

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

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

**Recommandations
organisationnelles**

Outils et guides

Interdiag Chir Ambu

Outil de diagnostic interne de chirurgie ambulatoire

Mai 2013

Le document source 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

AVANT-PROPOS	5
RECOMMANDATION D : IDENTIFIER LES INCITATIONS	7
RECOMMANDATION E : INSCRIRE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE COMME UNE PRIORITÉ DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT	9
RECOMMANDATION F : DISSOCIER LE SOIN DE L'HÉBERGEMENT	11
RECOMMANDATION H : ORGANISER, OPTIMISER ET RÉGULER LES FLUX	13
RECOMMANDATION H : PRENDRE EN CHARGE LES URGENCES EN UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	15
RECOMMANDATION I : PROTOCOLISER LA SUBSTITUTION	17
RECOMMANDATION K : DÉFINIR LES FONCTIONS MANAGÉRIALES ET LES MODALITÉS DE PILOTAGE	19
RECOMMANDATION L : DISPOSER DE COMPÉTENCES ET DE RESSOURCES HUMAINES DÉDIÉES	21
RECOMMANDATION L : FAVORISER LES COOPÉRATIONS PROFESSIONNELLES FORMALISÉES	23
RECOMMANDATION L : DISPOSER DE NOUVELLES COMPÉTENCES ET DE NOUVEAUX MÉTIERS DÉDIÉS AUX FLUX	25
RECOMMANDATION M : DISPOSER DE RESSOURCES MATÉRIELLES ADAPTÉES	27
RECOMMANDATION N : AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	29
RECOMMANDATION P : DÉVELOPPER LES ORGANISATIONS QUI CONSOLIDENT L'INDÉPENDANCE DES FLUX	31

AVANT-PROPOS

Quel est l'objectif d'Interdiag Chir Ambu ?

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

Comment se présente-t-il ?

L'outil Interdiag Chir Ambu est constitué d'un questionnaire autoportant comportant 196 questions fermées. Cet outil se présente sous forme d'un document excel avec calcul automatique d'un score par recommandation.

Quel champ couvre-t-il ?

10 recommandations organisationnelles ANAP HAS sont explorées par ce questionnaire et sont couvertes par 13 fiches techniques explicatives, évaluatives, de mise en œuvre.

Les 6 autres recommandations, du fait de leurs natures mêmes (concernant les concepts, la gestion des risques et la formation), ne sont pas traitées dans ce questionnaire.

Comment est-il construit ?

Chacune de ces 10 recommandations organisationnelles sur la chirurgie ambulatoire 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.

Chaque établissement peut ainsi mesurer, pour chacune des 10 recommandations, le chemin qu'il lui reste à parcourir jusqu'à 100 % de bonnes réponses.

Comment sont calculés les scores ?

La plupart des réponses ont le même poids pour le calcul du score de chaque recommandation, mais certaines questions bénéficient d'un poids plus important car elles sont considérées comme prioritaires dans la démarche (les réponses à certaines questions peuvent donc être surpondérées par rapport à d'autres).

Comment le mettre en œuvre ?

Il est préconisé que ce questionnaire soit rempli par une équipe pluridisciplinaire au sein de l'établissement de santé (médecin, cadre de santé, administratif, etc.).

En fonction de la multiplicité possible des organisations et des sites au sein d'un même établissement, il est préconisé que certaines questions soient remplies pour chaque site et/ou organisation.

L'outil Interdiag chir ambu (version excel) est à télécharger sur le site de l'Anap ou de la Has.

RECOMMANDATION D : IDENTIFIER LES INCITATIONS

Questions

- 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 Accord 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 ?

RECOMMANDATION E : INSCRIRE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE COMME UNE PRIORITÉ DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Questions

- 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 ré déploiement 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 traditionnelle 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 ?

RECOMMANDATION F : DISSOCIER LE SOIN DE L'HÉBERGEMENT

Questions

- 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 ?

RECOMMANDATION H : ORGANISER, OPTIMISER ET RÉGULER LES FLUX

Questions

	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>Boîte 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>
Optimiser les flux				
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 ?				

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, accompagnement, etc.) ?

RECOMMANDATION H : PRENDRE EN CHARGE LES URGENCES EN UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Questions

- 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 ?

RECOMMANDATION I : PROTOCOLISER LA SUBSTITUTION

Questions

- 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, etc.) 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 ?

RECOMMANDATION K : DÉFINIR LES FONCTIONS MANAGÉRIALES ET LES MODALITÉS DE PILOTAGE

Questions

- Le management de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire s'appuie-t-il sur un binôme 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 ?

RECOMMANDATION L : DISPOSER DE COMPÉTENCES ET DE RESSOURCES HUMAINES DÉDIÉES

Questions

- 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 ?

RECOMMANDATION L : FAVORISER LES COOPÉRATIONS PROFESSIONNELLES FORMALISÉES

Questions

- 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 ?

RECOMMANDATION L : DISPOSER DE NOUVELLES COMPÉTENCES ET DE NOUVEAUX MÉTIERS DÉDIÉS AUX FLUX

Questions

- 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(ces) 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 créé 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 ?

RECOMMANDATION M : DISPOSER DE RESSOURCES MATÉRIELLES ADAPTÉES

Questions

- 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 ?

RECOMMANDATION N : AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Questions

- 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 ?

RECOMMANDATION P : DÉVELOPPER LES ORGANISATIONS QUI CONSOLIDENT L'INDÉPENDANCE DES FLUX

Questions

- 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 ?



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

Mai 2013