), www.anap.fr.

7. Pour des informations complémentaires, cf. étude PNIR 2001 conditions de développement de la chirurgie ambulatoire / évaluation du potentiel de substitution pour les 18 gestes marqueurs. L'étude démontrait que 90% des patients étaient éligibles à la chirurgie ambulatoire (étude faite à partir des recommandations médicales et psychosociales 1990 de la SFAR ; depuis la SFAR a édité de nouvelles recommandations en 2009 qui ont élargi les indications de la chirurgie ambulatoire).

Dimension explorée	Interprétation	Source	Indicateurs
OCCUPATION CHIRURGICALE AMBULATOIRE	<p>Le taux de rotation des places de chirurgie ambulatoire s'apprécie en regard du <i>case-mix</i> de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>a minima</i>, 1 place devrait prendre en charge 220 patients/an avec un casemix qui impose une durée maximum de séjour de 12h pour le patient ; • dans ce cas, une Unité de Chirurgie ambulatoire d'une capacité potentielle de 10 places peut assurer la prise en charge de 2 200 patients par an au minimum ; • en fonction de <i>case-mix</i> spécifique, ce taux d'occupation peut-être porté jusqu'à 4 à 5 patients par jour (ex : cataracte, canal carpien, etc.). Dans ce cas, une Unité de Chirurgie Ambulatoire d'une capacité potentielle de 10 places et parfaitement optimisée pourrait prendre en charge jusqu'à 11 000 patients par an. <p>Concrètement, le nombre de places ne devrait plus être considéré comme l'unité de mesure mais bien plus comme l'instrument de la fluidité du parcours patient.</p>	Hospidiag	<p>P14.</p> <p>Taux d'utilisation des places de chirurgie ambulatoire.</p>
OCCUPATION CHIRURGICALE TRADITIONNELLE	<p>Un taux d'occupation des lits de chirurgie traditionnelle s'apprécie au regard de l'IP-DMS.</p> <p>A l'échelle d'un établissement de santé, le développement de la chirurgie ambulatoire par substitution implique mécaniquement une diminution du taux d'occupation des lits de chirurgie. Cette diminution devrait être compensée à terme en engageant au moins un des deux mécanismes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la diminution des capacités d'hospitalisation complète ; • l'augmentation d'activité en hospitalisation complète reposant sur deux facteurs non exclusifs l'un de l'autre : <ul style="list-style-type: none"> ▸ une réponse à des besoins populationnels chirurgicaux croissants non substituables en ambulatoire (par effet d'un vieillissement ou d'une augmentation de la population, etc.), ▸ une augmentation des parts de marchés chirurgicales dans le cadre de la recherche par l'établissement d'un avantage concurrentiel consécutif à la valorisation des flux ambulatoires dans sa structure. <p>Du point de vue de l'organisation sanitaire en France, cette démarche s'inscrit dans une révision notable à la baisse des capacités d'hébergement de chirurgie traditionnelle⁸. Par ailleurs, si les capacités chirurgicales ambulatoires globales apparaissent suffisantes au niveau national pour prendre en charge un développement important de l'ambulatoire, elles devraient être mieux calibrées et mieux réparties.</p>	Hospidiag	<p>A14, P2.</p> <p>Taux d'occupation et d'utilisation des lits de chirurgie traditionnelle.</p> <p>IP DMS chirurgie.</p>
FINANCIER	<p>La lecture des indicateurs financiers globaux de l'établissement donne des informations importantes pour comprendre la problématique générale dans laquelle se trouve l'établissement (retour à l'équilibre, excédent régulier, faible niveau d'investissement, situation chroniquement difficile). Ce tableau général donne un éclairage crucial sur les motivations de l'établissement à développer la chirurgie ambulatoire : recherche d'économie par réduction capacitaire, développement de l'activité, optimisation des ressources à l'activité, etc.</p>	Hospidiag	<p>F1 à F12.</p> <p>Taux de marge brut, taux de CAF, durée apparente de la dette, ratio d'indépendance financière, intensité d'investissement, taux de vétusté, BFR, FDR, créances et dettes.</p>

8. L'exploitation des données SAE entre 2009 et 2011 montrent la diminution de 1175 lits de chirurgie traditionnelle et l'augmentation de 1643 places de chirurgie ambulatoire.

Dimension explorée	Interprétation	Source	Indicateurs
QUALITÉ	La réflexion autour de la thématique ambulatoire, par ce qu'elle interroge sur les pratiques professionnelles et organisationnelles, est un vecteur d'amélioration de l'organisation globale de l'établissement, ambulatoire et non ambulatoire, et donc de la qualité/sécurité et de la performance des structures.	Hospidiag	Q1, Q2, Q3, Q5, Q6, Q9. Score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales. Score de conformité du dossier patient et du dossier anesthésique. Conformité du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, traçabilité d'évaluation de la douleur. Cotation PEP – Bloc opératoire.
BLOC OPÉRATOIRE CAPACITÉS	<p>Le bloc opératoire est une valeur importante de la chaîne ambulatoire. Sa configuration, son organisation et son dimensionnement doivent être étudiés.</p> <p>Le nombre de salles d'interventions utiles pour prendre en charge de manière optimale les patients de chirurgie ambulatoire doit s'apprécier en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du nombre de jours d'ouverture par semaine ; • du nombre d'heures d'ouverture par jour ; • du nombre de plages/vacations dédiées à l'ambulatoire en cas de centre ambulatoire intégré ; • du nombre de semaines d'ouverture, du taux d'occupation cible des salles ; • du <i>case mix</i> (activité et durée d'intervention). <p>Selon le <i>case mix</i>, il existe une relation directe entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la nature de l'intervention ; • la durée des temps intermédiaires entre les interventions ; • la durée entre l'induction et l'incision ; • et le nombre de salles d'intervention. <p>La salle d'intervention ne doit plus être considérée comme unité de mesure, mais comme un outil de fluidité/flexibilité au service d'une amélioration de la gestion des flux. Il faut croiser le nombre de salles d'interventions avec l'activité, le nombre de chirurgiens et d'anesthésistes, les ICR (Indice de Coût Relatif) par salle, par chirurgien et par anesthésiste.</p>	Hospidiag	CI-E5. Nombre de salles d'interventions chirurgicales.
BLOC OPÉRATOIRE PERSONNEL	<p>Il doit exister une adéquation entre le nombre d'opérateurs et les moyens disponibles. La chirurgie ambulatoire est synonyme de rigueur et de maîtrise de l'organisation et de volumes chirurgicaux importants. À côté de son effet vitrine sur les patients, la chirurgie ambulatoire peut permettre de « fidéliser » ou « attirer » les opérateurs.</p> <p>Un nombre faible de chirurgiens ou d'anesthésistes fragilise l'activité chirurgicale. Un nombre important de chirurgiens ou d'anesthésistes nécessite une plus grande rigueur dans l'organisation.</p> <p>Le nombre d'anesthésistes doit être en lien avec le nombre de chirurgiens. Leur inadéquation impacte la sécurité et l'organisation. L'organisation, impactant directement la gestion des flux, doit primer sur toute autre réflexion concernant le personnel.</p>	Hospidiag	CI-RH3, CI-RH4. Nombre de Chirurgiens. Nombre d'Anesthésistes.

Dimension explorée	Interprétation	Source	Indicateurs
BLOC OPÉRATOIRE PRODUCTIVITÉ	<p>Une meilleure organisation impacte directement la productivité du bloc opératoire. L'ICR rapporté par salle, par chirurgien et par anesthésiste traduit la productivité. Il prend en compte le <i>case mix</i> et permet donc les comparaisons. Il est basé sur une moyenne ce qui ne prend pas en compte la dispersion.</p> <p>Ces indicateurs doivent être croisés et rapprochés d'autres indicateurs disponibles (par exemple, la productivité est à connecter avec un surdimensionnement des salles d'interventions, un faible taux de chirurgie ambulatoire, un nombre réduit de chirurgiens ou d'anesthésistes, une activité chirurgicale faible...en vue d'enclencher une réflexion stratégique sur un redressement, fusion ou redéploiement de la structure).</p> <p>Productivité du bloc opératoire :</p> <p>Une productivité faible du bloc opératoire (ICR/Salle de bloc) traduit toujours un surdimensionnement du nombre de salles.</p> <p>Une faible utilisation du bloc opératoire peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le résultat d'une mauvaise organisation du bloc, ce qui peut représenter un frein au développement de la chirurgie ambulatoire ; • le témoin d'une faible activité au regard des salles de blocs disponibles, et donc mettre en exergue d'importantes marges de manœuvre pour mieux ordonnancer les interventions de chirurgie ambulatoire et mieux articuler avec les besoins d'organisation de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (voire la possibilité de dégager une ou des salles dédiées à l'ambulatoire en cas de blocs intégrés). <p>Productivité des chirurgiens :</p> <p>Globalement, l'ICR par chirurgien dans le public est souvent plus bas que dans le privé.</p> <p>Productivité des anesthésistes :</p> <p>Les ICR/Anesthésiste + IADE et le nombre d'IADE/Anesthésiste donnent un aperçu de l'efficacité des équipes d'anesthésie, mais doivent être interprétés avec précaution⁹ avec une lecture différente entre le secteur public et le secteur privé et aussi entre les organisations qui ont des activités anesthésiques de bloc prépondérantes et celles qui ont des activités anesthésiques hors bloc prépondérantes (consultations, urgences, réanimation, etc.).</p> <p>Par exemple, un ICR par anesthésiste très élevé dans le secteur privé à statut commercial peut traduire un nombre d'anesthésistes insuffisant associé à un nombre d'IADE important. Cette organisation peut influencer sur l'organisation (exemple : retard de signature d'aptitude à la rue) et constituer un frein au développement de l'ambulatoire.</p> <p>De manière globale, un bloc optimisé et maîtrisé, et donc rompu à la gestion des flux, sera plus enclin à soutenir le développement rapide de la chirurgie ambulatoire.</p>	Hospidiag	<p>P9, RH2, RH3, RH5.</p> <p>ICR/salle d'intervention, ICR/chirurgien.</p> <p>ICR d'anesthésie / Anesthésiste + IADE.</p> <p>Nombre d'IADE/Anesthésiste.</p>

9. Le lecteur est invité à consulter à ce sujet les fiches hospidiag des indicateurs liées à l'anesthésie afin de bien comprendre les limites d'interprétation de ces deux indicateurs. Les IADE du secteur privé étant le plus souvent salariées du praticien et non de la structure n'interviennent pas dans le calcul des indicateurs de productivité.



Pour évaluer et mettre en œuvre

Guide de gestion de projet chirurgie ambulatoire (disponible également par téléchargement sur les sites web de l’Anap et de la Has).

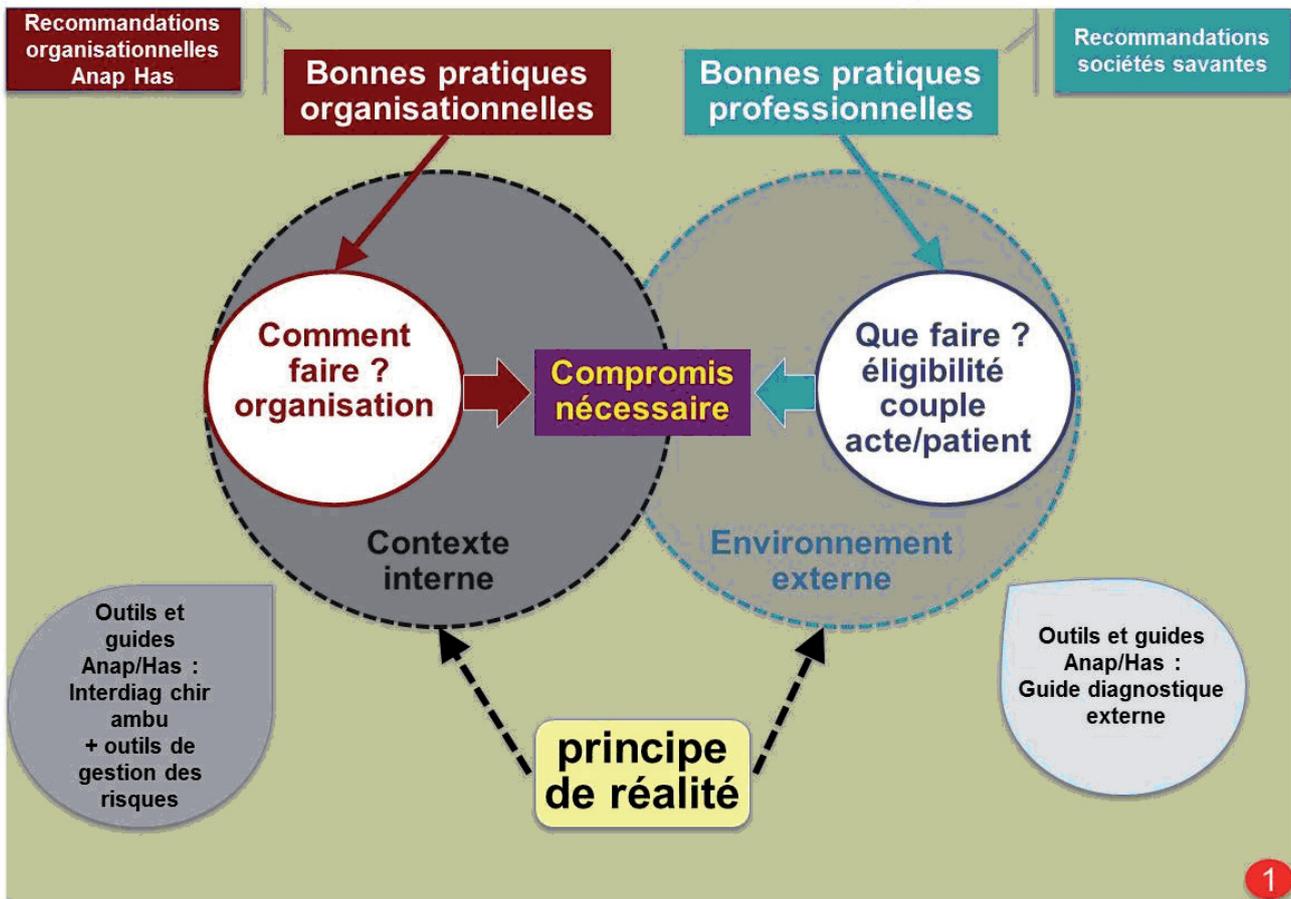
Ce guide a pour finalité de mettre à la disposition du promoteur d’un projet de développement de la chirurgie ambulatoire au sein d’un établissement de santé, des supports de formalisation lui permettant de fonder la conduite de son projet sur une préparation complète et une présentation synthétique de celui-ci.

Ce guide a pour objectif d’apporter une aide méthodologique à la conception d’un projet transversal complexe concernant de nombreux acteurs dans le but de dépasser les freins culturels en impliquant les acteurs et en les faisant adhérer tout au long de la démarche.

Ce guide est construit comme une série ordonnée de supports d’analyse commentés permettant au promoteur du projet de structurer sa démarche de conduite de projet.

Ces supports peuvent être utilisés pour décrire le projet et le faire partager à des fins de communication et de pédagogie.

Trouver les bons compromis



La mise en œuvre réussie d'un projet d'envergure consiste à trouver le meilleur compromis entre les bonnes pratiques et les spécificités du contexte interne et de l'environnement externe qui ont un impact sur leur mise en œuvre. Faute d'appliquer ce principe de réalité, le risque est de s'exposer à des difficultés voire à un échec. Afin de faciliter la recherche de ce compromis, l'ANAP et la HAS ont conçu des outils et des guides de diagnostic appropriés¹⁰.

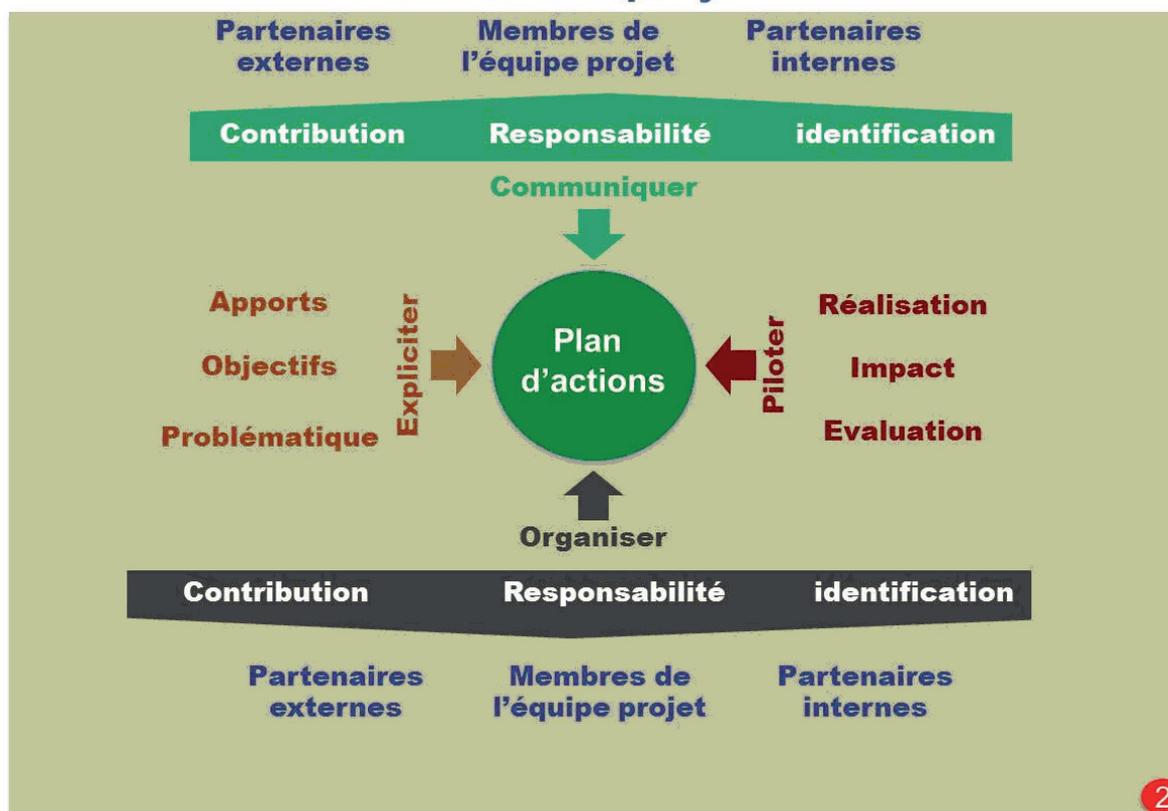
Pour apprécier le contexte interne, il est nécessaire d'identifier le degré de maturité des acteurs, de l'équipe et de l'établissement au regard du projet. Les outils Inter-

diag chirurgie ambulatoire et les outils de gestion des risques ANAP HAS permettent d'évaluer le niveau de maturité organisationnelle de l'établissement au regard d'un développement de la chirurgie ambulatoire.

Pour s'ancrer dans l'environnement externe, il est indispensable de recenser les besoins populationnels et l'offre de soins environnante. Le guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire ANAP HAS permet à l'établissement de santé d'évaluer, à partir d'indicateurs disponibles, sa situation actuelle en chirurgie ambulatoire en regard des établissements de son environnement sanitaire.

10. Pour mettre en œuvre la chirurgie ambulatoire, il est nécessaire de s'appuyer sur les bonnes pratiques professionnelles (recommandations SFAR, SFCD, etc.) et organisationnelles (recommandations ANAP HAS).

Construire le projet



Lors de la conception du projet, il est indispensable de travailler sur quatre dimensions clés :

- expliciter le projet ;
- l'organiser ;
- le piloter ;
- le communiquer.

Expliciter le projet consiste à décrire en premier lieu la problématique (description synthétique et percutante), les objectifs et les apports attendus. Cf. support n° 4.

Organiser le projet consiste à identifier les membres de l'équipe projet, ainsi que les partenaires externes et internes, la responsabilité qui va leur être confiée et la contribution qui est attendue de leur part. Cf. supports n° 7 et 8.

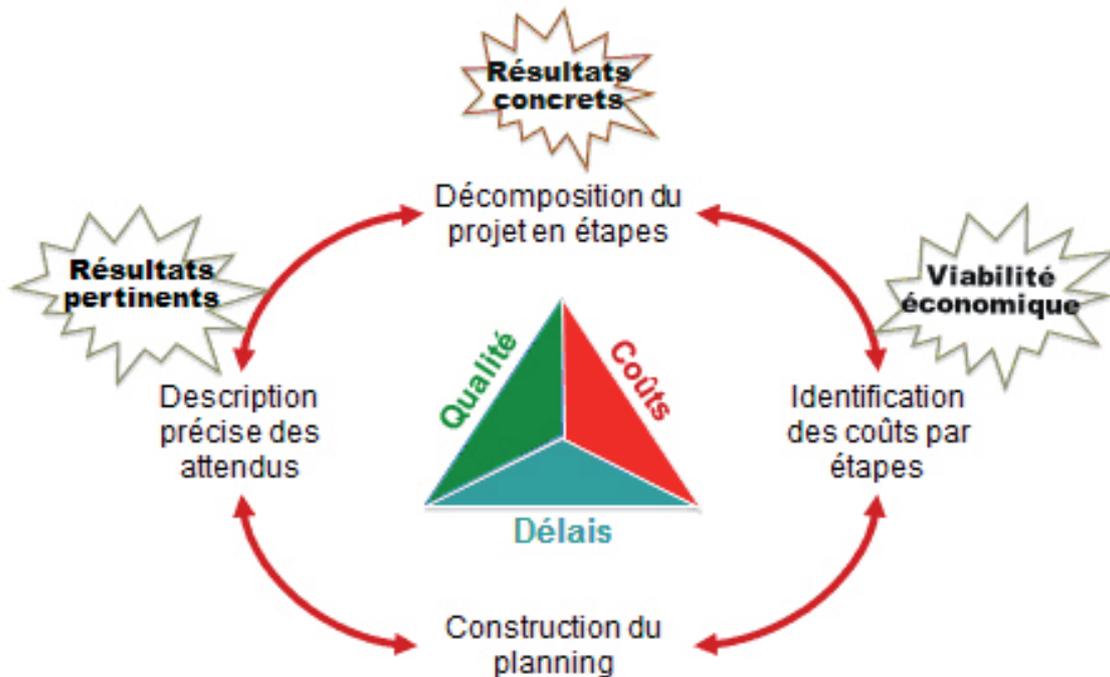
Piloter le projet consiste à conjuguer plusieurs plans : suivre sa réalisation (au travers de l'identification de résultats concrets attendus), apprécier l'impact des actions

au regard des apports attendus et évaluer les résultats obtenus par rapport aux objectifs assignés. Cf. supports n° 6 et 9.

Communiquer autour du projet est une étape fondamentale, souvent peu et mal pratiquée. Pour la réussir, il faut veiller dès le départ à comprendre les légitimes interrogations de tous ceux qui sont concernés directement ou indirectement par le projet, afin de résoudre de potentiels conflits d'intérêt qui rendraient sa réalisation difficile. Communiquer c'est ensuite s'assurer que tous les acteurs concernés ont une bonne compréhension du projet afin qu'ils y trouvent leur place. Pour ce faire, la communication doit être ciblée sur les différents acteurs en fonction de leur implication et de l'impact du projet sur leur fonctionnement au quotidien.

Ces quatre dimensions (expliciter, organiser, piloter et communiquer) s'articulent dans le plan d'action du projet.

Le triangle à optimiser



3

La préparation et le pilotage du projet s'attachera à optimiser le triangle classique « coûts/délais/qualité ».

C'est l'objet des supports « plan d'action » (Cf. support n° 5), « évaluation » (Cf. support n° 6), « programme détaillé » (Cf. support n° 9) et « coûts »¹¹.

La réussite du projet se mesurera donc aux résultats concrets obtenus, à la pertinence de ces résultats et à la viabilité économique de l'ensemble.

11. En ce qui concerne les coûts, il n'y a pas de support formalisé. Le promoteur doit l'établir en déclinant les coûts par action.

Décrire synthétiquement le projet

Développement de la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement	
Problématique	
<i>Écrire la problématique en quelques lignes pour faire partager une vision synthétique</i>	
Objectifs	
<i>Énumérer cinq objectifs au maximum et les prioriser Différencier les objectifs court, moyen et long terme</i>	
Apports	
Pour les patients	Pour l'établissement
<i>Plus grande satisfaction, meilleure qualité des soins, moindre risque d'exposition aux infections nosocomiales, réhabilitation plus précoce ...</i>	<i>Développer l'activité chirurgicale programmée, meilleure attractivité pour les patients et professionnels et image de marque, redéployer les ressources, innover dans la prise en charge des patients, meilleure productivité, moindre coût de production, organisation optimisée, assurer les missions de service public...</i>
En termes de santé publique	Pour les équipes
<i>Limitation des risques d'infections nosocomiales, limitation du coût de prise en charge, accroissement de la qualité du service rendu et minimisation des coûts sociaux induits...</i>	<i>Diversifier les pratiques, offrir des conditions de travail attractives (horaires, transmissions, astreintes et gardes). Ouvrir de nouveaux champs d'intervention et de recherche clinique. ...</i>

4

Expliciter le projet (Cf. support n° 2) nécessite une description synthétique du projet, depuis la problématique jusqu'aux apports attendus, en passant par les objectifs.

En ce qui concerne la problématique, chaque promoteur doit construire son message en fonction de l'analyse faite du contexte interne de l'établissement de santé et de son environnement externe au regard des bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles et des perspectives en terme d'innovation. La problématique doit toujours pouvoir se résumer en quelques lignes et être suffisamment bien posée pour être à la fois percutante et raisonnable (exemple : interrogation sur l'avenir des pratiques chirurgicales dans l'établissement, de l'évolution de ses parts de marché, de l'évolution prévisible de ses capacités, de sa démographie chirurgicale et anesthésique, de l'adaptabilité/flexibilité/évolutivité de son plateau technique, etc.)

Les objectifs doivent être clairs, compréhensibles pour tous et en nombre limité. Ils doivent traduire une vision court, moyen et long terme avec des objectifs spécifiques pour chacun des termes.

Les apports attendus sont à définir pour chaque établissement de santé. Ils peuvent être regroupés selon quatre dimensions : apports pour les patients, apports pour la structure, apports pour les équipes et apports en terme de santé publique (collectivité).

Il est capital de décrire le projet de manière synthétique pour pouvoir le communiquer (une à deux pages maximum). C'est un exercice difficile grâce auquel tous les acteurs doivent comprendre la problématique à laquelle le projet répond, les objectifs qu'il compte atteindre et les avantages que les différentes parties prenantes peuvent en tirer.

Construire un plan d'action

Description des actions		Résultats concrets attendus (recrutement, qualité, évolution pratiques professionnelles)	
Ordre	1	Fédérer	Exemple : Prise en charge à X % en chirurgie ambulatoire de l'ensemble des interventions des spécialités.
	2	Redéployer	
	3	Définir et optimiser le processus	
	4	Impliquer les équipes	
	5	Concevoir et mettre en œuvre des outils de pilotage	

Expliciter les résultats concrets et pratiques visés par l'action et leur formalisation (charte, protocole, convention, contrat interne, ...).

Lister les principales actions que vous comptez mener et ordonnez les dans une perspective de déroulement temporel.

5

Le promoteur du projet est à l'origine du plan d'action qu'il doit construire progressivement : une première phase qui décline une approche globale du projet avec pour objectif de faire valider les grands lignes du projet par le mandataire/décideur et une deuxième phase qui bénéficie d'une approche plus détaillée et plus fine et qui se construit avec l'équipe projet en vue d'un consensus entre tous les membres. (Cf. support n°9)

Chacune des cinq grandes actions retenues doit être explicitée, classée selon une priorité de mise en œuvre et assortie de résultats concrets : il faut à la fois fédérer, déployer les moyens, décrire et cartographier le processus, impliquer les équipes et, pour les rendre plus perceptibles, identifier les résultats concrets attendus.

Evaluer le plan d'action

Modalités d'évaluation			
	Mesure de réalisation du plan d'action	Mesure d'impact du plan d'action	
Actions	1	Décrire chacune des actions	Mettre en place des indicateurs de mesure
	2	<i>Exemple : engagement personnalisé par spécialité de prendre en charge en ambulatoire des actes innovants</i>	<i>Nombre d'interventions innovantes en ambulatoire par spécialité / nombre total d'interventions de la spécialité</i>
	3		
	4		
	5		
	6		

6

Pour construire l'évaluation, il faut identifier pour chacune des cinq actions identifiées à l'étape précédente (Cf. support n° 5), les indicateurs quantitatifs ou qualitatifs qui seront employés pour mesurer l'efficacité du plan d'actions et ceux propres au bon déroulement du projet (pilotage et évaluation).

Pour chaque action, il faut donc définir :

- les indicateurs qualitatifs et/ou quantitatifs qui seront employés pour suivre le déroulement de l'action et constituer les principaux jalons de suivi du projet. Exemple : nombre de chirurgiens engagés pour chacune des spécialités à mettre en place une prise en charge en ambulatoire sur un nombre ciblé d'actes innovants ;
- les indicateurs qualitatifs et/ou quantitatifs qui seront employés pour mesurer l'efficacité de l'action (délais, durée, file d'attente, adaptation et qualité du service., etc.) et son efficience (meilleur emploi des moyens). Exemple d'indicateur : nombre d'interventions innovantes en ambulatoire pratiquées pendant une période considérée et pour une spécialité donnée/ nombre total d'interventions chirurgicales de la spécialité pendant cette période.

Formaliser l'organisation du projet

Equipe projet		
Chef de projet	Profil : volontaire et motivé, disponible, reconnu par la formalisation d'une lettre de mission et disposant de moyens	
Membres	Responsabilité	Contribution
Coordonateur		
Anesthésiste		
Chirurgien		
Cadre		
IDE, Ibode, Iade, brancardier...		
Représentant de la direction		
Autre		

7

Il faut définir dès le début du projet les membres de l'équipe projet (Cf. support n° 7), leurs partenaires (Cf. support n° 8) et articuler leur fonctionnement.

Le chef ou le promoteur du projet doit présenter un profil combinant une volonté d'action et une motivation avérée, doit être reconnu par les acteurs, doit disposer d'une lettre de mission et de moyens pour répondre à cette mission. Ce qui importe par-dessus tout, c'est sa disponibilité effective au regard du projet.

L'équipe projet doit réunir des acteurs de profils variés : chirurgien, anesthésiste, cadre de santé, représentant de la direction, brancardier, etc. Elle doit être concentrée et ses membres doivent avoir une disponibilité effective au

regard du projet. Pour ne pas la surcharger, certains profils moins concernés seront considérés comme des partenaires.

Le promoteur doit particulièrement s'attacher à identifier le meilleur profil pour chacune des fonctions attendues.

Pour chacun des membres retenus, il est nécessaire de définir sa responsabilité dans le projet et sa contribution : qui fait quoi et qu'attend on de chacun ?

Identifier et mettre en place les partenariats

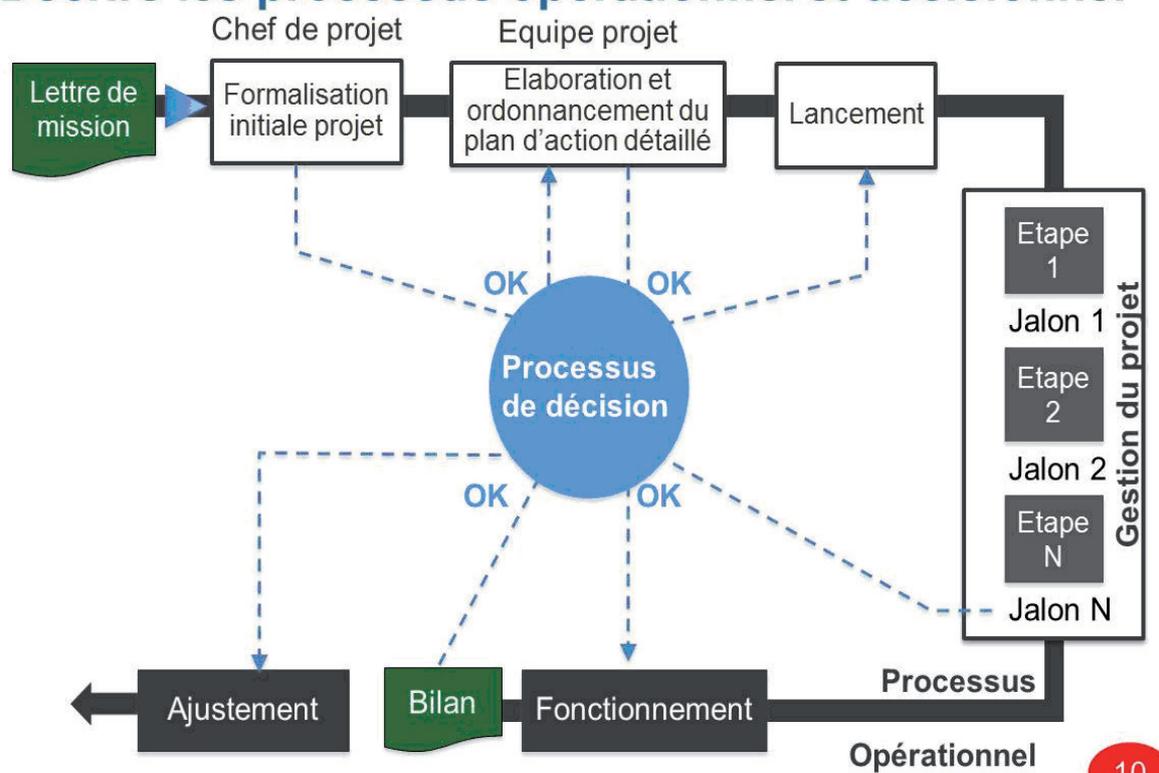
Partenaires	
Internes	Contribution
Bloc opératoire	
Imagerie	
Biologie	
Services techniques	
Urgences	
DIM	
.....	
Externes	Contribution
Médecins traitants	
IDE libérale / SSIAD...	
Télé opérateurs	
Ambulanciers, taxis	
....	

8

La démarche est identique pour chacun des partenaires externes et internes. (Cf. support n°7). Il faut identifier les partenaires internes et externes à l'établissement que l'équipe projet devra impliquer pour mener à bien

le projet et caractériser ce que chaque partenaire peut apporter à la réalisation du projet (compétences, tâches, connaissances, méthode, etc.).

Décrire les processus opérationnel et décisionnel



Deux processus sont à décrire, à formaliser et à synchroniser en permanence : le processus décisionnel et le processus opérationnel.

Le processus opérationnel décrit les différentes grandes étapes de déroulement du projet, depuis la lettre de mission et le lancement du projet jusqu'à la mise en œuvre opérationnelle des prestations de service qu'il a pour objet de construire et à l'évaluation de leur performance (bilan) en vue d'un éventuel ajustement.

Le processus décisionnel précise de quelle autorité l'équipe projet relève et identifie précisément les étapes du processus opérationnel qui ne peuvent être franchies sans un accord explicite et formel de cette autorité (jalons). C'est indispensable à la réussite d'un projet de cet envergure.

La validation de chaque étape doit être de la responsabilité d'un décideur unique ou d'une instance collégiale investie de pouvoir de décision. Un comité opérationnel peut

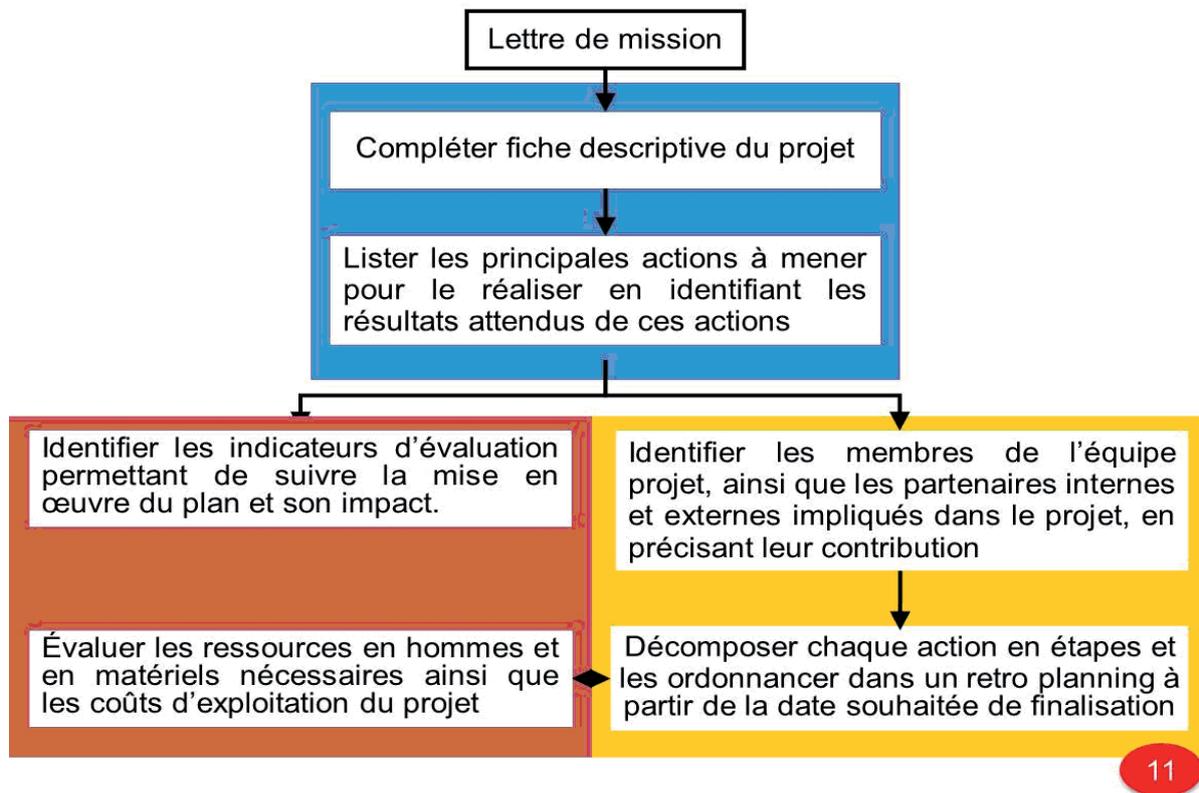
être institué pour aider le promoteur dans sa conduite de projet, mais il ne peut se substituer au décideur.

Il faut en outre s'assurer de l'articulation entre la construction de ce plan d'action et la définition de la lettre de mission confiée au promoteur du projet. Lorsque le promoteur dispose d'une lettre de mission avec des directives explicites sur le projet, il doit concevoir son plan d'action en fonction de ces directives et le détailler avec son équipe (programme détaillé). C'est ce programme détaillé qu'il soumettra ensuite au signataire de la lettre de mission.

Dans le cas inverse, il prépare son plan d'action dont les principaux éléments doivent être ensuite retranscrits dans sa lettre de mission. Dès approbation, il construit le plan détaillé qu'il re-soumettra au signataire de la lettre de mission.

Quelqu'en soit le mode de construction, le processus de définition du plan d'actions doit être itératif.

Construire la démarche



Ce support n° 11 constitue le mode d'emploi récapitulatif de l'articulation entre les différents supports.

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

Projets prioritaires

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 40
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 27
- Centre clinique (Soyaux), p. 23
- CHI Poissy St Germain, p. 25
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 32

Vecteur de croissance d'activité

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 40
- Centre clinique (Soyaux), p. 23
- CH St Quentin, p. 35
- CHI Poissy St Germain, p. 25
- CHU Lille, p. 37
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 29
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 32
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 31
- Fondation Rothschild (Paris), p. 29
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 26

Recrutement et rémunération des médecins

- Centre de la main (Angers), p. 30
- CH St Quentin, p. 35
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 29
- Fondation Rothschild (Paris), p. 29
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 26

Établissements multisites

- CHI Poissy St Germain, p. 25
- CHU Lille, p. 37

Politique institutionnelle et convergence des acteurs

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 40, p.46
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 30
- Centre clinique (Soyaux), p. 26
- Centre de la main (Angers), p. 33
- CH St Quentin, p. 35, p.39
- CHI Poissy St Germain, p. 27
- CHR Metz - Thionville, p. 39, p. 45
- CHU Lille, p. 37, p. 42
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 29, p. 33
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 35
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 33
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 27, p. 30
- Fondation Rothschild (Paris), p. 31
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 3

FICHE N° 4 : DISSOCIER LE SOIN DE L'HÉBERGEMENT

RECOMMANDATION F

Recommandation

Il faut dissocier le soin de l'hébergement. Tout hébergement (nuitée) doit être prescrit : il doit toujours être justifié par le type d'acte, le contexte médical ou psycho-social du patient.

Le développement de la prise en charge ambulatoire n'est pas compatible avec le maintien en unité d'hospitalisation traditionnelle de patients dont le séjour est inférieur à douze heures (ambulatoire forain).

Problématique et enjeux

La réflexion autour de la chirurgie ambulatoire permet de dissocier ce qui relève du soin et ce qui a trait à l'hébergement.

Dans la culture hospitalière française, le soin reste très lié à la notion d'hébergement, notamment pour les actes chirurgicaux.

Depuis l'évolution des pratiques chirurgicales et anesthésiques, beaucoup de nuitées ne sont plus pertinentes ou ne sont imposées que pour des seuls problèmes d'organisation (comme la nuit préopératoire).

Aussi dissocier le soin de l'hébergement suppose une remise en cause profonde des organisations et des pratiques : là où il fallait justifier une prise en charge ambulatoire, il convient maintenant de justifier l'hospitalisation traditionnelle.

La réglementation impose que les patients ambulatoires soient pris en charge dans des unités spécifiques. Or on constate que des patients séjournent encore dans des unités d'hébergement complet (chirurgie ambulatoire foraine).

Les raisons correspondent soit à des difficultés des chirurgiens ou des anesthésistes à confier leurs patients à l'UCA (éclatement des lieux d'exercice, peur de perdre des moyens, méconnaissance de fonctionnement de l'UCA, etc.) soit à une insuffisance de maîtrise de gestion de l'UCA (manque de disponibilité de l'UCA, etc.).

Objectifs

- Assurer le changement de « paradigme » chez les acteurs pour faire que la chirurgie ambulatoire devienne le mode de prise en charge prioritaire des patients chirurgicaux.
- Exiger la justification formalisée et systématique chaque fois que l'hébergement après un acte chirurgical est souhaité par l'opérateur ou l'anesthésiste.
- Améliorer la qualité de la prise en charge en supprimant l'ambulatoire forain.

Principes de mise en œuvre et actions associées

Réussir à dissocier le soin de l'hébergement s'appuie sur une démarche systématique portée par l'équipe médicale

- L'équipe (chirurgiens et anesthésistes) doit définir pour l'établissement (structure-organisation), périodiquement, les actes et les patients (comorbidités et conditions psycho-sociales) qu'elle considère éligibles à une prise en charge ambulatoire au-delà des gestes MSAP.
- Une liste d'actes par spécialité chirurgicale est établie, formalisée, validée et diffusée périodiquement. Pour le secteur public, l'atteinte d'objectifs spécifiques à l'ambulatoire peut être formalisée dans les contrats des pôles de chirurgie.
- Des *check-lists* sont établies (actes/comorbidités/environnement psycho-social) et mises à disposition des opérateurs en consultation pour permettre de décider de l'opportunité de l'hébergement.

- La prescription de l'hébergement interdit la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, réussir une telle transition passe aussi par le regroupement de l'activité chirurgicale ambulatoire foraine dans l'UCA. En effet, l'organisation de la prise en charge ambulatoire est trop spécifique pour réussir de manière régulière et à grande échelle sans être réalisée dans une unité dédiée.

Pour y parvenir, on pourra s'appuyer, entre autres, sur :

- l'identification systématique de l'ambulatoire forain par le DIM ;
- l'ouverture toute l'année de l'UCA en n'ayant recours uniquement qu'à des fermetures partielles aux périodes de faible activité pour empêcher tout retour en arrière.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Portage par l'équipe médicale de manière continue sur plusieurs années. Relais avec le projet médical. Systématisation de la démarche de protocolisation.
Risques de blocage majeur	Logiques de territoire et résistance au changement.
Limite d'application	Services chirurgicaux où les prises en charge de recours sont très majoritaires (ex : chirurgie cardiaque).

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations stratégiques.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Taux global de chirurgie ambulatoire. Analyse des dossiers pour recherche de la justification de l'hébergement (en cas d'hospitalisation la veille ou de sortie le lendemain). Analyse des hospitalisations non prévues. Niveau d'activité de chirurgie foraine.

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- La réglementation interdisant l'activité de la chirurgie ambulatoire foraine est-elle appliquée ?
 - Si non,
 - est-elle mesurée, analysée (subie ou volontaire) et fait-elle l'objet d'un suivi systématique ?
 - les actions adéquates sont-elles mises en œuvre pour éradiquer l'activité de chirurgie ambulatoire foraine ?
- La chirurgie ambulatoire est-elle considérée systématiquement comme le mode de prise en charge chirurgicale par défaut ?
- Une check-list dûment validée est-elle disponible pour contre-indiquer la chirurgie ambulatoire ?
 - Si oui, exploitez-vous cette check-list pour harmoniser les pratiques médicales et les critères d'inéligibilité ?
- Les professionnels de la structure ont-ils établis des listes des actes éligibles à la chirurgie ambulatoire par spécialités, au-delà des gestes sous Mise Sous Accord Préalable ?
 - Si oui, ces listes sont-elles remises à jour régulièrement ?

FICHE N° 5 : ORGANISER, OPTIMISER ET RÉGULER LES FLUX

RECOMMANDATION H (EN LIEN AVEC LES FICHES TECHNIQUES N° 1¹², 6 ET 15)

Recommandation

La bonne organisation de la chirurgie ambulatoire passe par la maîtrise des flux.

Pour cela, il faut :

- identifier et caractériser ces flux ;
- repérer et réduire les sources de gaspillages ;
- anticiper tout ce qui peut l'être avant l'arrivée du patient ;
- diffuser toute information pertinente en temps utile aux acteurs concernés ;
- informer le patient de toutes les étapes de son séjour pour qu'il participe à sa prise en charge péri-opératoire.

L'organisation des professionnels, les systèmes d'information et les fonctions logistiques doivent étroitement concourir à cette mise en œuvre et conduire à une dynamique d'amélioration continue.

Compte tenu de ces spécificités, la performance de l'organisation des activités de chirurgie ambulatoire est favorisée par l'autonomisation complète des flux, voire de la structure en centre autonome, satellite ou indépendant.

Ces dernières structures nécessitent des flux importants d'activité. /.../

Problématique et enjeux

La spécificité essentielle de la chirurgie ambulatoire par rapport aux autres modes de prise en charge est le temps limité au maximum à 12 h de présence du patient au sein de la structure. Cette contrainte impose une anticipation de tous les incidents potentiels du parcours de la prise en charge permettant un « tempo » rapide et fluide. Or il existe autant de prises en charge que de couples « geste opératoire / technique d'anesthésie ».

Dès lors, comment appliquer une approche semblable sur l'ensemble des parcours patients, qui souvent se déroulent pendant la même journée ? S'appuyer sur les techniques éprouvées d'optimisation des flux permet de recourir aux mêmes principes et aux mêmes moyens quel que soit le type de prise en charge. De plus, cette approche se combine parfaitement à d'autres approches transversales qui ont fait leurs preuves : l'anticipation systématique, la fluidité de la circulation de l'information tout au long de la prise en charge (circulation rendue difficile du fait de la multiplicité des intervenants et des supports d'information) et la qualité de l'information transmise au patient, qui doit être « loyale, claire et appropriée ».

Objectifs

- Réduire à ce qui est nécessaire le temps de présence du patient dans l'établissement, tout en assurant une qualité et sécurité optimale de la prise en charge du patient.
- Éviter le gaspillage des ressources non nécessaires (humaines, matérielles, locaux et fonctions support au service de la production, etc.).
- Éviter les annulations, les ré-hospitalisations.
- Optimiser les moyens actuels de prises en charge ambulatoire (humaines et matériels en vue d'augmenter les débits, notamment par les rotations au sein de l'UCA).
- Mettre en œuvre les meilleures conditions de fonctionnement pour les professionnels.
- Anticiper les différentes étapes du parcours patient en prévenant d'éventuels dysfonctionnements.
- Organiser la circulation de l'information en temps réel de manière à unir tous les acteurs y compris le patient.
- Favoriser l'autonomisation des prise en charge ambulatoire, ce qui peut aller jusqu'aux centres indépendants.

12. Les 2 premiers items de la recommandation H renvoient à la recommandation B.

Principes de mise en œuvre et actions associées

Le principe général consiste à optimiser les différents flux en leur appliquant des règles d'analyses et de logistiques éprouvées dans d'autres domaines d'activité (monde de l'industrie, etc.).

Le point de départ d'une telle approche est de déterminer tout au long du parcours patient ce qui apporte (ou non) de la valeur à sa prise en charge. La caractériser et la questionner systématiquement sont une étape fondamentale pour engager un mouvement sur la réduction de la durée de séjour et sur l'amélioration de la qualité des soins dans lesquelles s'inscrit la chirurgie ambulatoire. En effet, de nombreuses tâches sont réalisées par habitude, comme par exemple l'hospitalisation systématique la veille d'interventions générant un hébergement qui n'est pas toujours médicalement justifié.

Plusieurs actions sont nécessaires :

■ Comprendre et caractériser les différents flux

On s'attachera tout d'abord à caractériser l'ensemble des flux : volume, durée, type de ressources nécessaires pour son exécution, technicité, caractère répétitif etc. Exemple : un acte très standardisé, répétitif et très fréquent est indexé d'une spécificité différente d'un acte plus incertain et moins fréquent, en vue d'un traitement différent.

La caractérisation de ces flux permet d'envisager et de traiter des regroupements d'activité comparables en termes de flux.

En effet, l'optimisation des flux passe par la recherche de rythmes ou de « tempo » de productions homogènes tendant à supprimer les goulots d'étranglement diminuant et optimisant la durée de prise en charge.

Ainsi, il n'est pas pertinent de faire cohabiter, en même temps et au sein d'une même structure, la prise en charge d'interventions fréquentes, de courte durée, avec déambulation propre du patient entre les différentes étapes de sa prise en charge, pouvant autoriser le fast tracking (exemples : cataractes, canaux carpiens, etc.) avec des interventions moins fréquentes, un temps de réhabilitation plus long, un patient alité et brancardé (cholécystectomies, thyroïdectomies, etc.)

■ Cartographier les flux et les activités

Pour chacune des phases individualisées de la prise en charge, il conviendra d'évaluer la plus ou moins-value pour le patient et la structure (avec recherche des avantages compétitifs et lutte contre les gaspillages).

Exemples :

Un temps de réhabilitation identique pour toutes les interventions n'apporte aucune valeur ajoutée, autant pour un canal carpien qui peut sortir plus tôt, que pour une cholécystectomie, qui nécessite une durée de prise en charge plus longue .

Le temps d'attente après la validation des critères du score d'aptitude à la rue est une moins value pour le patient et l'établissement.

Il conviendra alors de se lancer dans une chasse systématique aux gaspillages depuis l'indication chirurgicale jusqu'au retour au lieu de résidence.

Par gaspillage, on peut citer comme exemple :

1. les problèmes de qualité (ex : dossier médical incomplet) ;
2. la multiplication des mouvements (ex : les transferts à répétition entre lits, brancards et tables d'opération) ;
3. les temps d'attente (ex : attente de signature pour l'aptitude à la rue) ;
4. l'accumulation de patients (ex : afflux de patient convoqués à la même heure) ;
5. la sous-utilisation des ressources (ex : l'absence de lissage d'activité selon la semaine) ;
6. les actions inappropriées (ex : le recours systématique à la SSPI pour des gestes réalisés sous anesthésie locale) ;
7. les pertes de temps (ex : temps de brancardage trop long) ;
8. Les tâches réalisées en doublon (ex : double saisie informatique et papier).

Chacune de ces sources de gaspillage doit être éliminée, ou à défaut fortement diminuée.

Aussi cet effort permanent s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue à laquelle tous les acteurs doivent être associés.

Il conviendra en parallèle de rechercher les avantages compétitifs et d'optimiser les temps à plus-value de la prise en charge (exemple : renforcer le temps de consultation à informer le patient pour le rendre véritable acteur de sa prise en charge).

■ Optimiser les flux

L'optimisation des flux peut se décliner selon plusieurs modalités : les flux tirés, les flux courts, la marche en avant, les flux autonomes, les flux anticipés.

- L'optimisation des enchaînements entre les différentes étapes du parcours patient est facilitée par la mise en place, là où c'est possible, de flux dit « tirés », c'est-à-dire que le déclenchement d'une action ne peut se faire que s'il y a une « commande » de l'étape suivante.

Par exemple : ce n'est pas l'unité de chirurgie ambulatoire qui envoie le patient au bloc opératoire (flux poussés), c'est le bloc qui demande la venue du patient quand il est en capacité de l'accueillir (flux tirés).

Cette approche par flux tirés limite toute désynchronisation entre les différents acteurs de la prise en charge du patient.

- L'optimisation des flux est souvent favorisée par des circuits de type « marche en avant », c'est-à-dire où le patient ne revient pas sur ses pas tout au long du parcours de soins, évitant ainsi les croisements avec d'autres flux.
- La mise en place de circuits différenciés selon la durée de séjour ou le temps d'aptitude à la rue (exemple d'un circuit court pour les cataractes et d'un circuit plus long pour les cholécystectomies) peut optimiser également la prise en charge ambulatoire des patients.
- Au final, ce type d'approche peut déboucher (si le volume d'actes le justifie) sur la création de centres autonomes où peuvent cohabiter plusieurs flux autonomes. L'autonomie peut s'envisager de manière variable depuis l'autonomie totale jusqu'à une seule partie du circuit patient (vacations opératoires dédiées, salle de bloc dédiée, structure totalement autonome, etc.).
- L'optimisation des flux passe aussi par l'anticipation d'actions pouvant être réalisées avant le jour de la prise en charge.

Toutes les étapes du parcours du patient doivent être analysées pour déterminer ce qui peut être anticipé avant son arrivée.

À ce titre, il est recommandé (liste non exhaustive) :

- en consultation préopératoire de remettre l'ordonnance d'antalgiques postopératoires permettant au patient de disposer de son traitement lors de sa sortie ;
- plusieurs jours avant l'acte opératoire :
 - ♦ de réaliser la préadmission administrative,
 - ♦ de préparer la sortie : modalités de prise en charge des transports, rendez-vous de consultation post-opératoire avec le chirurgien, certificats divers (arrêt de travail, dispense de sport, dispense scolaire), ordonnances de soins post-opératoires,
 - ♦ de demander la réalisation au domicile d'une douche préopératoire (la veille et le matin du jour d'intervention) et d'une éventuelle épilation (la veille de l'intervention).

■ Faire circuler l'information

Enfin pour informer au mieux le patient de toutes les étapes de son séjour en chirurgie ambulatoire afin d'en faire un acteur de sa prise en charge, les points suivants peuvent être recommandés :

- pour certaines pathologies, la mise en place d'une consultation IDE est un complément pour l'information du patient après la consultation d'anesthésie. Cette consultation participe également à son éducation thérapeutique ;
- tous les supports de communication y compris ceux de la télémédecine doivent être envisagés et adaptés à l'âge, l'environnement et la pathologie du patient ;
- la répétition de l'information orale, écrite et partagée à tous les niveaux de l'équipe (avant, pendant et après le séjour) facilite l'appropriation par le patient. Le patient doit être capable de reformuler l'information avec ses mots.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	<p>Participation de l'ensemble des acteurs à la démarche d'optimisation des flux.</p> <p>Évaluation continue des performances aussi bien au niveau quantitatif, médico-économique et qualitatif.</p> <p>Éducation, ou à minima sensibilisation, de l'ensemble des professionnels aux enjeux et aux techniques d'optimisation des flux, ainsi qu'aux outils mis en place dans l'établissement.</p> <p>Démarche continue d'amélioration construite sur une approche itérative : l'expérimentation et le retour d'expérience du terrain sont les principaux critères de choix.</p> <p>Incitation extérieure forte : contexte médico-économique, ressources limitées (ex : surface, personnel, capacité, etc.).</p> <p><i>Case-mix</i> de flux très homogène présentant des volumes importants.</p> <p>Mise en place d'outils simples et systématiques capable de standardiser les pratiques et d'anticiper tout problème potentiel : dossier patient unique et synthétique ; des <i>check-lists</i> validant le bon déroulement de chaque étape, schéma des zones à dépiler (etc.).</p> <p>Capacité à dégager des moyens dédiés sans compromettre l'équilibre économique de l'ensemble de la structure.</p> <p>Périmètre d'optimisation couvrant l'intégralité de la prise en charge : UCA, mais également consultation, bloc opératoire, circuit administratif.</p>
Risques de blocage majeur	<p>Approche exclusivement centrée sur l'optimisation des coûts de prise en charge, délaissant l'amélioration qualitative de la prise en charge des patients et les conditions de travail des professionnels.</p> <p>Système d'information peu ergonomique, peu accessible.</p>
Limite d'application	<p>Architecture très contraignante, ne favorisant pas la mise en œuvre d'un circuit court et fluide.</p>

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations opérationnelles.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	<p>Durée de séjour dans l'établissement par type de geste ; retard de prise en charge, taux de déprogrammation, sorties retardées, taux de rotation au bloc opératoire</p> <p>Indicateurs qualitatifs (replis, annulation, satisfaction patient) maintenus ou en progression alors que les volumes d'activité augmentent fortement.</p>

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has)

	Circuits physiques			Circuits d'information
	Patient	Matériel	Personnel	
Comprendre et caractériser les différents flux				
Pouvez vous ou avez vous identifié dans l'organisation de votre chirurgie ambulatoire les circuits suivants ?				
Cartographier les flux et les activités				
Pour chacun des circuits suivants, avez-vous caractérisé les flux (en terme de volume, fréquence, durée, variabilité, ressources nécessaires, technicité) ?				
Avez-vous cartographié l'ensemble des activités concourant à la réalisation de ces flux ?				
Avez-vous recherché de manière approfondie et systématique une possible valeur ajoutée pour chaque activité ?				
Avez-vous identifié les sources de gaspillage tout au long du parcours patient pour chacune des activités constitutives des flux suivants ? (les exemples ci-dessous ne sont rapportés dans chaque case qu'à titre d'illustration)				
<i>Erreurs</i>	<i>Pré-admission non faite</i>	<i>Boite chirurgicale incomplète</i>	<i>Chirurgien n'ayant pas communiqué ses congés</i>	<i>Dossier médical incomplet</i>
<i>Multiplication des mouvements</i>	<i>Transferts à répétition entre lits, brancards et tables d'opération</i>	<i>Programmation imposant des changements fréquents de tables d'opération</i>	<i>Manipulation excessive de boîtes d'instrument mal rangées</i>	<i>Multiplication des demandes pour obtenir une salle d'opération</i>
<i>Temps d'attente</i>	<i>attente de signature médicale pour l'aptitude à la rue</i>	<i>Attente du matériel en cours de stérilisation</i>	<i>Chirurgien ou anesthésiste en retard</i>	<i>Résultat d'examen non connu</i>
<i>Accumulation inutile</i>	<i>Afflux de patients convoqués à la même heure</i>	<i>Accumulation des lits empêchant la circulation</i>	<i>Sur-effectif en regard de l'activité</i>	<i>Information non nécessaire pour la bonne prise en charge du patient</i>
<i>Sous-utilisation des ressources</i>	<i>Déplacement systématique en lit pour un patient valide opéré de la cataracte</i>	<i>Ouverture d'une salle pour une seule intervention de courte durée</i>	<i>Absence de lissage d'activité</i>	<i>UCA n'ayant pas accès à l'avancé des programmes opératoires pourtant disponible au bloc</i>
<i>Actions inappropriées</i>	<i>Rasage pré-opératoire excessif</i>	<i>Ouverture d'une boîte supplémentaire pour n'utiliser qu'un seul instrument</i>	<i>Réveil systématique du patient en salle d'opération en fin d'intervention</i>	<i>Demande systématique de la carte vitale à l'entrée du bloc opératoire</i>

	Circuits physiques			Circuits d'information
	Patient	Matériel	Personnel	
<i>Transport</i>	<i>Temps de brancardage trop long</i>	<i>Distance excessive entre arsenal et salle d'opération</i>	<i>Distance importante entre UCA et Bloc</i>	<i>Recours à une distribution physique en lieu et place de l'informatique</i>
<i>Doublon</i>	<i>Douche à domicile et en UCA</i>	<i>Commande en double de matériel</i>	<i>Consultation d'anesthésie répétée pour une intervention itérative</i>	<i>Double saisie informatique et papier</i>
Avez-vous cherché à optimiser les activités qui génèrent chacun de ces flux en cherchant à minimiser, voire éliminer les étapes à faible ou non valeur ajoutée et les sources de gaspillage ?				
Avez-vous cherché à réorganiser les activités qui génèrent ces flux de manière à anticiper tout ce qui pouvait l'être ?				
Avez-vous, partout là où c'est possible, transformé des flux poussés en flux tirés ?				
Avez-vous différencié des circuits (circuit court, circuit long, etc.) pour les adapter à la nature des flux ?				
Avez-vous déjà saisi l'opportunité d'autonomiser certains flux dont la nature permet de rationaliser les ressources ?				

Faire circuler l'information

- Tous les acteurs ont-ils clairement défini et listé les informations à délivrer au patient pour chaque type d'intervention ?
- Font-elles l'objet de communication multicanale, répétée et cohérente tout au long du parcours patient ?
 - auprès du patient ?
 - auprès de tous les autres acteurs concernés ?
- Avez-vous mis en place une consultation infirmière en amont de l'hospitalisation ambulatoire ?
- Existe-t-il une vérification de l'appropriation par le patient ?
 - des informations concernant son intervention ?
 - de ce qu'on attend de lui (douche, jeûn, accompagnant, etc.) ?

Pour approfondir la réflexion

Références aux monographies

Vision globale du flux patient

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 14
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 14
- Centre clinique (Soyaux), p. 13
- Centre de la main (Angers), p. 18
- CH St Quentin, p. 19
- CHI Poissy St Germain, p. 15
- CHU Lille, p. 16
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 16
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 15
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 14
- Fondation Rothschild (Paris), p. 16

Retour d'expérience

Étalement des arrivées de patients

- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 17
- Centre de la main (Angers), p. 22
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 20
- Fondation Rothschild (Paris), p. 18

Préparation du patient

- Centre clinique (Soyaux), p. 15
- CHI Poissy St Germain, p. 17
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 19

Production des documents de sorties

- CHI Poissy St Germain, p. 21

Anticipation

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 16
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 16
- CH St Quentin, p. 29
- CHU Lille, p. 16, p. 19
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 16, p. 24
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 27
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 14, p. 22
- Fondation Rothschild (Paris), p. 24

Procédure d'admission dédiée

- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 16
- Centre clinique (Soyaux), p. 14
- CHI Poissy St Germain, p. 17
- Fondation Rothschild (Paris), p. 17
- Gestion des replis
- Centre clinique (Soyaux), p. 19

Rôle IDE dans les consultations

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 14
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 14
- CHU Lille, p. 16

Programmation

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 15, p. 21
- CHU Lille, p.17, p. 21, p. 22
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 18, p. 19
- CHI Poissy St Germain, p. 18
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 21
- Fondation Rothschild (Paris), p. 21

Brancardage

- Clinique Mathilde (Rouen), p. 23
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 19
- Fondation Rothschild (Paris), p. 21
- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 25
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 20
- Centre clinique (Soyaux), p. 17
- Centre de la main (Angers), p. 24
- CHU Lille, p. 24
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 22

Séparation des flux

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 9
- CH St Quentin, p. 15
- CHR Metz - Thionville, p. 15
- CHU Lille, p. 13
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 13
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 11

Planification au bloc opératoire

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 21
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 18
- Centre clinique (Soyaux), p. 15
- CH St Quentin, p. 22
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 19
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 20
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 21
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 18

Circuit court et court-circuit

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 36
- Centre clinique (Soyaux), p. 21
- CH St Quentin, p. 32
- CHI Poissy St Germain, p. 24
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 26
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 30



- Clinique Mathilde (Rouen), p. 29
- Fondation Rothschild (Paris), p. 27
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 24

Patient acteur

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 14
- CHU Lille, p. 31

Marche en avant spatiale

- Centre de la main (Angers), p. 12
- Fondation Rothschild (Paris), p. 12

Flux tirés

- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 19
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 20
- Centre de la main (Angers), p. 17

Pilotage du suivi des flux

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 50
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 30
- CH St Quentin, p. 39
- CHI Poissy St Germain, p. 27
- CHU Lille, p. 43
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 34
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 30
- Fondation Rothschild (Paris), p. 31
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 31

FICHE N° 6 : PRENDRE EN CHARGE LES URGENCES EN UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

RECOMMANDATION H (EN LIEN AVEC LES FICHES TECHNIQUES N° 1, 5 ET 15)

Recommandation

/.../

La chirurgie non programmée est éligible à l'ambulatoire, sous réserve d'une organisation formalisée (identification d'un flux).

Problématique et enjeux

La définition réglementaire de la prise en charge ambulatoire exclut les urgences en imposant la programmation des interventions et l'obligation d'une consultation d'anesthésie plusieurs jours avant l'intervention.

Les urgences sont perçues comme source de désorganisation, étant typiquement des flux poussés. Certaines urgences peuvent néanmoins être programmées (le jour même ou du jour au lendemain) en chirurgie ambulatoire et devenir ainsi des flux tirés.

Cette programmation à très court-terme permet de prendre en charge les patients de façon plus satisfaisante (réduction de l'attente « injustifiée » médicalement aux urgences notamment), voire d'optimiser le fonctionnement de l'UCA et du bloc dans la mesure où l'urgence possiblement rendue éligible à l'ambulatoire ne désorganise plus les flux ambulatoires programmés.

Objectifs

- Optimiser la prise en charge des patients arrivant par les urgences en réduisant les temps d'attente
- Lisser l'activité au bloc et au sein de l'UCA
- Optimiser l'utilisation des ressources (optimisation de l'occupation des places de chirurgie ambulatoire et libération de lits en unité conventionnelle)
- Organiser le non programmé pour le rendre éligible à l'ambulatoire
- Renforcer l'attractivité du travail en unité de chirurgie ambulatoire pour les chirurgiens, les anesthésistes et les soignants.

Principes de mise en œuvre et actions associées

Les urgences peuvent être prises en charge en ambulatoire sous réserve de :

- respecter les règles habituelles de fonctionnement d'une UCA et intégrer l'acte dans le circuit protocolisé ;
- être en capacité de mettre en œuvre l'ensemble des étapes préopératoires avant l'accueil en UCA : consultation d'anesthésie, admission, information-éducation patient ;
- définir des pathologies éligibles à la prise en charge en ambulatoire en collaboration avec les urgentistes et leurs conditions de réalisation (information des professionnels chargés de l'accueil et du tri des critères d'orientation du patient du SAU vers l'UCA) ;
- informer sur la faisabilité de la chirurgie non programmée (créneaux opératoires dédiés à l'urgence).

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Harmonie entre les différentes équipes médicales et paramédicales (UCA-Bloc-SAU) et au sein de celles-ci. Organisation centrale de la gestion de l'hébergement et des places dans l'UCA. Développement d'un secrétariat dans l'UCA permettant une prise en charge conjointe avec les opérateurs pour sécuriser la décharge et le suivi.
Risques de blocage majeur	L'UCA fonctionne en circuit fermé, avec un personnel inadapté en nombre. Manque de place dans l'UCA. Disponibilité limitée du bloc opératoire. Horaires d'ouverture de l'UCA.
Limite d'application	Les facteurs précédents. Disponibilité des anesthésistes pour la consultation à JO. Le type de pathologie (niveau de sévérité de l'urgence).

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations opérationnelles.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Pourcentage de patients pris en charge en urgence dans l'UCA. Indicateur de satisfaction des patients pris en urgence dans l'UCA. Taux de rotation des places.

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Avez-vous une activité d'urgence potentiellement génératrice de séjour ambulatoire ?
- Si oui,
 - Y-a-t-il un volume d'activité suffisant pour réserver les créneaux opératoires ambulatoires dédiés à l'urgence (urgence main) ?
 - Si oui, l'unité de chirurgie ambulatoire est-elle organisée pour prendre en charge régulièrement de l'activité non-programmée ?

- Si non, une procédure a-t-elle été prévue pour que les structures (UCA, Bloc, consultations chirurgicales et anesthésiques) soient en mesure de décider en temps réel de l'intégration des urgences dans un programme ambulatoire ?

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

- Centre de la main (Angers), p. 21

FICHE N°7 : PROTOCOLISER LA SUBSTITUTION

RECOMMANDATION I

Recommandation

Il faut protocoliser la substitution d'une intervention chirurgicale (couple acte/patient) effectuée en hospitalisation traditionnelle vers l'ambulatoire selon une méthodologie spécifique.

Ces « innovations » pour une unité de chirurgie ambulatoire donnée, compte tenu de la maturité de son organisation, s'appuient sur un protocole élaboré de façon collégiale.

Celui-ci implique une approche privilégiant esprit d'équipe, pédagogie et évaluation.

Il tient compte des conséquences induites en termes organisationnels, médico-économiques, capacitaires et de formation.

Problématique et enjeux

La substitution d'une intervention chirurgicale (pour un type de patient donné) effectuée en hospitalisation traditionnelle vers ambulatoire n'est pas le fruit d'une seule exigence d'un seul acteur, mais le fruit d'une préparation systématique associant tous les acteurs et débouchant sur une protocolisation.

Si chaque geste débouche sur une protocolisation spécifique, le processus de substitution gagne à faire l'objet d'une démarche organisée et reproductible, facteur d'accélération de l'innovation.

Objectifs

- Mettre en place un processus commun définissant les étapes de transition d'un geste vers l'ambulatoire qui tienne compte de l'ensemble des impératifs techniques, médicaux, économiques.
- Introduire une dynamique et une culture d'extension des indications de l'ambulatoire.

Principes de mise en œuvre et actions associées

Il est important que chaque équipe définisse son propre processus pour en favoriser l'appropriation et l'adaptation aux réalités de chaque établissement. L'impulsion peut avoir une origine interne ou externe (ex : MSAP).

On indiquera ici les champs que le processus doit couvrir ainsi que des exemples de mises en œuvre associées :

- Analyse des bénéfices/risques de l'acte proposé. Cette analyse comporte un volet médical et psychosocial.
- Réunion de concertation médico-chirurgicale pour mettre au point les éventuelles évolutions de techniques chirurgicales ou anesthésiques associées.
- Réunion de l'équipe de l'UCA (secrétariat, brancardier, AS, IDE, médecins, etc.) présentant le projet afin d'identifier les risques opérationnels propres à chaque corps de métier en cas de transfert vers l'ambulatoire et afin de construire de manière collégiale le chemin clinique adapté à cet acte.
- Sélection des premiers patients intégrant le protocole de prise en charge ambulatoire.
- Seuls les patients présentant les meilleures garanties de succès de la prise en charge ambulatoire participent aux protocoles avant d'élargir les indications au fur et à mesure que l'ensemble de l'équipe gagne en confiance et maîtrise le processus.
- Définition des modalités de formation des équipes de l'UCA aux nouveaux gestes introduits en ambulatoire.
- Définition d'étapes de transition entre une prise en charge classique et une prise en charge ambulatoire avec l'objectif de maîtriser les soins post-opératoires. Ces étapes permettent de stabiliser et de perfectionner les protocoles de soins, de former des équipes d'IDE de ville, etc.

- Évaluation des résultats. On veillera particulièrement à s'appuyer sur le retour d'information des patients d'une part, et sur les processus déjà existants d'autre part (ex : appel du lendemain, consultation post-opératoire).
- L'informatisation du recueil de données de l'appel du lendemain peut constituer une aide précieuse pour analyser en continu des « cohortes » de patients.
- Évaluation du développement de la chirurgie ambulatoire en termes d'impact capacitaire sur l'UCA.
- Les règles de programmations en UCA, voire d'accès au bloc, pourront être adaptées.
- Communication des premiers succès et de la progression de la prise en charge ambulatoire (1^{er} patient, 1^{re} vingtaine de patients, prise en charge ambulatoire majoritaire, etc.) auprès de l'ensemble des équipes concernées (UCA, bloc opératoire, chirurgiens, anesthésistes, direction, équipe de consultation, etc.). Ce point est clé pour susciter l'émulation au sein de la communauté chirurgicale et anesthésique et rappeler une procédure de prise en charge globale. Le coordonnateur médical tient le rôle de chef d'orchestre dans ce dispositif.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Connaissance de la méthodologie de choix et protocolisation par l'ensemble de l'équipe. Réalisation du chemin clinique par toute l'équipe. Information aux correspondants médicaux impliqués. Progressivité du protocole.
Risques de blocage majeur	Volume trop important impactant trop fortement les autres activités de l'UCA.
Limite d'application	Aucune.

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations opérationnelles.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Parcours de soins adapté, résultats cliniques satisfaisants. Satisfaction des patients et du personnel. Taux de chirurgie ambulatoire sur les gestes intégrant le protocole.

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Un processus institutionnel formalisé et partagé par tous les acteurs (direction, médecins, soignants, etc.) a-t-il été mis en place pour encadrer la transition des prises en charge traditionnelles vers l'ambulatoire ?
- A-t-il été décliné dans chaque spécialité chirurgicale ?
- La transition d'un geste vers la chirurgie ambulatoire est-elle le fruit d'une décision collective (opérateur, anesthésiste, direction, DIM) et volontaire et non le fruit de l'exigence d'un seul acteur ?
- La déclinaison opérationnelle du processus institutionnel a-t-elle fait l'objet de travaux associant tous les acteurs concernés (médecins, soignants, brancardier, DIM, etc.) ?
- Avez-vous organisé l'accompagnement de l'harmonisation des pratiques professionnelles de chirurgie ambulatoire dans chaque spécialité ?
- L'extension des patients éligibles pour un geste innovant en ambulatoire a-t-elle été organisée de façon progressive et maîtrisée ?
- Pendant la période de transition, y-a-t-il une évaluation systématique et spécifique du suivi post-opératoire du patient permettant d'ajuster les protocoles de prise en charge ?
- La transition d'un geste vers la chirurgie ambulatoire s'accompagne-t-elle d'une formation des équipes soignantes de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire ?
- Les modalités d'organisation (ex : ordonnancement, programmation, capacitaire...) de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire sont-elles reconsidérées et adaptées si nécessaire suite à l'intégration d'un nouveau geste en chirurgie ambulatoire ?
- Les succès de la substitution d'un geste en chirurgie ambulatoire font-ils l'objet d'une communication dans l'Unité de Chirurgie Ambulatoire et en dehors, ainsi que d'encouragements institutionnels ?

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

Pratiques et organisations médicales

- Centre clinique (Soyaux), p. 21
- Centre de la main (Angers), p. 29
- CHI Poissy St Germain, p. 24
- CHU Lille, p. 34, p. 35
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 30

Prise en charge de la douleur

- Centre clinique (Soyaux), p. 21
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 26
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 30
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 25

Extension des pratiques basée sur une évaluation constante

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 34
- CHU Lille, p. 31

FICHE N° 8 : DÉFINIR LES FONCTIONS MANAGÉRIALES ET LES MODALITÉS DE PILOTAGE

RECOMMANDATION K

Recommandation

La coordination médicale de l'unité de chirurgie ambulatoire est le garant des orientations stratégiques, de l'organisation et de la culture ambulatoire (développement d'activité, protocolisation des interventions réalisées, adhésion de l'ensemble du personnel aux orientations chirurgicales adoptées...). Cette fonction est attribuée par la réglementation à un médecin, celui-ci doit faire l'objet d'une reconnaissance explicite par la communauté médicale et la direction de l'établissement.

La gestion de l'unité de chirurgie ambulatoire au quotidien doit reposer sur trois fonctions : encadrement, organisation des soins et gestion des flux. Un cadre de santé formé à la gestion des flux peut assurer ces fonctions.

Le pilotage de l'unité de chirurgie ambulatoire s'appuie sur des indicateurs mis à disposition de l'ensemble de l'établissement. Il se décline en deux types :

- des indicateurs d'activité et de qualité collectés et partagés régulièrement au sein de l'Unité de chirurgie ambulatoire ;
- des indicateurs issus des données médico-économiques de l'établissement et de son environnement (PMSI, contrôle de gestion) permettant notamment d'identifier le potentiel de développement de l'ambulatoire.

Les indicateurs sont partagés par la direction, les médecins et la gouvernance de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Problématique et enjeux

Le médecin coordonnateur est prévu réglementairement dans les textes. On constate cependant que, dans la plupart des cas, il n'est pas désigné par l'institution ni reconnu explicitement et que, dans les autres cas, il est non opérant.

On constate aussi que le bon fonctionnement de l'UCA est lié au degré d'implication du cadre de santé dans sa gestion au quotidien et dans son articulation avec le bloc opératoire.

Afin d'aider au pilotage, la connaissance des dysfonctionnements et la mise en place de mesures correctrices au sein d'une structure sont indispensables à toute démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. Ceci est particulièrement prégnant dans une UCA. Cette démarche repose sur la mise en place d'indicateurs de pilotage.

Enfin l'optimisation de l'UCA ne peut se faire sans la connaissance d'un certain nombre de données médico-économiques qui permettront par exemple d'obtenir une adéquation activité/ressources.

Objectifs

- Mettre en place une gouvernance construite sur un binôme complémentaire :
 - la gouvernance médicale avec un rôle de contrôle du fonctionnement de l'UCA sur la base du règlement intérieur et par l'analyse d'indicateurs notamment par le coordonnateur médical ;
 - la gouvernance non médicale avec un rôle de gestion au quotidien de l'unité de chirurgie ambulatoire.
- Disposer d'un nombre limité d'indicateurs considérés par les acteurs comme pertinents dans les domaines du pilotage opérationnel, de l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.
- Obtenir des informations médico-économiques permettant :
 - d'exploiter le potentiel de développement interne et externe : capacité à transférer du conventionnel vers l'ambulatoire et capacité à développer des parts de marché ;
 - de moduler la répartition des vacations médicales et de mettre l'UCA en situation d'organiser cette mobilité (adéquation activité/ressources).

Principes de mise en œuvre et actions associées

La définition des fonctions managériales repose sur les principes de mise en œuvre suivants :

- désignation par la direction de l'établissement du coordonnateur médical. Une lettre de mission pourra expliciter les objectifs et les attentes liés au poste ;
 - définition de la stratégie de développement de l'unité de chirurgie ambulatoire, qui passe notamment par le contrôle de fonctionnement de l'UCA, l'adhésion de l'ensemble des personnels médicaux et soignants, la formation des équipes à la spécificité de l'ambulatoire, l'extension des pratiques ambulatoires vers de nouveaux gestes ;
 - gestion au quotidien de l'UCA se faisant à plusieurs niveaux :
 - organisation de la vérification de l'administratif (pré hospitalisation et postopératoire) ;
 - interaction forte et quasi-quotidienne avec le bloc opératoire, notamment pour la programmation et l'ordonnancement des interventions ;
 - organisation de la rotation des patients sur les places de l'unité ;
 - raccourcissement des temps d'attente en UCA, notamment dans l'anticipation de la sortie ;
 - lissage de l'activité au sein de l'UCA dans la journée et sur la semaine ;
 - structuration des tâches de l'ensemble de l'équipe paramédicale.
- De manière générale, la gestion opérationnelle de l'UCA vise à anticiper le plus possible les difficultés organisationnelles afin que les équipes paramédicales soient concentrés le plus possible sur le soin et la réussite de la journée opératoire du patient.
- mise en place de points de rencontre régulier entre coordonnateur médical et cadres de l'UCA et du bloc pour coordonner les actions et trouver des leviers aux difficultés rencontrées.

Le pilotage de l'unité repose sur les principes de mise en œuvre suivants :

- définition d'objectifs partagés et mise en place d'indicateurs de suivi ;
- mise en place de réunions de restitution mensuelles ou trimestrielles sur les indicateurs et de réunions « minute » hebdomadaires pour évoquer les indicateurs clé et les « irritants » de la semaine ;

- mise en œuvre d'un système de recueil informatisé adapté à l'ambulatoire (ex : intégrant que la norme est l'hospitalisation en ambulatoire, rempli facilement par tous les professionnels au fil de l'eau, genèse de tableaux de bord utiles, simples et lisibles, etc.) ;
- affichage des indicateurs en vue d'un partage collectif au travers notamment de la mise en place d'un système d'information adapté ;
- mise en place d'indicateurs permettant la traçabilité des replis/annulations/rotations/satisfaction du patient/activité des praticiens.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	<p>Cohérence du choix du coordonnateur médical : reconnaissance par ses pairs, capacité à convaincre au-delà de sa spécialité, intérêt pour la chirurgie ambulatoire, qualité d'organisateur, etc.</p> <p>Cohérence du choix du cadre de l'UCA : maîtrise de la gestion des flux, capacité à créer un esprit d'équipe dynamique propice à des adaptations fréquentes d'organisations, capacité à coordonner de nombreux acteurs (opérateurs, bloc opératoire, UCA etc.).</p> <p>Appui de la direction générale au cadre de l'UCA dans les choix de gestion opérationnelle.</p> <p>Pouvoir s'appuyer sur un réseau des référents médicaux par spécialité pour la chirurgie ambulatoire.</p> <p>Définition collégiale des indicateurs pertinents.</p> <p>Recueil au fil de l'eau des informations par l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux.</p> <p>Système d'information pour générer des tableaux de bord et analyser l'évolution des indicateurs ou la mise en évidence d'indicateurs sentinelles (ex : douleur à domicile, nausées-vomissements, retour dans la structure le jour même, etc.).</p> <p>Publicité de l'utilisation des indicateurs dans les choix de gestion de l'UCA.</p>
Risques de blocage majeur	<p>Articulation entre le métier d'encadrement et celui dédié au flux.</p> <p>Absence de dialogue ou de répartition explicite des rôles entre coordonnateur médical et soignant.</p> <p>Outil informatique trop complexe à utiliser ou postes informatiques difficilement accessibles.</p>
Limite d'application	Aucune.

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations opérationnelles.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	<p>Taux d'occupation de l'unité.</p> <p>Extension des indications à la chirurgie ambulatoire.</p> <p>Évaluation du temps de présence dans l'unité.</p> <p>Évaluation qualitative de la prise en charge.</p> <p>Satisfaction des personnels de l'UCA.</p> <p>Périodicité de publication des indicateurs en routine.</p> <p>Nombre de réunions et de relevés de décision.</p> <p>Nombre de protocoles mis à disposition.</p>

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Le management de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire s'appuie-t-il sur un binome cadre / coordonnateur médical ?
- Si oui, leurs rôles sont-ils bien définis ?
- Le cadre assure-t-il les 3 fonctions d'encadrement, des soins et de gestion des flux ?
- Si oui, ces trois fonctions sont-elles formalisées (lettre de mission, etc.) ?
- Le cadre de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire a-t-il créé un esprit d'équipe dynamique qui se traduit par des résultats mesurables au travers d'indicateurs ?
- Le cadre dispose-t-il du soutien de la direction générale ?
- Le cadre est-il reconnu par le président de CME et les praticiens ?
- Le cadre a-t-il reçu une formation complémentaire centrée sur la gestion des flux ?
- Le coordonnateur médical de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire fait-il l'objet d'une reconnaissance explicite par la communauté médicale et la direction d'établissement ?
- La date de nomination du coordonnateur médical par l'institution est-elle disponible ?
- Le règlement intérieur de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire a-t-il été signé par le coordonnateur médical ?
- Le coordonnateur médical participe-t-il aux orientations stratégiques ?
- Les réunions de concertation médico-chirurgicales concernant le développement de la chirurgie ambulatoire dans le projet d'établissement, d'une part, et la protocolisation de la substitution, d'autre part, sont-elles pilotées par le médecin coordonnateur ?
- Le fonctionnement de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire fait-il l'objet d'un recueil systématique et partagé d'indicateurs d'activité et de qualité (référence au guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire) permettant d'évaluer la performance de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire ?

- L'établissement dispose-t-il, pour sa stratégie de développement ambulatoire, du résultat des indicateurs de suivi (parts de marché, potentiel de substitution, équilibre économique, etc.) partagés entre la direction générale, les médecins et la gouvernance de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire? référence diagnostic externe.
- La progression du développement ambulatoire et du potentiel de substitution fait-elle l'objet d'un suivi par spécialité ?

Guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire

- Cf. la fiche technique n° 3.

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

Binome Cadre UCA / Médecin coordonnateur

- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 30
- Centre clinique (Soyaux), p. 26
- CH St Quentin, p. 39
- CHR Metz - Thionville, p. 45
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 33
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 30

Pilotage stratégique de l'activité

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 47
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 30
- Centre clinique (Soyaux), p. 26
- Centre de la main (Angers), p. 33
- CH St Quentin, p. 39
- CHI Poissy St Germain, p. 26, p. 27
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 33
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 30
- Fondation Rothschild (Paris), p. 31

Pilotage opérationnel des flux

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 50
- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 30
- CH St Quentin, p. 39
- CHI Poissy St Germain, p. 27
- CHU Lille, p. 43
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 34
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 30



- Fondation Rothschild (Paris), p. 31
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 31

Autres éléments

- Centre chirurgical Emile Gallé (Nancy), p. 30
- Centre clinique (Soyaux), p. 26
- CHI Poissy St Germain, p. 27
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 35

FIGHE N° 9 : DISPOSER DE COMPÉTENCES ET DE RESSOURCES HUMAINES DÉDIÉES

RECOMMANDATION L (EN LIEN AVEC LES FICHES TECHNIQUES N° 10 ET 11)

Recommandation

L'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire, dans laquelle s'impliquent les professionnels (administratifs, paramédicaux et médicaux), se structure autour du patient. L'équipe paramédicale doit être exclusivement dédiée à l'unité de chirurgie ambulatoire.

L'équipe médicale et paramédicale rompue au travail en équipe doit être formée à la spécificité de la prise en charge ambulatoire. Elle est entraînée et impliquée dans le bon déroulement du circuit, avec une bonne connaissance du rôle de chacun.

/.../

Problématique et enjeux

La durée du séjour du patient en UCA est contrainte. En quelques heures, il sera réalisé un acte qui peut être de haute technicité dans un environnement sécuritaire qui doit se prolonger au-delà de l'enceinte de l'établissement.

Chaque phase du processus doit être connue, authentifiée et validée, autorisant le passage à la phase suivante.

Chaque étape peut être à l'origine d'un événement indésirable avec des conséquences de gravité variable.

La spécificité de la chirurgie ambulatoire impose, outre les fonctions de soins, de pouvoir répondre aux exigences de travail en équipe, avec notions :

- d'efficacité et de rapidité ;
- d'anticipation et de connaissance de toutes les étapes du processus de prise en charge ;
- d'adaptabilité et de disponibilité ;
- de communication ;
- d'information (en particulier avec le patient, tout au long de son parcours).

La tentation est grande d'utiliser les compétences de l'équipe ambulatoire pour des tâches extérieures à l'UCA, notamment dans les structures d'hospitalisation traditionnelle. Cette dualité risque autant d'affaiblir un maillon de la chaîne ambulatoire que de démotiver le personnel déplacé.

Objectifs

- Améliorer la satisfaction des patients qui seront pris en charge dans une unité correspondant à leur acte chirurgical.
- Permettre aux acteurs d'acquérir à priori les connaissances concernant les différentes étapes du processus ambulatoire et plus particulièrement la maîtrise des procédures d'alerte.
- Maintenir un niveau de vigilance élevé pendant toute la durée du travail posté.
- Garantir la professionnalisation du personnel aux spécifications de l'organisation permettant d'identifier sans délai les situations à risque médico-chirurgical ou organisationnel.
- Assurer l'appropriation du concept ambulatoire par chaque membre qui intervient dans le cadre ambulatoire et pouvoir répondre aux exigences de : rapidité, qualité, gestions des risques, diffusion de pratiques innovantes.
- Limiter le turnover des agents pour assurer la stabilité de l'équipe.

Principes de mise en œuvre et actions associées

Disposer de ressources humaines et de compétences dédiées implique pour l'établissement de :

- Recruter des personnes motivées (profil de poste) par les spécificités de la chirurgie ambulatoire, au-delà de l'organisation du temps de travail proposée.

- Assurer une intégration adaptée et suivie par tutorat.
- Mettre en place des formations internes : des anciens vers les plus jeunes, informations au sein de l'établissement, stages accueillant des élèves infirmiers.
- Participer à des informations ou formations externes : Colloques, congrès, séminaires, DU, visites d'unité de chirurgie ambulatoire.
- Identifier un temps de communication sur la programmation de l'activité (entre les cadres) et sur l'évaluation du fonctionnement de l'UCA (entre praticiens utilisateurs et équipe paramédicale).
- Responsabiliser individuellement les acteurs sur des missions transverses (CLUD, CLIN, formations, tutorat, relations avec le patient, etc.).

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	<p>Cadre de santé leader bénéficiant du soutien non équivoque de la direction générale, du coordonnateur et reconnu des praticiens.</p> <p>Appartenance à une équipe et « esprit d'équipe ».</p> <p>Retour d'informations aux équipes en temps réel.</p> <p>Légitimité du binôme cadre-médecin de l'UCA.</p>
Risques de blocage majeur	Remise en cause de pratiques.
Limite d'application	

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations opérationnelles.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	<p>100 % de l'équipe paramédicale dédiée à l'UCA.</p> <p>Temps de formation effectuée sur l'année.</p> <p>Taux d'annulation pour causes organisationnelles.</p> <p>Repli vers l'hospitalisation complète pour cause organisationnelle.</p>

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Les équipes de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire sont-elles dédiées à la prise en charge ambulatoire ?
- Le recrutement du personnel de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire se fait-il sur des définitions de fonction (fiches de poste) spécifique à l'Unité de Chirurgie Ambulatoire ?
 - Si oui, les différentes fiches de poste ont-elles été construites pour s'articuler entre elles et permettre un travail en équipes ?
- L'intégration d'un nouveau membre de l'équipe s'est-elle accompagnée systématiquement d'une action de tutorat ?
- Existe-t-il un programme de formation continue dédiée et intégré au parcours de chaque professionnel (soignant et médecin) participant au développement de la chirurgie ambulatoire ?
- Une majorité significative de professionnels de santé de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (soignant et médecin) participe-t-elle au moins une fois par an à un congrès ou colloque ciblé sur l'ambulatoire, visite d'Unité de Chirurgie Ambulatoire ou publication d'article sur la chirurgie ambulatoire ?
 - Si oui, la restitution est-elle systématique à tous les membres de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire ?
- L'ensemble des intervenants en chirurgie ambulatoire dispose-t-il d'une parfaite connaissance du rôle des uns et des autres et de l'intégralité des étapes du parcours patient en ambulatoire ?

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

Rôle des soignants et des cadres

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 46, p. 50
- Centre clinique (Soyaux), p. 26
- CH St Quentin, p. 39
- CHI Poissy St Germain, p. 28
- CHR Metz - Thionville, p. 45
- CHU Lille, p. 43
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 33
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 30
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 31, 32

Gestion des ressources humaines

- Centre clinique (Soyaux), p. 12
- Centre de la main (Angers), p. 33
- CHR Metz - Thionville, p. 17, p. 48
- CHU Lille, p. 43
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 34
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 31

Autres éléments

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 50
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 36
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 31

FICHE N° 10 : FAVORISER LES COOPÉRATIONS PROFESSIONNELLES FORMALISÉES

RECOMMANDATION L (EN LIEN AVEC LES FICHES TECHNIQUES N° 9 ET 11)

Recommandation

/.../

Les coopérations professionnelles (et s'il y a lieu dans le cadre de l'article L 4011-1 et suivant du code de santé publique), favorisant la fluidité de la prise en charge (flux continu) et réduisant la présence des patients au strict temps nécessaire aux soins, doivent être parfaitement formalisées au travers de procédures, notamment lors de l'évaluation du patient à son entrée et à sa sortie.

/.../

Problématique et enjeux

La fluidité de l'organisation de la sortie des patients reste un point de difficulté majeure, y compris pour les structures parmi les plus entraînées, en raison de l'attente de la signature médicale, alors que le patient est apte à sortir. En effet, la sortie nécessite une signature médicale et s'articule avec la disponibilité physique de l'opérateur et de l'anesthésiste. De plus, de nombreuses structures ont recours à une double signature (chirurgien et anesthésiste), ce qui potentiellement multiplie les temps d'attente.

Enfin l'interprétation des textes réglementaires sur la signature du médecin au moment de la sortie du patient n'est pas unanimement partagée par tous les acteurs.

Une attente inutilement prolongée de la signature médicale nuit non seulement à la satisfaction du patient et du personnel, mais gêne une prise en charge fluide, une organisation de la rotation des places et un bon lissage de la charge de travail tout au long de la journée. Par ailleurs, solliciter plusieurs fois dans la journée un même opérateur pour organiser des sorties au fil de l'eau est souvent incompatible avec le respect de la programmation du bloc opératoire.

Cette question pourrait aussi se poser en amont de la prise en charge du patient au bloc opératoire, notamment lors de la préparation/optimalisation de la visite systématique pré-anesthésique (qui aujourd'hui est une obligation réglementaire).

Objectifs

- Établir des modalités de coopération interprofessionnelle partagée par tous les acteurs, sans compromis sur la sécurité du patient.
- Fixer les critères sécurisant la sortie du patient.
- Ajuster la présence du patient dans l'UCA à ses besoins en termes de soins.
- Fluidifier la sortie et améliorer la rotation sur les places.

Principes de mise en œuvre et actions associées

Les coopérations professionnels doivent notamment s'appuyer sur :

- la formalisation de la grille d'évaluation remplie par l'IDE déterminant l'aptitude à la rue du patient (score PDASS ou Chung) ;
- les informations nécessaires à sa sortie (continuité des soins) ;
- l'établissement de conditions de recours à un chirurgien ou anesthésiste ;
- la recherche du consensus au sein de l'équipe (anesthésistes, médecins et chirurgiens utilisateurs de l'UCA, personnel soignant) sur les modalités de coopération facilitant différentes étapes du processus de prises en charge ;
- la validation des protocoles et de leur mise en œuvre par l'ARS et/ou la HAS s'il y a lieu.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Équipe paramédicale dédiée et formée. Protocoles validés par l'ensemble de l'équipe et intégrés au règlement intérieur de l'UCA.
Risques de blocage majeur	Interprétation de l'article 51 de la loi HPST sur la délégation des compétences Versus délégation de tâche. Incompréhension des acteurs (pouvoir médical, glissement de tâche, etc.). Évaluation de la charge de travail des soignants.
Limite d'application	Évolution de la réglementation actuelle.

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations opérationnelles.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Nombre de VPA non documentées dans le dossier patient. Temps de présence des patients dans l'UCA. Temps d'attente avant sortie de l'UCA. Indice de satisfaction des patients.

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Y a-t-il une coopération professionnelle pour évaluer les patients à l'entrée dans le cadre de l'amélioration des flux et de la maîtrise des risques sur la base d'une protocolisation entre soignants, anesthésistes et opérateurs ?
 - Si oui, cette protocolisation a elle été validée par une institution extérieure ?
- Y a-t-il une coopération professionnelle pour évaluer les patients et déterminer leur aptitude à la rue dans le cadre de l'amélioration des flux et de la maîtrise des risques sur la base d'une protocolisation entre soignants, anesthésistes et opérateurs ?
 - Si oui, cette protocolisation a elle été validée par une institution extérieure ?

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

Organisation de la sortie

- Centre clinique (Soyaux), p. 17
- CHI Poissy St Germain, p. 19
- CHU Lille, p. 25
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 24
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 20
- Fondation Rothschild (Paris), p. 22

FIÈHE N° 11 : DISPOSER DE NOUVELLES COMPÉTENCES ET DE NOUVEAUX MÉTIERS DÉDIÉS AUX FLUX

RECOMMANDATION L (EN LIEN AVEC LES FICHES TECHNIQUES N° 9 ET 10)

Recommandation

/.../

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel fondé sur la gestion des flux.

Son optimisation impose de nouvelles compétences dans ce domaine (exemple : brancardier régulateur, infirmière programmatrice) pouvant aller jusqu'à de nouveaux métiers (exemple : directeur de la régulation de l'activité médicale).

Problématique et enjeux

La coordination entre les acteurs et l'adéquation entre les ressources et l'activité, souvent effectuées de façon désordonnée, deviennent cruciales dès lors que le volume d'activité et/ou la multiplicité des intervenants atteignent un seuil critique. De plus, réguler l'ensemble du parcours patient nécessite une vision globale sur des ressources souvent gérées de manière isolée, sans coordination.

L'efficacité de la gestion des flux est grandement améliorée en professionnalisant et en dédiant un ou plusieurs types de postes caractérisés par deux fonctions : anticipation et régulation.

Ce type de poste peut s'envisager à un niveau opérationnel limité (ex : régulation du brancardage), intermédiaire (ex : infirmière programmatrice) ou plus large et structurel (ex : régulation des activités médicales). La mise en place de ces nouveaux métiers demande à la fois une définition de fonction très précise, son articulation avec les autres métiers (médecin coordonnateur, cadre, etc.) et son acceptabilité par tous les acteurs.

Objectifs

- Éviter les goulots d'étranglement et les fonctionnements en silo tout au long de la prise en charge du patient.
- Disposer d'un ordonnancement des ressources qui privilégie la fluidité du parcours patient.
- Optimiser le parcours patient en sécurisant les

programmes opératoires (respect des horaires, ordonnancement, etc.), en optimisant l'accès et l'occupation de l'UCA, en réduisant les temps d'attente de toutes sortes (patient, opérateur, etc.).

- Structurer de nouveaux rôles transversaux dans l'Hôpital.
- Privilégier une coordination globale acceptée par tous.

Principes de mise en œuvre et actions associées

La création de nouvelles compétences ou de nouveaux métiers dédiés aux flux nécessite de réaliser tout ou partie des étapes suivantes :

- identifier les fonctions dédiées aux flux qui seraient les plus pertinentes pour l'établissement ;
- calibrer le périmètre de la fonction qui peut aller d'une fonction opérationnelle simple jusqu'à une fonction structurelle large ;
- assoir la démarche par une validation par la Direction Générale de la création de ce poste en prenant en compte notamment les avantages logistiques, médico économiques, la satisfaction des patients et des personnels ;
- définir la fonction de façon la plus détaillée possible, en veillant à la valoriser et en identifiant les problématiques en lien avec la création de ce poste transversal :
 - définir les modes d'interaction avec les autres corps de métier, les procédures d'arbitrage en cas de conflit,
 - informer et favoriser la concertation de l'ensemble des acteurs,

- procéder à la mise en œuvre de manière itérative sur la base d'expérimentation de quelques jours pour un secteur donné.
- Recruter/redéployer et repérer des candidats avec des entretiens ciblés. Selon les configurations, l'étape de recrutement peut succéder à la définition détaillée du poste ou la précéder. Dans ce dernier cas, on associera le candidat retenu à l'élaboration détaillée du fonctionnement de l'unité.
- Associer les professionnels de l'UCA pour leur présenter l'intérêt de ces nouvelles fonctions en lien avec les dysfonctionnements constatés, les avantages attendus de la réorganisation en matière de satisfaction et de confort des patients et du personnel :
 - pour le brancardage : intérêt pour une participation responsable et active à la marche de l'UCA, fonction auparavant ancillaire devenant dès lors pivot de la valeur du bloc,
 - pour la programmation : intérêt de tous les professionnels d'avoir un interlocuteur unique pour les programmations opératoires, de disposer d'informations fiables et partagées en temps réel, d'éviter les ordres et contre ordres à répétition, les attentes et annulations, de centraliser les demandes de RV de pré anesthésie, etc.,
- Accompagner la prise de fonction en veillant à :
 - passer du temps à se familiariser avec l'ensemble des fonctions avec lequel le poste interagit,
 - apporter rapidement des améliorations concrètes, même minimales, aux difficultés rencontrées par les équipes.

Ces deux étapes (apprentissage et « premières victoires ») sont clés pour construire la crédibilité du poste auprès des équipes. Par la suite, la vérification et le renforcement des moyens informatiques disponibles permettront de simplifier et de pérenniser les nouveaux rôles ainsi créés.

Ce travail est réalisé par le coordonnateur médical, le cadre de l'UCA et la direction. Il s'appuie sur les constats des dysfonctionnements de l'UCA qu'il est important de qualifier et quantifier pour justifier l'intérêt de créer une nouvelle fonction.

La consultation d'autres services (ex : services de consultation, brancardage, gestion des transports, bloc opératoire, etc.) complètent le travail d'identification des besoins.

Trois exemples de fonctions retrouvées permettent de concrétiser la démarche et l'intérêt de tels postes :

- régulation du brancardage, programmation de l'UCA et du bloc.
- coordination entre consultation, programmation du bloc opératoire et capacité d'accueil de l'UCA.
- régulation de l'ensemble des activités médicales.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	<p>Intérêt partagé des cadres bloc et UCA, des intervenants médicaux et non médicaux et du coordonnateur.</p> <p>Bonne connaissance des rouages de l'UCA et des habitudes des intervenants.</p> <p>Rôle facilitant de l'informatisation.</p> <p>Sécurisation des programmes, possibilité de centralisation des prises de rendez-vous de Cs pré anesthésie.</p> <p>Capacité du titulaire à tenir compte de nombreux interlocuteurs tout en maintenant un cap unique.</p> <p>Appui de la direction pour légitimer ces nouvelles fonctions transversales, notamment en cas de conflit.</p>
Risques de blocage majeur	<p>Logiques de territoire, résistance au changement culturel, crainte de la course au rendement.</p> <p>Manque de confiance des opérateurs et de leurs secrétaires propres, mais également des cadres.</p> <p>Habitude d'établir individuellement ses programmes (volontiers à géométrie variable) sans esprit collectif.</p> <p>Résistances à l'informatisation.</p>
Limite d'application	<p>Reconnaissance des PNM exerçant ces nouveaux métiers.</p> <p>Politique locale de Ressources Humaines.</p> <p>Capacité de réflexion d'équipe sur les bénéfices attendus.</p>

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations opérationnelles.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	<p>Taux de dysfonctionnements : retards d'arrivée au bloc, retards de programme opératoire, retards de départs de SSPI.</p> <p>Interventions annulées ou retardées.</p> <p>Niveau global d'activité de l'UCA.</p> <p>Enquêtes de satisfaction ciblées patients et personnels.</p>

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Dans le cadre de la réflexion autour de l'optimisation des flux, avez-vous fait évoluer un (ou des) poste(s) existant(s) vers de nouvelles compétences (exemples : brancardier devenant régulateur, infirmière devenant programmatrice, etc.) ?
 - Si oui, cette(s) nouvelle(s) compétence(s) impacte (ent) elle(s) simultanément les flux de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire et du bloc opératoire ?
- Dans le cadre de la réflexion autour de l'optimisation des flux, avez-vous créer un ou des nouveaux métiers (exemples : gestionnaire de flux, directeur de la régulation médicale, etc.) ?
 - Si oui, ce(s) nouveau(x) métier(s) est(sont) il(s) rattaché (s) à la Direction Générale ?

Exemples de 3 fiches de poste (directeur de la régulation des activités, cadre coordonnateur de parcours de prise en charge, brancardier coordonnateur des flux).

Ces synopsis de fiche de poste sont données de manière indicative. Elles traduisent tous les enjeux de la coordination depuis celle d'une régulation partielle (exclusive au bloc opératoire) jusqu'à celle plus globale (pour tout l'établissement) plus complexe et plus aboutie.

Elles s'inspirent librement des fiches de postes et des expériences terrains rencontrées au cours des visites des 15 établissements les plus performants et représentatifs du *benchmark*.

Chaque établissement pourra se les réapproprier, pour tout ou partie, en l'adaptant à son organisation et à son contexte spécifique.

Ces fonctions peuvent s'envisager sur des périmètres et des postes variables : directeur, cadre, brancardier, exclusive ou non de la chirurgie ambulatoire.

Directeur de la régulation des activités

Contexte général

- La production de soins est assimilable à une chaîne. Cette chaîne se comprend depuis l'entrée du patient

dans la structure jusqu'à sa sortie. Elle peut englober les consultations, le suivi du patient au domicile et les fonctions support (commandes, administration, contrôles, maintenance, livraisons). Cette « chaîne de production de soins » doit être organisée et coordonnée. La maîtrise de la programmation de ses différentes étapes est un élément clé pour la réussite de la prise en charge du patient et pour le développement d'activité de l'établissement.

- Tous les acteurs doivent s'adapter à cette maîtrise et non l'inverse.

Positionnement hiérarchique

- Nommé par la direction générale.
- Rattaché et reporte à la direction générale.
- Participe au comité de direction.
- Participe à la réflexion stratégique pour le développement de la structure.
- Est pleinement associé aux missions transversales de démarche qualité et de suivi des indicateurs.

Objectifs

- Planifier et synchroniser l'ensemble des moyens (matériel, locaux, personnel) pour assurer la prise en charge du patient sans rupture de charge, tout en optimisant les ressources disponibles pour exploiter au maximum les potentiels d'activités de l'établissement.
- Cet objectif se décline en 3 dimensions temporelles par rapport au séjour du patient :
 - sur le long terme : conceptualiser et gérer le circuit futur des patients dans l'hôpital dès leur premier contact pour obtenir un flux homogène avec suffisamment de souplesse pour absorber les variations d'activités ;
 - quelques jours avant : ajuster la disponibilité des moyens de l'établissement ;
 - en temps réel : optimiser l'adéquation ressources/moyens en s'adaptant aux perturbations et aux aléas quotidiens.

Fonctions

- Fonctions de supervision :
 - définir l'organisation des vacations de consultations en lien avec les instances régulant les consultations ;
 - organiser et assurer la planification des blocs opératoires et des programmes opératoires en lien avec le conseil de bloc ;

- maximiser le taux d'occupation des lits et de rotation des places dans l'établissement ;
- veiller à ce que le fonctionnement des secrétariats médicaux et du brancardage contribue à la cohésion du système ;
- assurer la cohérence de l'attribution des ressources de l'établissement tout au long de la prise en charge de manière à les exploiter au mieux.
- Fonctions de gestion directe : gestion des services et organisation en charge de la programmation des activités médicales :
 - standard téléphonique ;
 - bureau central des rendez-vous ;
 - bureau des rendez-vous opératoires ;
 - cellule de gestion des lits et places ;
 - secrétariat en charge des comptes-rendus post-opératoires et des comptes-rendus d'hospitalisation.

Cadre coordonnateur de parcours de prise en charge

Contexte général

La meilleure information, communication au patient et coordination du parcours du patient aux moments clés sont des facteurs de réussite aussi bien du point de vue médical, soignant qu'organisationnel.

Positionnement hiérarchique

Le positionnement hiérarchique dépend du périmètre de la fonction :

- Rattaché directement à l'unité de chirurgie ambulatoire pour les prises en charge relevant exclusivement de la chirurgie ambulatoire.
- Rattaché aux services de chirurgie pour les prises en charge de l'ensemble des activités chirurgicales.
- Rattaché à une structure transversale pour les prises en charge complexes nécessitant davantage de pluridisciplinarité (dont la chirurgie ambulatoire est l'une des étapes comme par exemple la prise en charge du cancer). Cette structure transversale pourrait être rattachée à la direction des soins infirmiers.

Le poste serait en interaction avec l'ensemble des acteurs internes et externes de l'établissement : médecins, secrétariats médicaux, services de soins, services sociaux, correspondants externes à l'établissement, etc.

Objectifs

- Être l'interlocuteur privilégié du patient tout au long

de son parcours afin de bénéficier des meilleures conditions de compréhension de sa pathologie.

- Agencer/programmer l'ensemble des jalons constitutifs de sa prise en charge de manière à optimiser la gestion et la synchronisation des flux.
- Assurer le relai dans l'information donnée par et pour les médecins.

Fonctions

- Accueillir le patient dans les suites de l'annonce de l'indication opératoire et de la définition du projet de prise en charge.
- Évaluer le niveau d'information et les attentes du patient.
- Expliquer la pathologie et tous les actes médicaux et chirurgicaux.
- Expliquer le déroulement du programme de prise en charge.
- S'assurer que l'ensemble des rendez-vous et examens nécessaires à la prise en charge (pré et post opératoire) soit prévu et organisé en respect du calendrier de la date opératoire et de la pathologie.

Brancardier coordonnateur des flux

Contexte général

Le transport patient entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire est un point clé dans la fluidité de l'organisation du bloc opératoire et dans la réduction des délais d'attente pour le patient.

La synchronisation en temps réel entre :

- les différentes demandes de brancardage (vers ou depuis le bloc opératoire) ;
- la disponibilité des patients ;
- et les ressources de brancardage (personnels et matériels) ;

nécessite un point de vue central, de type « tour de contrôle », seul capable de réaliser, au fil de l'eau, les meilleurs arbitrages.

Cette fonction est d'autant plus nécessaire que les flux sont nombreux (nombre de salles opératoires), divers (transport à pied, en fauteuil, en brancard « léger », support plus lourd) et complexes (mutualisation des salles d'opérations et des ressources de brancardage).

Cette fonction s'étend jusqu'à la répartition de salles d'opération en temps réel.

Positionnement hiérarchique

Il est nécessaire de bien définir les champs d'action respectifs du chef de bloc et du régulateur des flux : la régulation globale et anticipée de la programmation est de la responsabilité du chef de bloc, la régulation en temps réel des interventions en cours d'exécution est du domaine du coordonnateur des flux.

- Le coordonnateur des flux est rattaché au chef du bloc opératoire (cadre soignant).
- Il se coordonne avec les salles d'opération, salle d'induction et SSPI ainsi que les services de soins pour déclencher les demandes de transports.
- Il a seule autorité sur l'ordonnancement des transports patients réalisés par les équipes de brancardage vers et depuis le bloc opératoire.
- Il informe et gère la relation avec les opérateurs en cas de situation difficile.
- Il étend à terme son champ d'action à la régulation de tout ou partie du bloc opératoire.

Objectifs

- Éviter toute rupture de charge dans les salles du bloc opératoire
- Réduire autant que possible les temps d'attente inutiles au bloc opératoire des patients avant et après l'intervention
- Maximiser l'utilisation du temps des brancardiers, en évitant tout transport à vide.

Fonctions

- Centralisation en temps réel des demandes de brancardage.
- Allocation des brancardiers à chaque transport patient pour répondre aux objectifs susmentionnés.
- Suivi en temps réel des transports, mais également de l'avancée du programme opératoire.
- Communication pro-active et en temps réel avec l'ensemble des acteurs concernés sur l'avancée des transports patients.
- Encadrement des équipes de brancardage.

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 25
- Clinique Mathilde (Rouen), p.23
- Fondation Rothschild (Paris), p. 17, p. 20
- CHU Lille, p. 17, p 22
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p.17, p. 22

FICHE N° 12 : DISPOSER DE RESSOURCES MATÉRIELLES ADAPTÉES

RECOMMANDATION M

Recommandation

Une bonne gestion des flux implique une organisation adaptée des espaces et des matériels, par exemple : chambre/box/espace partagé et lit/brancard/fauteuil avec un niveau de confort hôtelier adapté en fonction de la situation clinique du patient ; vestiaires fixes/mobiles et vestiaires communs/individuels, etc.

La modularité, l'adaptabilité et la plasticité des structures constituent la garantie d'une organisation évolutive.

Il faut disposer d'un système d'information permettant, tout au long du processus, une vision unique partagée. Un accès en temps réel pour l'ensemble des acteurs aux informations est nécessaire pour minimiser les ruptures et les attentes.

L'attention portée au flux doit dépasser le cadre du séjour et s'attacher à optimiser l'accès à l'unité de chirurgie ambulatoire, la signalétique et le stationnement.

Problématique et enjeux

La bonne gestion des flux est la base de la chirurgie ambulatoire. Elle est renforcée par la lisibilité immédiate de la position du patient tout au long de son parcours : les actions à entreprendre à l'instant T, tout comme les anomalies ou les ralentissements de prise en charge, seront plus faciles à identifier et à prévenir.

Plusieurs éléments peuvent renforcer et garantir cette lisibilité. Une partie repose sur une architecture au service du parcours patient, l'autre sur la bonne circulation de l'information entre tous les acteurs. La notion de système d'information est plus large que la mise à disposition des seuls outils informatiques.

Par ailleurs, une architecture inadaptée pour l'ambulatoire ne doit pas être considérée comme rédhibitoire pour une pratique conséquente de chirurgie ambulatoire. Elle peut être compensée par un système d'information optimal donnant une visibilité et une lisibilité sur l'ensemble du processus du parcours patient.

Il revient donc à chaque établissement de trouver la bonne « formule » en fonction de ses contraintes architecturales, matérielles, informatiques et financières pour adapter au mieux ces ressources matérielles à l'optimisation du parcours patient ambulatoire.

Objectifs

- Mettre l'architecture au service du flux patient et de l'organisation de la prise en charge et non l'inverse.
- Optimiser les ressources matérielles en vue de fluidifier et raccourcir le plus possible le parcours physique du patient.
- Identifier en temps réel la situation du patient dans son parcours, les actions à entreprendre.

Principes de mise en œuvre et actions associées

L'établissement pourra mettre en place, tout ou partie, les éléments suivants en fonction de ses contraintes structurelles et du volume de patients à prendre en charge :

- bureau d'admissions dédié aux patients de l'UCA ;
- salle d'attente dédiée aux patients de chirurgie ambulatoire avant toute prise en charge infirmière ;
- vestiaire mobile (voire housse à vêtement) ou vestiaire « piscine » ou double-casier : les affaires du patient ne sont pas un point bloquant pour la rotation des places ;
- salle de pré-induction, servant de zone tampon, notamment pour les gestes où la durée de la pré-induction est plus longue que la durée du geste chirurgical (ex : ALR pour la chirurgie de la main) ;

- salon de sortie / salle de collation : permet de libérer plus rapidement les places ambulatoires ;
- proximité géographique de l'UCA avec le bloc opératoire (voire « pseudopode » du bloc ou fusion avec le bloc) et faible distance à parcourir ;
- unité concentrée sur une faible surface permettant une visibilité sur l'ensemble des patients et limitant les déplacements du personnel ;
- accessibilité de l'établissement depuis l'extérieur (parking, transports) et accès facile au bâtiment : grand parking ou parking dédié à proximité de l'entrée de l'UCA, système de dépose minute, accès de plein pied, service directement visible dès l'entrée dans le bâtiment, fléchage sur le sol, etc.
- Infrastructure à géométrie variable selon la *case-mix* des patients de l'unité :
 - plusieurs UCA en fonction des durées de séjours (circuit court, circuit long),

- niveau de confort adapté à la prise en charge du patient (fauteuil, Stryker, lit, méridienne, brancard, etc.),
- Flexibilité et évolutivité des structures (bloc, UCA, etc.).

Des systèmes d'information « agiles » pour communiquer sur tous les aspects de la prise en charge des patients :

- système d'échange d'informations (planification murale, tableaux, cahiers, code couleur, outil informatique, etc.) pour tracer les patients et les actions à effectuer ;
- ces systèmes utilisent souvent une iconographie très riche créée par les soignants permettant de codifier l'avancée du patient dans son parcours en très peu de temps ;
- visibilité sur l'avancée en direct du programme de bloc via l'outil informatique de gestion de bloc.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Utiliser des outils de visualisation pour représenter à tout moment l'avancée du patient dans son parcours. Appropriation, voire co-création du système d'information par tous les acteurs, notamment les soignants. Proximité géographique du bloc et de l'ambulatoire. Flexibilité et adaptabilité des locaux de l'architecture de l'ambulatoire.
Risques de blocage majeur	Configuration architecturale existante non modifiable servant d'alibi pour ne pas développer l'ambulatoire. Multiplicité des types de parcours au sein d'une même UCA qui n'est pas extensible en surface à l'infini. Attente trop importante sur les fonctionnalités et l'ergonomie des outils informatiques.
Limite d'application	

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandations opérationnelles.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Taux de rotation des places adapté au <i>case-mix</i> . Durée globale du séjour ambulatoire pour le patient.

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Votre Unité de Chirurgie Ambulatoire a-t-elle fait l'objet d'une construction neuve ou d'une restructuration ?
 - Si oui :
 - est-elle bien dimensionnée pour votre activité actuelle et prévisionnelle ?
 - êtes-vous satisfait de l'utilisation actuelle des circuits tels qu'ils ont été conçus ?
 - votre structure est-elle évolutive et flexible ?
 - avez-vous prévu un parking dédié à immédiate proximité ?
 - avez-vous conçu une Unité de Chirurgie Ambulatoire autonome ou satellite ?
 - avez-vous isolé géographiquement l'Unité de Chirurgie Ambulatoire des autres flux traditionnels ?
 - Si non :
 - est-elle bien dimensionnée pour votre activité actuelle et prévisionnelle ?
 - ◆ si non, est-elle transitoire en vue d'un nouveau projet mis à l'étude dans le cadre d'une programmation professionnelle basée sur la gestion des flux ?
 - êtes-vous satisfait de l'utilisation actuelle des circuits tels qu'ils ont été aménagés ?
 - ◆ si non, est-elle transitoire en vue d'un nouveau projet mis à l'étude dans le cadre d'une programmation professionnelle basée sur la gestion des flux ?
- L'accessibilité et la lisibilité de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire à l'extérieur et à l'intérieur du bâtiment (transport, parking, signalétique, etc.) a-t-elle été optimisée ?
- Avez-vous prévu des supports différenciés (brancards, lits, fauteuils, etc.) selon la nature des actes ambulatoires ?
- Avez-vous conçu des circuits différenciés (circuit court, circuit long, etc.) adaptés à la nature des flux ?
- Existe-t-il un système d'information (papier et/ou informatique) permettant de relier toutes les étapes du processus ?
- Tous les acteurs ont-ils accès à l'information en temps réel ?

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

Systeme d'information

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 12
- CH St Quentin, p. 16
- CLCC Léon Bérard (Lyon), p. 14

Espaces dédiés

- Centre clinique (Soyaux), p. 7
- CH St Quentin, p. 10
- CHI Poissy St Germain, p. 8
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 13
- Clinique Médipole Garonne (Toulouse), p. 8
- Fondation Rothschild (Paris), p. 11
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 9

Proximité avec le bloc opératoire

- Centre chirurgical Émile Gallé (Nancy), p. 11
- Centre clinique (Soyaux), p. 11
- Centre de la main (Angers), p. 15
- CHI Poissy St Germain, p. 11
- CHR Metz - Thionville, p. 14
- CHU Lille, p. 13
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 12
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 13
- Fondation Rothschild (Paris), p. 13
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 11

Accessibilité

- Centre clinique (Soyaux), p. 8
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 10
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 9

Infrastructure à géométrie variable

- AHNAC (Hénin Beaumont, Divion), p. 7
- Centre clinique (Soyaux), p. 10
- Centre clinique (Soyaux), p. 9
- Clinique du Parc (St Etienne), p. 11
- Clinique Mathilde (Rouen), p. 11
- Fondation Rothschild (Paris), p. 13
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 11

FICHE N° 13 : AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

RECOMMANDATION N

Recommandation

La chirurgie ambulatoire s'inscrit dans une continuité entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire avant et après l'acte opératoire. Elle doit permettre la complémentarité entre les professionnels (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).

La continuité des soins doit être organisée par les opérateurs/anesthésistes et coordonnée par l'unité de chirurgie ambulatoire afin d'assurer la prise en charge personnalisée du patient.

Elle nécessite :

- une sensibilisation des différents intervenants ;
- un partage de l'information (recueil en amont et diffusion en aval du séjour) entre l'unité de chirurgie ambulatoire et les différents professionnels (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) ;
- une organisation formalisée des prises en charge impliquant différents intervenants ;
- un accès direct aux professionnels concernés.

Les complémentarités formalisées sont à inscrire dans le projet d'établissement.

Problématique et enjeux

Il y a souvent une confusion entre coordination ville hôpital et transfert de responsabilités qui renvoie à la seule séquence post-opératoire dont il faut assurer le suivi, au même titre que toute autre intervention chirurgicale.

Il faut rappeler que réglementairement, il n'y a aucun transfert possible de responsabilité de l'opérateur/anesthésiste vers le médecin de ville, chaque professionnel restant responsable de son acte et de son suivi.

Il est aussi à noter que les établissements du *benchmark* ont développé des volumes importants, voire très importants d'ambulatoire, sans mettre en œuvre de dispositifs structurés d'aval (Hospitalisation à Domicile, « réseaux », etc.).

En outre, la médecine de ville n'est qu'insuffisamment destinataire des informations relatives à la prise en charge en chirurgie ambulatoire et aux suites à en attendre.

La continuité des soins est le plus souvent non formalisée et non communiquée au médecin traitant.

Par ailleurs, les médecins traitants, dès lors qu'ils connaissent le mieux les conditions de vie de leurs

patients, apparaissent les plus aptes à pré-sélectionner les patients éligibles à l'ambulatoire et à les informer sur ce mode de prise en charge.

Objectifs

- Assurer une prise en charge personnalisée du patient et une continuité des soins de qualité dans le respect des rôles de chacun des intervenants.
- Accroître l'éligibilité du patient à l'ambulatoire en appréciant au mieux, dès la consultation chirurgicale, ses conditions psycho-socio-environnementales le plus souvent bien connues du médecin traitant.
- Organiser l'extension des indications de la chirurgie ambulatoire à des actes innovants et complexes en créant les conditions d'une prise en charge optimisée à domicile (maîtrise de la prise en charge de la douleur, des nausées vomissements, etc. ; conduite à tenir en cas de signes devant alerter, etc.).
- Éviter le report de charges sur le médecin traitant.
- Communiquer sur les bénéfices pour les patients de la prise en charge ambulatoire.

Principes de mise en œuvre et actions associées

La coordination ville-hôpital concerne :

■ la phase pré-hospitalisation

- Organiser à périodicité régulière des sessions d'informations à destination des professionnels de ville : typologies d'actes, critères d'éligibilité du patient, modalités de prise en charge en ambulatoire, bénéfiques pour les patients, etc.
- Formaliser des livrets informatifs et synthétiques.

■ la phase post-hospitalisation

- Spécifier, en fonction du maillage local, la répartition des rôles et responsabilités entre l'équipe de l'UCA et les intervenants de ville :
 - l'UCA organise, coordonne et gère la continuité des soins post-opératoires ;

- le médecin traitant gère le suivi médical des pathologies préexistantes à l'acte ambulatoire.
- Schématiser les modalités d'appel et de recours en fonction des intervenants : UCA, médecin traitant, Service des Urgences le cas échéant.
- Formaliser et faire partager, en cas de prise en charge d'actes complexes et innovants, le schéma de prise en charge en ville (médecins traitants, infirmières, kinésithérapeutes, etc.).
- Mentionner dans les documents de sortie remis au patient la conduite à tenir en cas d'alerte : ce qui relève de l'UCA, ce qui relève du médecin traitant.
- Systématiser la mention sur les documents de sortie remis au patient du numéro d'appel de l'UCA ou du chirurgien ou de l'anesthésiste à joindre en cas d'urgences liées aux suites opératoires.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Informer et positionner le médecin de ville. Organisation et formalisation du circuit de décision. Disponibilité réelle de l'équipe. Appel à J+1 ciblé et retour d'information si besoin.
Risques de blocage majeur	Crainte perçue d'un transfert de responsabilité vers la médecine de ville. Risques particuliers liés au patient ou à la chirurgie.
Limite d'application	Insuffisance d'informations anticipées. Insuffisance de couverture des professionnels de ville dans l'environnement de l'UCA.

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandation prospective.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Outils de formalisation. Enquêtes menées auprès des médecins traitants.

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Le parcours patient à la sortie de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire est-il organisé et piloté par l' Unité de Chirurgie Ambulatoire ?
- Avez-vous mis en place des sessions régulières d'information et de sensibilisation auprès de la médecine de ville sur les bénéfices et les perspectives de la chirurgie ambulatoire ?
- Collaborez-vous avec la médecine de ville pour pouvoir mieux apprécier les critères d'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire ?
- Suivez-vous, par le biais d'enquête ou d'autres moyens, l'appréciation de votre Unité de Chirurgie Ambulatoire par les médecins de ville ?
- Utilisez-vous la chirurgie ambulatoire comme vitrine de votre établissement ?
- Avez-vous informé systématiquement, dès la sortie du patient :
 - le médecin traitant ?
 - autres (famille, aidant, etc.) ?
- Dans le cadre d'élargissement des indications de la chirurgie ambulatoire (actes innovants et complexes) :
 - avez-vous informé, dès la sortie du patient, les autres professionnels de santé susceptibles de participer à sa prise en charge ?
 - Si oui, avez-vous mis en place en ville et sécurisé une chaîne mobilisant des compétences (infirmiers, kiné, prestataires de services spécialisés, etc.) à même d'assurer le relai d'actes techniques ?

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

- Centre de la main (Angers), p. 27
- CHU Lille, p. 29
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz), p. 22

FICHE N° 14 : FORMER LES ACTEURS

RECOMMANDATION 0

Recommandation

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un changement de culture dans le monde de la santé.

L'organisation de la chirurgie ambulatoire doit s'apprendre.

Son enseignement introduit notamment des principes de logistique et d'organisation d'une part, d'évaluation et d'information du patient d'autre part.

Les dimensions comportementales individuelles et de travail en équipe sont également à prendre en compte.

L'enseignement doit être initial et continu et concerner l'ensemble des acteurs des différentes filières (professionnels de santé, techniques et administratifs).

Problématique et enjeux

La prise en charge chirurgicale en ambulatoire est faite par une équipe pluri professionnelle (chirurgien, anesthésiste, soignants, brancardier, administratif, ambulancier) qui s'établit dans le temps « avant » (consultation médicale et infirmière préopératoire), le temps « pendant » (UCA, bloc opératoire, SSPI), le temps « après » l'hospitalisation (médecin traitant, infirmière libérale ou de centre, prestataire de soins, kinésithérapeute, pharmacien, laboratoire).

La France a un retard important en matière de chirurgie ambulatoire. Le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite un changement de culture pour l'ensemble des acteurs de la santé et les patients, bénéficiaires de ce mode de prise en charge. Le patient est au centre de cette prise en charge devenant de plus en plus un acteur essentiel et actif.

Plus large sera le public concerné par la formation initiale, plus rapidement se fera l'éducation du grand public à ce mode de prise en charge. Il est nécessaire d'y associer les professionnels déjà formés qui, par le biais de la formation continue, du développement professionnel continu pourront acquérir, perfectionner et mettre à jour leur pratique de l'ambulatoire.

Objectifs

Globalement

- Sensibiliser les acteurs professionnels de demain au sens large à la pratique de la chirurgie ambulatoire.

- Former l'ensemble des professionnels de la santé à ce mode de prise en charge.
- Atteindre par ce biais le grand public.

Plus spécifiquement pour les soignants

- Répondre aux objectifs de la lettre-circulaire N° DGOS/RH4/2011/210 du 6 juin 2011 et des suivantes, relatives aux axes et actions de formations nationales prioritaires : lettre-circulaire du 6 juin 2011 « axe de formation 2012 : construction d'un projet de chirurgie ambulatoire, annexe 11 ».
- L'acquisition de compétences pour la prise en charge en hospitalisation.
- L'acquisition de compétences pour le retour à domicile.
- L'élaboration d'un chemin clinique.
- Savoir informer et savoir rassurer le patient, connaître les critères d'éligibilité.

Plus spécifiquement pour les médecins et les étudiants en médecine

- Prendre connaissance du fonctionnement de l'hôpital (sa fonction soins, sa fonction hébergement) ainsi que son histoire et son évolution.
- Comparer les différents modes d'hospitalisation.
- S'informer sur les mécanismes et les dispositifs concernant l'organisation de la santé en France et dans les autres pays.
- Prendre conscience des difficultés de l'organisation de la prise en charge chirurgicale, du fonctionnement d'un bloc, de la problématique de flux et de valeur dans cette organisation de parcours de soin chirurgical.

- Leur permettre de mieux comprendre les enjeux de la chirurgie ambulatoire, avec l'impact sur la gestion des risques et sur les modifications induites concernant l'organisation globale de la santé.
- Pour les médecins internes de spécialité, orienter l'apprentissage vers leur spécialité (de la médecine générale à l'anesthésie en passant par l'ensemble des opérateurs concernés chirurgiens et médecins).

- envisager, en fonction de l'existant, une labellisation éventuelle si les contenus sont trop hétérogènes ;
- envisager la création de modules spécifiques à la prise en charge en ambulatoire dans les IFSI (infirmiers), en faculté de médecine (médecins) et à l'EHESP (directeurs) ;
- réaliser une brochure recensant les formations existantes (avec en introduction les enjeux du développement de l'ambulatoire) ;
- diffuser des formations de qualité au sein des établissements de santé ;
- diffuser des informations auprès des conseils pédagogiques, des collèges formateurs, des organismes de formation concernés.

Principes de mise en œuvre et actions associées

La formation des acteurs nécessite notamment de :

- faire le point sur l'existant : formations initiales et continues ;

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Création d'un collège français de chirurgie ambulatoire (COFCA) (participants : SFAR, AFCA, AFC, etc.) chargé de vérifier la cohérence, la qualité et le contenu de la formation médicale des enseignements. Participation du collège aux dispositions organisationnelles et réglementaires de l'HAS.
Risques de blocage majeur	Résistance au changement. Investissement nécessaire pour bâtir les modules de formation.
Limite d'application	Autonomie des enseignements.

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandation prospective.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Qualité des résultats aux « pré et post-tests » des enseignements. Niveau de formation des professionnels de santé des unités de chirurgie ambulatoire, pourcentage de professionnels de santé formés, taux de dysfonctionnements. Taux de satisfaction des usagers.

FICHE N° 15 : DÉVELOPPER LES ORGANISATIONS QUI CONSOLIDENT L'INDÉPENDANCE DES FLUX

RECOMMANDATION P (EN LIEN AVEC LES FICHES TECHNIQUES N° 1,5 ET 6)

Recommandation

Dans la perspective d'un développement important de la chirurgie ambulatoire, la productivité et la qualité de l'organisation ambulatoire sont directement liées au degré d'indépendance de ses flux, ce qui les isole des flux potentiellement désorganisateurs des autres modes de prise en charge. Les impacts sur l'organisation sanitaire sont à apprécier.

Problématique et enjeux

L'*International Association for Ambulatory Surgery* définit quatre types de centres ambulatoires : intégrés, autonomes, satellites et indépendants.

Sur la base de cette définition, on peut distinguer en France deux types de césures les différenciant :

- entre les centres intégrés, autonomes et satellites d'une part, et les centres indépendants d'autre part. Cette césure est uniquement juridique ;
- entre les centres intégrés d'une part et, les trois autres types de centres d'autre part (autonomes, satellites et indépendants). La césure se situe, non pas au niveau juridique, mais au niveau de l'indépendance des flux, entre, d'une part, l'absence totale d'autonomie (centre intégré situé dans la structure d'hospitalisation classique avec un bloc opératoire commun) et, d'autre part, la présence d'autonomie à des degrés divers (autonomes, satellites et indépendants). Les centres indépendants sont les centres dotés de la plus grande autonomie.

L'indépendance peut revêtir plusieurs aspects : fonctionnelle, géographique et juridique.

- Les centres autonomes ont une indépendance seulement fonctionnelle (UCA et bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situés dans la structure d'hospitalisation classique).
- Les centres satellites ont une double indépendance : fonctionnelle et géographique (UCA et bloc opératoire dédié situés sur le campus mais en dehors de la structure d'hospitalisation classique).
- Les centres indépendants ont une triple indépendance : fonctionnelle, géographique et juridique (UCA

et bloc opératoire dédié situés hors du campus). En contrepartie de leur totale indépendance, les centres indépendants apparaissent plus « vulnérables », du fait à la fois de leur *case mix* le plus souvent étroit sur des volumes importants et de leur statut juridique qui les isole d'un possible recours financier auprès d'une structure mère. En outre, ces structures doivent être irréprochables en terme de maîtrise et d'analyse des risques.

Hormis les quelques centres indépendants, dont l'autorisation de fonctionnement a été antérieure à 1992 ou l'a été par procédure dérogatoire, la création de novo de ces centres n'est pas autorisée en France. Tous les pays qui ont vu un développement rapide et important de leur chirurgie ambulatoire sont les mêmes qui disposent de centres indépendants (Angleterre, Allemagne, USA). Ces centres ont été fréquemment mis en place par les professionnels. Les trois principales causes de leur développement ont été liées à leur volonté d'échapper à la complexité, de trouver une capacité d'innovation, à leur *case-mix* étroit (ophtalmologie et chirurgie de la main), et au choix de leur emplacement.

En se référant aux expériences étrangères, le développement de centres indépendants a impacté l'organisation sanitaire traditionnelle en provoquant des réactions d'ajustement concurrentiel (aux USA, près de 20 % de l'offre chirurgicale est constituée par des centres indépendants). En France, 95 % des centres sont intégrés et ne peuvent mettre en place une indépendance de leurs flux ambulatoires. Cette exception par rapport aux autres pays fige les organisations et se traduit par la recherche permanente et difficile d'une autonomie dans les établissements les plus performants et les plus dynamiques,

en vue d'éviter la « pollution » des flux ambulatoires par les autres flux (urgences, hospitalisation conventionnelle, circuits de bloc traditionnels). Au regard du maillage chirurgical français, le développement des centres indépendants sera probablement et concomitamment le fait déclencheur d'un développement réactionnel de centres autonomes et satellites.

Ces centres indépendants ont un statut d'établissements de santé qui en assurent toutes les fonctions en terme de maîtrise de risque. Ce ne sont pas des extensions de cabinets médicaux (« *office based surgery* »).

- Établir un bilan financier prospectif à la fois en termes d'investissement et de coûts de fonctionnement.
- Prévoir les variations possibles d'activité.
- Choisir l'emplacement (le volume d'activité nécessaire au fonctionnement d'un centre indépendant impose un bassin de recrutement important).
- Adapter une architecture à un cahier des charges documenté et spécifique au projet en insistant sur l'adaptation aux flux, la flexibilité au volume d'activité, le raccourcissement des circuits, le tout rapporté au coût de la construction.

Objectifs

- Favoriser l'autonomisation des prises en charge ambulatoire et la culture de gestion des flux.
- Favoriser le développement en France de la chirurgie ambulatoire.
- Réintégrer la démarche entrepreneuriale (adaptation culturelle, prise de responsabilité globale, etc.) des médecins dans leurs pratiques et leurs spécificités, particulièrement dans les spécialités modélisées et standardisées à fort volume d'activité (ophtalmologie, chirurgie de la main, stomatologie, etc.)
- Faire face plus rapidement à des augmentations d'activité, en réponse aux besoins populationnels (plus grande adaptabilité des centres indépendants par rapport aux centres intégrés du fait de leur taille réduite).
- Désenclaver les organisations traditionnelles.

Principes de mise en œuvre et actions associées

La mise en œuvre d'une organisation indépendante nécessitera de :

- concevoir le projet très en amont de la réalisation, sur la base d'une étude fine des parts de marché et de la mise en œuvre d'une équipe projet réunissant tous les types d'acteurs (médecins, IDE, directeurs et financiers ou financeurs).
- cibler le *case-mix* en fonction des besoins populationnels clairement définis (listes d'attente, surcoûts, conditions d'exercices difficiles, circuits allongés, faible qualité d'accueil des patients, etc.).
- Élaborer le concept d'organisation par une cartographie préalable et précise des flux en insistant sur les étapes à valoriser et les indicateurs de suivi.

Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Absence totale d'improvisation (forte culture ambulatoire), projet médical défini et structuré, réponse adéquate aux besoins sanitaires, modèle économique adapté et stable, volume d'activité suffisant dans un bassin populationnel important.
Risques de blocage majeur	Concurrence et actions de lobbying.
Limite d'application	Absence d'autorisation de création de centres indépendants en France.

Typologie de la recommandation

Domaine d'application	Recommandation prospective.
Élément d'appréciation de mise en œuvre	Diminution des listes d'attente dans certaines spécialités. Équilibre économique du centre indépendant.

Pour évaluer et mettre en œuvre

Questions en rapport avec l'outil de diagnostic interne (les questions de toutes les fiches sont regroupées dans l'outil INTERDIAG CHIR AMBU disponible par téléchargement sur le site web de l'Anap et de la Has).

- Pouvez-vous regrouper, pour chaque opérateur, l'ensemble de ses interventions ambulatoires dans une même vacation ?
- Disposez-vous d'une activité de chirurgie ambulatoire suffisante pour dédier :
 - au moins une vacation de bloc opératoire par semaine ?
 - au moins une salle de bloc opératoire chaque jour ouvrable ?
- Pouvez-vous programmer vos interventions en chirurgie ambulatoire en tenant compte des durées de récupérations post-opératoires afin d'occuper le bloc opératoire l'après-midi avec de la chirurgie ambulatoire ?
- Avez-vous la possibilité d'isoler dans le bloc un circuit spécifique à la chirurgie ambulatoire (entrée, salle de bloc, SSPI ou secteur de SPPI, sortie) ?
- Avez-vous mis en place un circuit court entre l'Unité de Chirurgie Ambulatoire et le bloc opératoire ?
- Avez-vous établi un seuil d'activité en chirurgie ambulatoire à partir duquel il serait plus performant de recourir à un bloc exclusivement dédié à la chirurgie ambulatoire ?
- Disposez-vous d'actes très standardisés, répétitifs et très fréquents avec des rotations rapides qui gagneraient à être isolés pour améliorer la gestion des flux ?
- Avez-vous pris en compte l'augmentation prévisionnelle de ce type d'acte pour, à terme, accroître l'autonomie de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire ?
- Disposez-vous d'un bloc opératoire dans un autre bâtiment qui pourrait accueillir toute la chirurgie ambulatoire ou sentez-vous la nécessité d'en construire un ?
- Disposez-vous d'une projection d'activité de chirurgie ambulatoire dans votre bassin de population (démographie, taux de recours aux soins, positionnement concurrentiel, évolution des techniques) ?
- Disposez-vous d'une comptabilité analytique qui vous permette de simuler l'équilibre médico-économique d'une unité de chirurgie ambulatoire sur la base de votre activité actuelle ?

- Si oui, seriez-vous à l'équilibre ?
- Si non, avez-vous évalué les conditions d'atteinte de cet équilibre ?
- Votre démographie médicale est-elle suffisamment pérenne pour maintenir et développer votre chirurgie ambulatoire ?
- Une indépendance managériale de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire avec le choix de l'emplacement géographique serait-elle propice à une accélération nette de la chirurgie ambulatoire ?
- Votre établissement serait-il favorable à porter une démarche entrepreneuriale de certains praticiens dans des spécialités porteuses pour développer un centre indépendant ?
 - Si non, envisagez-vous de réagir en développant un centre satellite ?

Pour approfondir la réflexion

Référence aux monographies

- Centre de la main (Angers)
- Centre clinique (Soyaux)
- Clinique du Parc (St Etienne)
- Clinique Mathilde (Rouen)
- Fondation Rothschild (Paris)
- Hôpital Clinique Claude Bernard (Metz)

SIGLES

AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
AFC	Association Française de Chirurgie
ALR	Anesthésie Loco Régionale
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignante
CA	Chirurgie Ambulatoire
CLIN	Coordination des actions de Lutte contre les INfections
CLUD	Comité de Lutte Contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Établissement
DU	Diplôme Universitaire
DIM	Département d'Information Médicale
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
HC	Hospitalisation Complète
HPST	Loi Hôpital Patients Santé et Territoires
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MSAP	Mise Sous Accord Préalable
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informtion
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SSPI	Salle de Soins Post-Interventionnels
UCA	Unité d'anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire
VPA	Visite Pré-Anesthésique

PARTICIPANTS

Maîtrise d'ouvrage

Docteur Gilles Bontemps, directeur associé Anap

Maîtrise d'œuvre

Anap

Dr Gilles Bontemps, directeur associé

Dr Christian Espagno, directeur associé

M. Jamel Mahcer, manager

Mme Anne Bellanger, chef de projet

Mme Magalie Glombard, assistante

Experts

Expert référent : Dr Guy Bazin

Dr Gilles Cuvelier

Dr Laurent Delaunay

Dr Alain Delbos

Dr Pierre-Yves Demoulin

Pr Claude Ecoffey

Dr Claire Gatecel

Dr Thierry Gazeau

Dr Marc-Edouard Gentili

Dr Anne Guidat-Tuilard

Pr Jean-Marc Malinovski

Dr Guy Raimbeau

Pr Marc Raucoules-Aime

Dr Jean-François Schuhl

Pr Didier Sciard

Pr Jean-Pierre Triboulet

Dr François Venutolo

Pr Corinne Vons

Prestataire : GE Healthcare

M. Matthieu Louis, consultant manager

M. Thomas Pignier, consultant sénior

Mme Stéphanie Aftimos, consultant manager

Mme Agathe Axel, consultante sénior

Comité Scientifique d'Orientation Anap

M. Michel Crémadéz



“ Ensemble pour le développement de la *chirurgie ambulatoire* ”

Mai 2013