

**MISSION NATIONALE D'EXPERTISE
et D'AUDIT HOSPITALIERS**

Rapport intermédiaire

*« Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et
cliniques »*

Ce document comporte	51 pages
Auteurs	Dr Maxime Cauterman François Engel
Contacts	maxime.cauterman@ sante.gouv.fr engel@ensmp.fr
<p>Résumé :</p> <p>Pour son programme de travail 2005, la MeaH s'est vu confier par son comité de pilotage, l'animation d'un chantier sur le thème de l'organisation de la chirurgie ambulatoire. L'objectif de cette démarche est d'accompagner 8 établissements volontaires dans le développement de cette activité et de mettre au point une méthode d'intervention reproductible.</p> <p>L'analyse proposée repose sur la description de l'activité chirurgicale (totale, ambulatoire, existante et cible), des ressources allouées et des organisations mises en place (analyse du circuit patient, relevé et analyse des aléas organisationnels).</p> <p>Le présent rapport rend compte du travail réalisé par les huit établissements volontaires sélectionnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • premiers éléments tirés du diagnostic ; • axes d'amélioration identifiés par les établissements. 	
Mots-Clés	Chirurgie ambulatoire, organisation, développement, amélioration, circuit patient

SOMMAIRE

1. Introduction : éléments de contexte et projet proposé

Eléments de contexte

Le projet proposé par la MeaH

2. Description de l'activité

2.1. L'activité chirurgicale existante

2.1.1. L'activité chirurgicale dans son ensemble

2.1.2. Répartition entre prises en charge traditionnelles et ambulatoires

2.1.3. Chirurgie ambulatoire « classante » et « non classante »

2.1.4. Contributions à l'activité ambulatoire classante

2.2. Le développement de la chirurgie ambulatoire et de l'activité des UCA

2.2.1. Le potentiel de substitution

2.2.2. Potentiel de regroupement

2.3. Suivre l'activité ambulatoire

3. Description des ressources mobilisées

3.1. Structures

3.1.2. Description des structures

3.1.2. « Productivité » des structures

3.2. Ressources humaines

3.2.1. Approche quantitative

3.2.2. Approche qualitative (« skill mix »)

3.3. Ressources limitantes

4. Description des organisations

4.1. Le pilotage de l'activité

4.1.1. Acteurs et rôles

4.1.2. Documents de référence

4.1.3. Informations suivies

4.2. Le circuit du patient

4.2.1. Les étapes « pré hospitalières »

4.2.2. La prise en charge du patient en hébergement, en pré opératoire

4.2.3. La programmation et le passage au bloc opératoire

4.2.4. La prise en charge du patient en hébergement, en post opératoire

4.2.5. Les étapes « post-hospitalières »

4.4. Une vision quantitative de l'organisation : les indicateurs de pilotage

4.4.1. Délais de programmation

4.4.2. Aléas organisationnels

4.4.3. Variabilité quotidienne de l'activité

5. De l'audit à l'action

5.1. Synthèse générale

5.2. Axes d'amélioration pré sentis

5.2.1. Accompagner les établissements dans leurs projets stratégiques et institutionnels

5.2.2. Renforcer le pilotage de l'activité

5.2.3. Développer l'activité ambulatoire à l'Unité de Chirurgie Ambulatoire

5.2.4. Améliorer l'organisation de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire

5.2.5. Améliorer l'organisation du circuit du patient

5.2.6. Améliorer l'organisation de la prise en charge ambulatoire au bloc opératoire

5.2.7. Axe de travail en lien avec l'architecture

5.3. La suite des travaux

ANNEXE 1 : les synergies entre l'accréditation V2 et le projet proposé par la MeaH

ANNEXE 2 : premiers éléments de simulation financière

ANNEXE 3 : lignes de produits représentant 80% du potentiel de substitution

ANNEXE 4 : outil de suivi de l'activité ambulatoire

1. Introduction : éléments de contexte et projet proposé

Eléments de contexte

La chirurgie ambulatoire...

La définition habituellement adoptée est la suivante : « par chirurgie sans hospitalisation, plus communément appelée chirurgie de jour ou chirurgie ambulatoire, on entend les actes chirurgicaux et/ou d'exploration programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil

[1]

permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission » .

Dans la démarche de gestion entreprise par les huit établissements du groupe de travail, la « chirurgie ambulatoire » pourra prendre des significations différentes selon que l'on décrit l'activité purement chirurgicale (il s'agira alors d'hospitalisations programmées, de moins de 24 heures avec un acte chirurgical classant) ou que l'on se place dans une perspective organisationnelle (les endoscopies étant prises en compte selon les cas, de même que certains actes non chirurgicaux réalisés sous AG dans la structure de chirurgie ambulatoire, pose de KT notamment). Notons dès à présent un risque de confusion introduit par la nouvelle définition de la CM24 du PMSI qui comprend dorénavant des séjours de 0 et une nuit.

Une activité aux enjeux multiples...

Organisation

[2]

Pour l'AFCA , la chirurgie ambulatoire est aussi un concept organisationnel : ce n'est pas de la chirurgie

[3]

rapide mais de la chirurgie organisée : le parcours du patient, la coordination des acteurs (dont le patient et son entourage), la programmation au bloc opératoire doivent permettre une sortie de l'opéré dans les conditions idoines. Ce parti pris va dans le sens du positionnement de la MeaH sur des problématiques de gestion opérationnelle, et place donc l'approche organisationnelle au centre de l'intervention proposée.

Pratiques professionnelles

Le choix du mode de prise en charge, au même titre que la pose de l'indication, doit rester de la responsabilité des opérateurs, chirurgiens et anesthésistes. Avec l'ensemble de l'équipe de chirurgie ambulatoire, c'est sur eux que repose la qualité du service rendu (gestion de la douleur et autres complications éventuelles). Par l'évolution de leurs pratiques professionnelles, ils sont donc les principaux acteurs du développement de cette activité.

Responsabilisation et choix du patient

Solution alternative à une prise en charge en hospitalisation complète, la chirurgie ambulatoire, de par la dimension de choix, implique activement le patient dans sa prise en charge et va donc, à l'instar d'autres évolutions du système de santé, dans le sens de sa responsabilisation.

Liens ville-hôpital

Certains opérateurs ayant déjà développé cette activité ont constaté que la chirurgie ambulatoire entraîne une « personnalisation » des relations entre les chirurgiens hospitaliers et leurs correspondants dans la mesure où le patient n'est plus pris en charge par un service mais par un opérateur bien identifié. La gestion des suites opératoires, partagées plus précocement avec les professionnels de ville contribue aussi à renforcer des partenariats pré existants.

Stratégie

La volonté de développer la chirurgie ambulatoire est présente dans de nombreux projets d'établissement, pour offrir le choix à l'usager, pour gagner des parts de marché, pour regagner des marges de manœuvre dans le cas de saturation des services de chirurgie ou pour répondre à des exigences des tutelles.

Investissement, gestion financière

Le développement de cette activité repose sur des investissements plus ou moins importants selon les cas : reconversion ou construction d'un service de soin, parfois d'un bloc opératoire, avec le risque d'éclatement des sites d'anesthésie et d'augmentation du besoin en temps anesthésiste et IADE... Ces investissements doivent évidemment s'intégrer dans une réflexion sur l'exploitation et son impact sur le chiffre d'affaire de l'établissement.

Planification, régulation, assurance maladie

D'un point de vue plus macroscopique, la chirurgie ambulatoire constitue un espoir d'économies pour le

[4] payeur et un instrument du régulateur, la chirurgie ambulatoire devant faire l'objet de la fixation d'un objectif quantifié dans le cadre des SROS de troisième génération [5].

Entre consensus et interrogations

L'analyse de la littérature et la présence « sur le terrain » semblent confirmer l'existence de certains consensus. L'organisation cible repose sur la mise en place d'un parcours de soins, centré sur le patient et autonome par rapport aux services d'hospitalisation complète. Le potentiel de conversion (ou de substitution) existe aux niveaux national (en témoignent les données comparatives produites par l'OCDE [6]) et régional [7]. Les critères d'éligibilité ou d'inéligibilité des patients sont bien décrits et globalement partagés [8]. Enfin, un ordre de grandeur des économies potentielles pour le payeur a pu être approché [9].

Un certain nombre d'interrogations demeurent cependant. Elles concernent tant certains aspects organisationnels et de ressources à consacrer à l'activité (bloc dédié, salles dédiées, plages horaires dédiées), que l'opportunité financière du point de vue du producteur (les principales études publiées sur le sujet portant sur un acte isolé, investissement et coûts d'opportunité n'étant pas pris en compte le plus souvent) ou encore les leviers de développement de la chirurgie ambulatoire à l'échelon national et local. Comme le rappelle la [10] HAS le développement de cette activité a été motivé par des fermetures de lits du fait de contraintes financières au Canada, par des incitatifs financiers aux États-Unis et par la volonté de réduire les files d'attente au Royaume-Uni. En France, entre contrainte et incitation, le levier de régulation n'est pas encore totalement clair, ni pour les producteurs (au niveau institutionnel, soit les établissements de santé) ni pour les opérateurs.

Le projet proposé par la MeaH

Depuis 2003, la MeaH est au côté des équipes hospitalières pour les accompagner dans leurs réflexions sur l'organisation de leurs activités. Au sein du cadre proposé par la réforme hospitalière en cours (plan hôpital 2007), elle propose à des établissements candidats de poursuivre des objectifs d'amélioration de la qualité du service rendu, de l'efficacité du service produit et de satisfaction des professionnels : plus que des études ou des audits, la MeaH souhaite favoriser l'action et l'accompagnement du changement. Pour ce faire, un espace de travail privilégié est proposé, combinant approche collaborative et comparative entre huit établissements et mission d'appui délivrée sur le terrain par des sociétés de conseil.

Objectifs et positionnement du projet

En accord avec sa mission, la MeaH a proposé en 2005 aux établissements publics et privés un travail sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire. L'objectif est d'accompagner les établissements dans la description de leurs modalités d'organisation, dans l'objectivation des problèmes organisationnels que subissent leurs équipes et les patients, puis dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions d'amélioration, autant que possible à ressources constantes. Au sein d'unités parfois utilisées partiellement et d'établissements présentant une faible activité chirurgicale et/ou un faible développement de l'ambulatoire, le travail purement organisationnel doit être renforcé par un volet relatif aux conditions de développement de l'ambulatoire en lien avec la stratégie médicale de l'établissement, sa place dans le paysage sanitaire, la compétence et la volonté des professionnels.

A ces objectifs, s'ajoutent ceux de capitalisation et de mise à disposition du plus grand nombre de ce premier retour d'expériences, au travers de la publication :

- d'éléments de méthode permettant d'évaluer et de mobiliser le potentiel d'activité en chirurgie ambulatoire, de décrire les organisations en place et de piloter l'activité ;
- d'exemples concrets de modes d'organisation, d'outils de pilotage et d'actions d'amélioration repérés dans les différents sites.

Notons que l'objet du travail n'est pas :

- de modéliser une organisation idéale ;
- de proposer des pistes de reconversion pour les établissements dont l'activité chirurgicale est peu importante en volume ;
- de définir une stratégie médicale de conquête de parts de marché ;
- d'objectiver les seuils d'activité requis pour pratiquer l'ambulatoire ou maintenir l'activité chirurgicale.

Les synergies avec les autres projets institutionnels

En cohérence avec les travaux sur les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle et avec la volonté de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, le projet proposé par la MeaH présente des synergies très concrètes avec :

- l'accréditation : le projet proposé par la MeaH rencontre 19 références du manuel d'accréditation des établissements de santé ^{[11] [12]} (36%) ;
- le SROS 3 : la chirurgie en général et ambulatoire en particulier figure dans les volets obligatoires du SROS de troisième génération, et notamment la fixation d'objectifs quantitatifs entre les ARH et les établissements. Au delà de la mesure de l'atteinte des objectifs, ce chantier peut permettre d'accompagner les établissements dans l'opérationnalisation de leurs plans stratégiques et de leurs engagements avec leurs tutelles.

Les candidats

Le chantier sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire a suscité 17 candidatures, présentées dans le tableau suivant :

statut	nombre de candidats	existence d'une UCA	
		nb	%
CH	9	3	33%
CHU	3	0	0%
PSPH	2	2	100%
privé	3	3	100%
TOTAL	17	8	47%

Tableau 1. Synthèse des candidatures

Les participants et les engagements réciproques

Le dispositif proposé fait intervenir 3 types d'acteurs institutionnels : les établissements, les sociétés de conseil et la MeaH.

8 établissements ont été retenus. Le souhait était d'ouvrir le dispositif à des établissements à des stades différents du développement de leur activité ambulatoire. Bénéficiaires du dispositif, ils sont garants de la « médicalisation » de la démarche et s'engagent, par l'implication d'un groupe projet, à produire l'information nécessaire à la conduite du chantier et à créer une dynamique propice au changement. Leurs motivations initiales et leur classification PNIR sont résumées dans le tableau suivant (notons que pour préserver leur anonymat, l'ordre des établissements dans les tableaux suivant est modifié par rapport à celui-ci) :

établissement	Statut	Ouverture de l'UCA	Motivations	classe PNIR* (1999)
Institut Curie	PSPH	1991	améliorer le circuit patient sous forte contrainte architecturale substituer les modes de prise en charge de certaines activités (sénologie) développer les outils de pilotage	2 (DG)
Clinique Bordeaux Nord Aquitaine	Privé	1993	améliorer la satisfaction des patients, notamment en travaillant sur le délai entre accueil et passage au bloc optimiser la répartition des prises en charge par durée de séjour dans le cadre de la T2A	2 (OQN)
Fréjus-St Raphaël	CH	oct-04	convaincre les opérateurs de confier leur activité à l'UCA	6 (DG)
Meaux	CH	avr-04	convaincre les opérateurs de confier leur activité à l'UCA	1 (DG)
Auxerre	CH	-	accompagnement à la conception du projet concertation avec opérateurs sur les actes éligibles	1 (DG)
Sedan	CH	2002	développer l'activité au sein d'un établissement dont le développement de l'activité est encouragé dans le rapport du PNIR	6 (DG)
Saint Antoine, AP-HP	CHU	-	accompagnement à la concrétisation du projet au sein d'un établissement présentant un fort potentiel et une réserve foncière saturation des services d'hospitalisation traditionnelle	9 (DG)
Reims	CHU	oct-05	validation des principales orientations du projet accompagnement à l'ouverture de l'UCA (programmation, pilotage)	3 (DG)

* PNIR. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Etat des lieux et typologies des établissements de santé en 1999. Septembre 2003

Tableau 2. Présentation des établissements retenus

Classe 1 (établissements sous DG) : "cette classe regroupe deux types d'établissements : ceux qui ne se prêtent pas, a priori et en l'état, au développement de la chirurgie ambulatoire au vu de l'absence de masse critique sur les gestes marqueurs, et les établissements "pivots de secteur" qui pourraient développer la chirurgie ambulatoire sur les gestes marqueurs".
Classe 2 (établissements sous DG) : "cette classe pourrait développer une activité de chirurgie ambulatoire sur le geste marqueur de lié à la chirurgie du sein, mais peut-être au détriment de leur activité principale".
Classe 2 (établissements sous OQN) : "les établissements de cette classe pourraient a priori développer la chirurgie ambulatoire, mais l'absence de contraintes ou leurs intérêts ne les incitent pas à le faire spontanément".
Classe 3 (établissements sous DG) : "cette classe pourrait développer une importante activité de chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des gestes marqueurs, du fait du volume important de gestes marqueurs pris en charge en hospitalisation complète et sous réserve d'une organisation adéquate et davantage centrée sur le patient"
Classe 6 (établissement sous DG) : "cette classe regroupe les établissements qui se prêtent, a priori et sous conditions, au développement de la chirurgie ambulatoire du fait de l'existence d'un besoin environnemental et d'une masse critique souvent suffisante sur un ou deux gestes marqueurs".
Classe 9 (établissements sous DG) : cette classe correspond à l'AP-HP

D'après les analyse menées en 1999 par le programme inter-régimes de l'assurance maladie, l'ensemble des établissements retenus, sauf peut-être Meaux, appartenait à des classes à potentiel de développement de l'activité ambulatoire. L'absence ou l'existence d'un tel potentiel ne devait cependant en aucun cas constituer une condition à l'amélioration de l'organisation de l'activité existante.

Les sociétés de conseil retenues pour accompagner les établissements sont la SANESCO et le groupement de sociétés Groupe Montaigne – Vector Services. Elles sont un apport de ressources et de méthodologie (analyse de processus, de flux, gestion de projet, accompagnement du changement...).

Enfin, la MeaH, accompagnée par l'équipe du Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines de Paris, outre la sélection des services et des sociétés, contribue à l'élaboration de la méthode, s'assure de la cohérence entre les objectifs locaux et l'objectif commun, agrège les données et organise la diffusion des travaux à l'ensemble de la communauté hospitalière et des institutions.

Les groupes projet au sein des établissements

Le tableau suivant donne la composition des groupes projet dans chacun des établissements :

représentants	Institut Curie	Clinique Bordeaux	Fréjus - St Raphaël	Meaux	Auxerre	Sedan	Saint Antoine	Reims
des chirurgiens	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui
des anesthésistes	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	oui
des soignants	non	non	non	non	non	oui	non	non
de l'encadrement de l'UCA	oui	oui	oui	oui	-	non	oui	oui
de l'encadrement du bloc	oui	non	non	oui	non	oui	non	oui
de la CME	oui	non	non	oui	non	oui	non	oui
de la direction	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
du DIM / DSIO	oui	oui	non	non	non	oui	non	non
de la direction de la qualité	non	oui	non	non	non	non	non	non

Tableau 3. Présentation des groupes projet des établissements engagés

Les groupes de travail sont largement pluri disciplinaires, les instances ainsi que les différentes fonctions sont représentées.

Planning de l'intervention et ressources

Phase 1, avril 2005 - décembre 2005 : réalisation de la partie « audit » de l'intervention.

Au cours de cette phase, outre le recueil de données dans les établissements, une attention particulière a été portée à la constitution des groupes projet, à la définition des attentes et des objectifs des sites et à l'élaboration des outils de pilotage (de l'activité et du changement).

10 journées d'appui-conseil ont été allouées par établissement à cette phase de l'intervention.

Phase 2, janvier 2006 - février 2006 : élaboration des plans d'actions.

Durant cette phase, les objectifs initiaux se sont affinés pour devenir « opérationnels » et chiffrés. Une vigilance particulière s'imposait quant à la cohérence entre plan d'actions et éléments du diagnostic réalisé en phase 1.

3 journées d'appui-conseil ont été dévolues à cette phase, par établissement.

Phase 3, mars - décembre 2006 : accompagnement au changement.

Cette phase constitue l'enjeu majeur de l'intervention et doit s'appuyer sur un diagnostic et des objectifs partagés, sur un plan d'actions réaliste et ambitieux. Il est attendu des consultants un accompagnement renforcé des équipes dans la gestion du projet mais aussi un accompagnement spécifique du chef de projet de chaque site.

11 journées d'appui-conseil sont allouées à cette phase, par établissement.

Un volant de journées complémentaires d'appui-conseil peut être déclenchées selon les besoins locaux, par ordre de service et sur la base d'une demande motivée et partagée par les établissements, les consultants et la MeaH.

Présentation de la première phase de l'intervention

Les objectifs de cette première phase peuvent être résumés en quatre catégories :

- la mobilisation des acteurs et la préparation du changement : constitution du groupe projet, définition des attentes, définition des objectifs et préparation des outils et des modalités de pilotage du changement ;
- l'analyse de l'activité : description de l'activité ambulatoire existante et potentielle (nature et volume), identification des détenteurs des gisements de développement de l'activité, caractérisation de l'activité ambulatoire à l'UCA et foraine, variabilité de l'activité...
- le bilan des ressources et des moyens consacrés ;
- la description des organisations en place : circuit patient, modalités de programmation et de pilotage de l'activité, partage de l'information, à la recherche d'axes d'amélioration...

Ce document présente en trois parties (activité, ressources et organisation) les constats relatifs à cette première phase des travaux.

2. Description de l'activité

Avertissement : pour améliorer leur exactitude et leur comparabilité, l'ensemble des données d'activité a fait l'objet d'une redéfinition lors d'une séance de travail avec les DIM des établissements. Elles sont encore données à titre provisoire et seront modifiées le cas échéant.

L'analyse de l'activité chirurgicale des établissements a poursuivi plusieurs objectifs :

- disposer d'un état initial de la répartition des prises en charge chirurgicales entre hospitalisations traditionnelles et ambulatoires ;
- connaître, au sein de l'activité chirurgicale réalisée en ambulatoire, la répartition entre chirurgie classante et autres actes chirurgicaux ;
- connaître les contributeurs à l'activité ambulatoire et approcher la « pénétration » de la pratique de l'ambulatoire dans les établissements (nombre de spécialités et d'actes contribuant au case-mix ambulatoire parmi les spécialités et actes contribuant à l'activité chirurgicale des établissements) ;
- identifier les gisements de développement des Unités de Chirurgie Ambulatoire, qu'il s'agisse de substitution ou de regroupement (cf. partie 2.2.).

2.1. L'activité chirurgicale existante

2.1.1. L'activité chirurgicale dans son ensemble

Le tableau suivant offre un point de vue global de l'activité chirurgicale des établissements :

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7***	H8
nb spécialités	5	3	6	8	5	7	5	3
spécialités	DIG - GYN - ORTHO - URO - VASC	cervico-faciale - SEN - DIG	DIG - GYN - OPH - ORL - ORTHO - URO	DIG - GYN - OPH - ORL - ORTHO - URO - VAS - STO	GYN - URO - ORTHO - STO - DERMATO	DIG - GYN - OPH - ORL - ORTHO - URO - VAS	DIG - GYN - ORL - ORTHO - VAS	GYN-OBS, ORTHO - DIG
nb total d'interventions aux blocs	7 000	10 094	6 317	7 763	3 267	20 507	11 645	10 807
nb total de séjours *	4 431	4 304	3 954	5 360	2 363	15 668	7195	6 699**
nb d'endoscopies sous AG	584	701	350	1 107	709	590	5712	2 278

* rsa avec un acte chirurgical classant, PMSI 2004

** rsa avec un acte chirurgical classant, PMSI 2003

*** données 2005

Tableau

4. Activité chirurgicale des établissements engagés, en actes et séjours, hors endoscopie

L'activité chirurgicale des sites engagés dans la démarche s'étend sur 3 à 8 spécialités, pour des volumes d'actes réalisés au bloc (hors endoscopie) allant de 2 589 à 21 023 actes et des nombres de séjours avec acte chirurgical classant allant de 2 265 à 15 668 séjours.

Les différences constatées entre nombre d'interventions et nombre de séjours s'expliquent par :

- l'existence de séjours durant lesquels plusieurs interventions sont réalisées ;
- l'existence de séjours avec un acte chirurgical, mais dont l'acte classant est non chirurgical.

2.1.2. Répartition entre prises en charge traditionnelles et ambulatoires

Le tableau suivant présente la répartition de l'activité chirurgicale entre prises en charge traditionnelles et ambulatoires :

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8 **
Chirurgie >24h *	nb	4 431	4 304	3 954	5 360	2 363	15 668	7 195	6 699
	%	87%	85%	84%	90%	78%	89%	76%	88%
Chirurgie ambulatoire ***	nb	654	766	747	598	663	1 870	2 228	882
	%	13%	15%	16%	10%	22%	11%	24%	12%

* en séjours avec un acte chirurgicale classant (PMSI 2004)

** en séjours avec un acte chirurgicale classant, PMSI 2003

*** activité PMSI CM24 "C" de 0 nuit

Tableau 5. Ventilation de l'activité ambulatoire entre prises en charge en hospitalisation complète ou en ambulatoire

[13]

Avec ces chiffres, nous avons tenté d'approcher la chirurgie dite qualifiée : de 10% (H4) à 24% (H7) de l'activité est réalisée en ambulatoire au sein des huit établissements engagés dans la démarche.

Un objectif quantifié, pourrait être une augmentation du pourcentage de l'activité réalisée en ambulatoire.

2.1.3. Chirurgie ambulatoire qualifiée ou non

Le développement de la chirurgie ambulatoire doit mobiliser la chirurgie dite qualifiée, mais d'un point de vue de gestion (pour atteindre une masse critique ou parce que le parcours du patient est similaire), elle doit aussi s'appuyer sur les d'autres interventions (imagerie interventionnelle, endoscopie...). Le tableau suivant tente d'approcher la répartition entre ces deux types d'activité :

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8***	
Activité chirurgicale de moins de 24h **	en séjours CM 24 de 0 nuits*	1435	5 582	987	790	-	1 982	4 783	-	
	en séjours CM24 "C" de 0 nuit	nb	654	766	747	598	663	1 870	2 228	882
	%	46%	14%	76%	76%	-	94%	47%	-	

* CM24M + AG ou ALR, CM24M KT, CM24K + AG ou ALR, CM24C, IVG non médicamenteuse, Lithotripte extra corporelle

** PMSI 2004

*** PMSI 2003

Tableau 6. Répartition de l'activité ambulatoire, « qualifiée » ou non

Au sein des 6 sites pour lesquels l'analyse a été conduite, la chirurgie qualifiée représente entre 14% (H2) et 94% (H6) de l'activité chirurgicale ambulatoire.

Un objectif quantifié pourrait être l'augmentation de la part de l'activité dite qualifiée dans l'activité ambulatoire totale.

2.1.4. Contributions à l'activité ambulatoire classante

[14]

Le tableau 7 présente les contributions des pôles OAP à l'activité ambulatoire classante :

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Ortho	rang	1	-	1	1	2	2	4	2
	nb	284	0	299	167	89	289	335	273
Vasculaire périph	rang	-	-	10	7	9	8	6	-
	nb	1	0	8	12	2	101	48	0
Peau et tissu sous cutané	rang	2	1	3	5	1	5	-	4
	nb	116	600	125	27	277	199	0	24
Gyneco	rang	5	3	9	6	5	1	2	-
	nb	47	55	10	15	10	437	1052	83
Obstétrique	rang	3	-	7	9	7	10	-	1
	nb	80	0	15	6	3	14	0	433
Uro	rang	4	-	4	2	4	4	5	-
	nb	71	0	99	117	49	200	96	0
Viscéral, Digestif	rang	6	-	7	7	-	7	3	6
	nb	17	0	15	12	0	133	430	4
ORL, stomatologie	rang	-	-	5	4	3	3	1	5
	nb	0	1	17	55	85	201	2726	21
OPH	rang	-	2	2	3	8	6	-	-
	nb	0	94	135	114	3	155	0	0
Autres	rang	7	4	6	10	6	9	5	3
	nb	12	16	21	11	13	41	96	42

>500 séjours
>100 séjours
>50 séjours
< 50 séjours

Tableau 7. Contribution des pôles OAP à l'activité ambulatoire (en séjours avec acte classant PMSI 2004, sauf H8 : PMSI 2003 et H7 : en interventions)

L'ensemble des huit établissements dépassent les 100 séjours sur au moins l'un des pôles OAP.

On voit sur le tableau précédent que globalement, au sein des huit établissements, les principaux contributeurs à l'activité ambulatoire, en pôles d'activité (OAP), sont :

- d'un point de vue relatif, orthopédie, peau et tissu sous-cutané, ORL-stomatologie, urologie et ophtalmologie ;
- en nombre de séjours, ORL-stomatologie, orthopédie, gynécologie, peau et tissu sous-cutané et urologie.

De la même façon, les moindres contributeurs sont :

- d'un point de vue relatif (rang), vasculaire périphérique, obstétrique, gynécologie et digestif ;
- en nombre de séjours, vasculaire périphérique, obstétrique, digestif et ophtalmologie.

Le tableau suivant présente la dispersion (ou la concentration) de l'activité ambulatoire au sein des différents pôles OAP, exprimée en nombre et en pourcentage de pôles contribuant à 80% de l'activité ambulatoire :

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
pôles OAP ayant au moins un acte éligible à l'ambulatoire*		14	11	14	15	14	18	7	12
pôles contribuant à plus de 80% de l'activité ambulatoire **	nb	4	2	4	4	3	6	2	2
	%	29%	18%	29%	27%	21%	33%	29%	17%

* cf. méthodologie partie 2.2.1.

** en séjours de moins de 24h avec un acte chirurgical classant, PMSI 2004 (sauf H8, PMSI 2003)

Tableau 8. Dispersion des séjours chirurgicaux ambulatoire

L'activité ambulatoire est relativement concentrée sur une part réduite des pôles d'activité présents dans le case-mix chirurgical des établissements : plus de 80% de l'activité (en séjours ambulatoires avec un acte chirurgical classant) est générée par 2 (H2 et H7) à 6 pôles (H6) et par moins d'un tiers des pôles d'activité dans tous les sites.

Le tableau suivant présente la dispersion de l'activité ambulatoire à un niveau d'analyse plus fin : l'acte.

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H8
nombre d'actes du case-mix éligibles à l'ambulatoire*		295	161	442	377	236	1 086	433
actes différents faisant l'objet d'une prise en charge ambulatoire	nb	113	42	196	132	108	285	149
	%**	38%	26%	44%	35%	46%	26%	34%
actes représentant 80% de l'activité chirurgicale ambulatoire	nb	21	5	45	34	31	51	23
	%***	19%	12%	23%	26%	29%	18%	15%

PMSI 2004, sauf pour H8: PMSI 2003

* cf. méthodologie, partie 2.2.1.

** du case mix éligible de l'établissement

*** du case-mix ambulatoire de l'établissement

Tableau 9. Dispersion de l'activité ambulatoire (chirurgie « classante »)

Au sein des établissements engagés :

- entre 26% (H2 et H6) et 46% (H5) des actes (en nature et non pas en volume) éligibles font l'objet d'au moins une prise en charge ambulatoire ;
- entre 12% (H2) et 29% (H5) des actes faisant l'objet d'une prise en charge ambulatoire représentent 80% du volume d'activité. Cette indication peut être le reflet de la structure de la demande (en volume et nature), mais aussi de la pénétration de l'ambulatoire chez les différents opérateurs.
- en termes de nombre d'actes, entre 5 (H2) et 51 actes (H6) différents représentent 80% du volume d'activité. Ce résultat est directement le reflet du caractère spécialisé ou généraliste de l'établissement.

Concernant la « pénétration » de l'activité ambulatoire au sein des établissements, des objectifs pourraient être fixés en termes d'extension du case-mix ambulatoire (en nature d'actes) et en termes d'augmentation de la participation à la réalisation de 80% du volume d'activité ambulatoire (en % de pôles impliqués ou en % d'actes contributeurs).

2.2. Le développement de la chirurgie ambulatoire et de l'activité des UCA

Le choix a été fait de préférer mobiliser le potentiel de développement interne des établissements plutôt que de se placer dans une stratégie de gain de parts de marché. Ce choix ne doit cependant pas occulter l'importance de la réflexion des établissements sur l'avenir de leur activité chirurgicale et sur leur stratégie médicale au sein de leur territoire de santé.

Ce potentiel de développement interne de l'activité des UCA a été recherché sous deux angles :

- l'activité pouvant a priori faire l'objet d'une modification du mode de prise en charge (de l'hospitalisation traditionnelle en ambulatoire) : **potentiel de substitution** ;
- l'activité déjà réalisée au sein de l'établissement en moins de 24 heures, mais en dehors de l'UCA (souvent appelée ambulatoire « forain ») : **potentiel de regroupement**.

L'objectif de ces analyses est de caractériser les gisements d'activité chirurgicale pouvant contribuer au développement des UCA.

2.2.1. Le potentiel de substitution

L'objectif, plutôt que de connaître très précisément le nombre de séjours substituables ou de procéder à une estimation capacitaire des Unités de Chirurgie Ambulatoires, était d'identifier les principaux gisements de substitution et ainsi, de pouvoir « cibler » des chirurgiens ou des spécialités à accompagner en priorité

[15]

(intervention des chirurgiens experts des deux cabinets du type « peer review »).

Sur la base du traitement des données du PMSI (à partir des .rsa 2004), identifier les séjours de 1 nuit et de 2 nuits :

- avec un acte chirurgical classant ;
- avec le domicile comme mode d'entrée et de sortie ;
- mono unité ;
- en rejetant les CM15 et 90 ;
- dont l'acte a été identifié au moins une fois dans une prise en charge de moins de 24h au niveau national (sous les mêmes conditions).

Pour tenir compte des contre-indications socio-psycho-environnementales liées aux patients, ce potentiel sera considéré comme éligible à l'ambulatoire à hauteur de 80%.

Cette méthode présente comme limites :

- un risque de sous-estimer l'activité potentielle des UCA :
 - car elle se focalise seulement sur les actes chirurgicaux classants et néglige les autres activités pouvant partager le même plateau technique et le même circuit patient (actes exploratoires notamment) ;
 - car elle ne prend pas en compte les séjours de plus de 2 nuits qui pourraient être pris en charge en ambulatoire sous condition d'une évolution des pratiques chirurgicales locales ;
 - du fait du seuil d'éligibilité des patients fixé à 80% ;
- Un risque de surestimer l'activité potentielle des UCA du fait de l'inclusion possible dans la base de référence d'erreurs de codage.

Dans le calcul de l'activité cible, on parlera d'hypothèse basse dans le cas de l'addition de l'activité déjà réalisée en ambulatoire et de l'activité jusque là réalisée en 1 nuit et considérée comme substituable. On parlera d'hypothèse haute dans le cas de l'addition de l'activité déjà réalisée en ambulatoire et de l'activité jusque là réalisée en 1 et/ou 2 nuits et considérée comme substituable.

Le tableau suivant présente les volumes d'activité substituable et l'activité cible des UCA :

		H1	H2	H3	H4	H5	H6
séjours avec acte chirurgical classant*	total	4884	4304	3954	5360	2265	15668
	dont ambulatoires	628	766	744	536	531	1770
séjours substituables**	de 1 nuit	344	30	525	334	101	1116
	de 1 et 2 nuits	647	1105	840	1052	271	2964
activité ambulatoire cible***	Hypothèse Basse	972	796	1269	870	632	2886
	soit	+ 55%	+ 4%	+ 71%	+ 62%	+ 19%	+ 63%
	Hypothèse haute	1275	1871	1584	1588	802	4734
	soit	+ 103%	+ 144%	+ 113%	+ 196%	+ 51%	+ 167%

* PMSI 2004

** cf. méthodologie ci-dessus

*** en séjours avec acte chirurgical classant

Tableau 10 . Activité chirurgicale « classante », totale, ambulatoire et cible

Selon la méthodologie retenue et selon les sites, une augmentation de l'activité ambulatoire (en séjours avec acte chirurgical classant) comprise entre 51 et 196% sous hypothèse haute est envisageable.

Il faut noter le cas de H2 qui, d'un « point de vue T2A », semble déjà avoir ébauché une réflexion sur la répartition de son activité chirurgicale par durée de séjour [16].

En termes de volume d'activité cible mobilisée, les huit établissements engagés dans la démarche présentent donc des taux variant d'un à deux tiers (cf. tableau suivant).

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H8**
activité ambulatoire en 2004*	628	766	744	536	531	1770	880
activité cible* (hypothèse haute)	1275	1871	1584	1588	802	4734	2147
% de l'activité cible déjà mobilisée	49%	41%	47%	34%	66%	37%	41%

* en séjours avec acte chirurgical classant

** PMSI 2003

Tableau 11 . Mobilisation de l'activité ambulatoire cible, en volume

Présentant la plus faible activité ambulatoire cible, H5 est, avec plus des deux tiers de l'activité chirurgicale pouvant être réalisée en ambulatoire et effectivement réalisée de cette façon, l'établissement le plus avancé dans la mobilisation en volume de son activité cible. H5 est aussi l'établissement le plus avancé dans la mobilisation, en nature d'actes, de son case-mix chirurgical éligible (cf. tableau 9).

En matière de potentiel de substitution, deux types d'objectifs chiffrés pourraient être fixés, concernant la mobilisation de l'activité cible d'une part et la diversification du case-mix ambulatoire d'autre part.

D'un point de vue plus qualitatif, le tableau suivant répartit le potentiel de substitution par pôle OAP :

	H1		H2		H3		H4		H5		H6	
	1 jour	1+2 jours	1 jour	1+2 jours	1 jour	1+2 jours	1 jour	1+2 jours	1 jour	1+2 jours	1 jour	1+2 jours
Orthopédie, Rhumatologie	169	282	0	2	172	242	135	227	29	78	310	839
Vasculaire périphérique	2	23	0	0	22	26	4	162	2	6	18	136
Peau et tissu sous-cutané	20	34	13	27	18	24	25	37	20	37	82	159
Gynécologie	20	85	2	663	37	120	18	109	6	39	47	153
Obstétrique	96	118	0	0	78	96	10	14	5	8	5	6
Uro-néphrologie	26	57	0	2	14	25	26	61	8	26	135	446
Digestif	7	34	0	3	98	187	24	76	3	17	128	280
ORL, Stomatologie	2	2	0	2	10	14	57	94	22	42	198	303
Ophthalmologie	0	0	11	166	62	88	28	258	1	1	142	390
Hématologie	2	2	3	91	3	3	3	6	1	3	6	24
Autres prises en charge	1	9	2	148	12	14	4	9	5	14	44	227
TOTAL	344	647	30	1 105	525	840	334	1 052	101	271	1 116	2 964
Nb pôles OAP = 80% du potentiel	3	4	2	3	4	5	5	5	4	5	4	6

Tableau 12. Répartition du potentiel de substitution par pôle OAP

La dispersion du potentiel de substitution est variable d'un établissement à l'autre, allant de 2 (H2) à 5 pôles (H4) sous hypothèse basse (conversion des séjours de une nuit) et de 3 (H2) à 6 pôles (H6) sous hypothèse haute (conversion des séjours de 1 et 2 nuits).

Si l'on rapproche contributeurs à l'ambulatoire (cf. tableau 7) et détenteurs de gisements de substitution, alors on peut proposer l'analyse suivante :

- H1 et H5 : les contributeurs à l'activité ambulatoire et les détenteurs de gisements se situent au sein mêmes pôles OAP, sauf pour la gynécologie, qui ne figure pas parmi les contributeurs principaux mais qui possède un gisement sous hypothèse haute ;
- H2 : les contributeurs et les détenteurs de gisements se situent dans les mêmes pôles OAP, une exploration plus fine au niveau du pôle « autres prises en charge » est souhaitable ;
- H3 : certains détenteurs de gisements ne sont pas contributeurs aujourd'hui (digestif et obstétrique) ;
- H4 : vasculaire et gynécologie ne sont pas contributeurs mais possèdent un gisement sous hypothèse haute ;
- H6 : l'ensemble des spécialités semblent contribuer à l'activité ambulatoire mais possèdent encore des gisements à exploiter.

La présentation des lignes de produits constituant 80% des potentiels de substitution est disponible en annexe [\[17\]](#)

2.2.2. Potentiel de regroupement

Le potentiel de regroupement est l'activité chirurgicale ambulatoire non confiée à l'UCA et de ce fait, réalisée en « forain ». Il s'agit d'un potentiel de développement interne de l'activité des UCA qui peut correspondre :

- à des difficultés des chirurgiens à confier leurs patients à l'UCA :
 - éclatement des lieux d'hébergement ou d'intervention entraînant une complexité dans l'organisation du travail ;
 - crainte qu'en « vidant » leurs services, ils perdent des moyens ;
 - méconnaissance du fonctionnement de l'UCA ;
 - ... ;
- à une souplesse de gestion :
 - patients ambulatoires pris en charge en service d'hospitalisation complète du fait d'un manque de disponibilité à l'UCA ;
 - patients ambulatoires pris en charge en service d'hospitalisation complète du fait d'une non ouverture de l'UCA un jour donné ;
 -

Au sein des 6 établissements possédant une unité de chirurgie ambulatoire, un seul (H4) a mené une analyse de ce potentiel de regroupement :

séjour	DIG	VAS	ORT	ORL	OPH	STO	URO	GYN	PED	Total	GAS
0 nuit UCA	51	27	227	54	126	2	200	338	0	1025	0
0 nuit HC	63	17	64	50	10	5	17	42	59	327	515
1 nuit HC	151	33	165	41	26	18	19	108	75	636	83
2 nuits HC	108	181	144	29	252	140	70	153	70	1147	61

Tableau 13. répartition de l'activité chirurgicale dans les services selon la durée de séjour et la localisation (UCA ou service d'hospitalisation traditionnelle).

Cette analyse permet d'objectiver les potentiels de regroupement selon les services de spécialité (les services d'orthopédie, de viscéral, de pédiatrie et d'ORL étant les services les plus concernés), et le part d'ambulatoire non confiée à l'UCA (24% à H4).

L'ampleur du phénomène constaté à H5 a conduit à proposer cette analyse à l'ensemble des établissements ayant une UCA, sur la base de l'analyse des données du PMSI (repérage des séjours de moins de 24h avec un acte chirurgical classant, avec comme modes d'entrée et de sortie le domicile, réalisés dans une Unité Fonctionnelle différente de celle de l'UCA).

Au même titre que le potentiel de substitution, le potentiel de regroupement constitue un enjeu majeur du développement de la chirurgie ambulatoire, aussi pourra-t-on proposer de se fixer un objectif de diminution de l'ambulatoire non réalisé à l'UCA.

2.3. Suivi de l'activité ambulatoire

A ce stade du chantier, si la description de l'activité reste perfectible, on peut proposer quelques indicateurs de suivi de l'activité chirurgicale ambulatoire et d'évaluation de l'intervention :

1. % de l'activité chirurgicale réalisée en moins de 24h (en séjours avec un acte chirurgical classant) ;
2. % d'actes chirurgicaux classants au sein des séjours réalisés à l'UCA ;
3. % des séjours de moins de 24h avec un acte chirurgical classant réalisés à l'UCA (et en dehors de l'UCA) ;
4. % de l'activité chirurgicale ambulatoire cible mobilisée ;
5. Activité au sein de l'UCA (nombre de passages quotidiens moyen et variabilité de l'activité) ;

Ces indicateurs, pouvant être fournis à partir de l'exploitation des données du PMSI (1, 2, 3, 4) et des données administratives (5), pourront faire l'objet d'un suivi trimestriel.

L'outil de suivi ainsi que la définition des indicateurs sont présentés dans l'annexe 4.

3. Description des ressources mobilisées

3.1. Structures

3.1.2. Description des structures

Les huit établissements retenus présentent une grande diversité quant aux structures où est réalisée l'activité ambulatoire, cela allant de la situation minimaliste (pas d'unité de chirurgie ambulatoire) à la situation maximaliste (unité de chirurgie ambulatoire avec bloc et SSPI dédiés).

Si ne pas mélanger les prises en charge traditionnelles et ambulatoires au sein d'une même unité d'hébergement est une idée répandue, intuitive et faisant consensus, il n'en va pas de même quant à l'intérêt de dédier ou non un bloc opératoire (ou des salles d'opération) à l'ambulatoire ou de mélanger ou non des prises en charges médicales et chirurgicales au sein d'une même unité d'accueil de jour. Si les avantages et inconvénients de chacune des structures peuvent être précisés qualitativement (tableau suivant), aucune certitude sur l'intérêt de l'une par rapport à l'autre ne se dessine :

structures	établissements	Avantages a priori	Inconvénients a priori
unité de chirurgie ambulatoire bloc dédié SSPI dédiée	3	qualité de l'accueil du patient en hébergement	complexité de gestion due à l'éclatement des sites opératoires et d'anesthésie
		planification et programmation efficiente de l'activité	coûts d'investissement et d'exploitation
		faible risque de déprogrammation	diminution de l'utilisation des blocs existants
		augmentation possible de l'activité chirurgicale si temps médical et files d'attentes en regard	
unité de chirurgie ambulatoire bloc dédié SSPI commune	1	idem cas précédent	idem cas précédent risque de goulot d'étranglement en SSPI
unité de chirurgie ambulatoire bloc commun SSPI commune	1	qualité de l'accueil du patient en hébergement	nécessité d'une rigueur de planification et de programmation de l'activité opératoire
		impact positif sur la qualité de la programmation de l'activité chirurgicale traditionnelle au bloc commun	contrainte du bloc pesant sur la programmation de l'activité à l'UCA manque de prise en compte du besoin de rigueur organisationnelle par les équipes du bloc commun
		faible risque de déprogrammation en hébergement	risque de déprogrammation ou de transformation en hospitalisation complète en cas d'interférence avec l'urgence ou le programme lourd
Unité d'accueil de jour (méd + chir) bloc commun SSPI commune	1	idem cas précédent	idem cas précédent
		obtention d'une masse d'activité critique permettant d'amortir les coûts fixes	Complexité de gestion due à la diversité des parcours de soins
pas d'organisation spécifique	2	absence d'investissement	mauvaise qualité d'accueil des patients
			risque élevé de déprogrammation en hébergement

Tableau 14. Types de structures existantes

Le tableau ci-après récapitule les principales caractéristiques des structures dédiées à la chirurgie :

Tableau 15. Présentation des structures allouées à l'activité chirurgicale

On constate, au sein de notre faible échantillon, que les établissements qui n'ont pas d'UCA sont aussi ceux qui ont des taux d'occupation de leurs lits de chirurgie les plus élevés.

Au sein des établissements ayant mis en place une UCA, et en rapprochant les taux d'occupation des lits de chirurgie du pourcentage de l'activité ambulatoire cible déjà mobilisée (cf. tableau 11), on constate que plus un établissement se rapproche de son activité ambulatoire cible, plus les taux d'occupation des lits sont bas.

3.1.2. « Productivité » des structures

Le tableau ci-après présente le temps de mise à disposition de l'UCA :

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Hr ouverture UCA	-	07:45	07:30	07:30	07:00	07:00	07:00	-
Hr fermeture UCA	-	18:00	18:30	18:30	19:00	19:00	19:00	-
amplitude	-	10:15	11:00	11:00	12:00	12:00	12:00	-
nb de places		8	8	8	4	12	19	-
nb de jours d'ouverture dans l'année	-	225	230	143	249	260	260	-
capacité d'accueil quotidienne (heures)*		82	88	88	48	144	228	
capacité d'accueil annuelle (heures)	-	16290	20240	12584	11952	37440	59280	-

* les jours d'ouverture

Tableau 16. Caractéristiques des UCA

Selon les amplitudes d'ouvertures choisies par les sites (de 10h15 à 12h) et le nombre de places installées, le temps d'accueil disponible s'échelonne de 48 h à 228 h d'hébergement quotidien.

Selon le nombre de journées annuelles d'ouverture décidé, la capacité d'accueil annuelle va de 11 952 heures à 59 280 heures.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Hr ouverture Bloc	-	08:00	08:00	-	-	08:00	-	-
Hr fermeture Bloc	-	18:00	15:00	-	-	14:00 (3) et 13:00	-	-
amplitude	-	10:00	07:00	-	-	06:00 (3) et 05:00	-	-
nb de salles	-	5	2	-	-	3 + 1	-	-
capacité opératoire quotidienne mise à disposition (en heures)	-	50	14	-	-	23	-	-

Tableau 17. Caractéristiques des blocs dédiés

Les amplitudes d'ouverture des blocs opératoires vont de 5h à 10h. Du fait d'un nombre différent de salles d'intervention, la capacité opératoire quotidienne varie de 14 (H3) à 50h (H2).

En rapprochant les données des tableaux 16 et 17 pour comparer capacités opératoire et d'hébergement quotidiennes, on constate qu'à une heure de bloc correspondent entre 1h38 (H2) et 6h15 (H3 et H6) d'hébergement.

Enfin, pour les deux établissements concernés par ces informations, on constate que l'UCA ouvre entre 30mn et 1h avant l'ouverture du bloc et qu'elle ferme entre 3h30 et 5h après la fermeture du bloc.

Si l'on rapproche cette capacité d'accueil et le volume de passages, on obtient alors la « productivité des structures » :

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
activité quotidienne moyenne à l'UCA les jours d'ouverture (nb de passages)	-	24,4	8,2	5,4	-	9,9	13,5	-
capacité d'accueil quotidienne à l'UCA (heures)	-	82	88	88	48	144	228	-
capacité d'accueil quotidienne au bloc (heures)	-	50	14	-	-	23	-	-
nb d'heures d'hébergement mises à disposition par passage	-	3,4	10,7	16,3	-	14,5	16,9	-
nb d'heures de bloc mises à disposition par passage	-	2,0	1,7	-	-	2,3	-	-

Tableau 18. « Productivité » de la structure d'hébergement

Parmi les établissements ayant une UCA, entre 3.4 (H2) et 16,9 heures (H7) d'hébergement sont mises à disposition pour réaliser un passage. Parmi ceux ayant un bloc dédié, entre 1,7 (H3) et 2,3 heures (H6) de bloc sont mises à disposition par passage. Certains éléments qualitatifs, non contrôlés ici, sont à prendre en considération lors de la lecture des chiffres précédents :

- o l'existence de prises en charge ambulatoires au bloc central et de prises en charge en hospitalisation traditionnelle au bloc ambulatoire du fait des contraintes des opérateurs (anesthésistes et chirurgiens) liées tant à la nature des programmes (interférence de l'urgence) qu'à la limitation des ressources (temps médical) ;
- o l'équipement des salles, contraignant parfois à prendre en charge des patients ambulatoires au bloc central (cas de l'ophtalmologie à H3).

Enfin, ces écarts, doivent être tempérés par le fait que certaines unités ont été ouvertes récemment et vivent donc leur « montée en charge » (H3, H4 et H6). Notons par ailleurs, pour les deux établissements concernés, que chaque poste de SSPI voit passer en moyenne entre 2 et 3 patients par jour.

Trois objectifs pourraient être poursuivis :

- mettre en cohérence les horaires d'ouverture du bloc et de l'UCA ;
- adapter la mise à disposition des structures (hébergement et bloc) à l'activité réalisée ;
- équiper le bloc dédié pour permettre la réalisation de l'ensemble des types d'interventions éligibles à l'ambulatoire ou permettre le cas échéant que des patients hébergés à l'UCA puissent être opérés au bloc central pour certaines interventions.

3.2. Ressources humaines

3.2.1. Approche quantitative

Le tableau ci-après présente les ressources humaines engagées par les établissements dans les UCA.

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
passages quotidiens (jours d'ouverture de l'UCA)		-	24,4	8,2	5,4	-	9,9	13,5	-
Passages quotidiens (sur 260 jours)			21,1	7,3	3,0	-	9,9	13,5	
personnels affectés à l'UCA (etp rémunérés présents)	Cadre	-	2	0,5	1	0,25	1	0,5	-
	IDE	-	6	2,8	1	3	5	2,5	-
	AS	-	-	2,5	1,5	2	-	2	-
	Total paramédical	-	6	5,3	2,5	5	5	4,5	-
	ASH	-	1	0,5	-	0,5	3	0,7	-
	Total soins/hébergement	-	7	5,8	2,5	5,5	8	5,2	-
	Secrétariat	-	1,5	1	1	-	2	-	-
TOTAL		-	10,5	7,3	4,5	5,75	11	5,7	-
passages quotidiens (jours d'ouverture de l'UCA) / etp	Cadre	-	12,2	16,4	5,4	-	9,9	27,0	-
	IDE	-	4,1	2,9	5,4	-	2,0	5,4	-
	AS	-	-	3,3	3,6	-	-	6,8	-
	Total paramédical	-	4,1	1,5	2,2	-	2,0	3,0	-
	ASH	-	24,4	16,4	-	-	3,3	19,3	-
	Total soins/hébergement	-	3,5	1,4	2,2	-	1,2	2,6	-
	Secrétariat	-	16,3	8,2	5,4	-	5,0	-	-
TOTAL		-	2,3	1,1	1,2	-	0,9	2,4	-

Tableau 19.

[18]

Présentation des ressources humaines affectées à l'activité des UCA

Les équipes des UCA sont variées d'un site à l'autre, en termes de quantité et de composition :

- au total, 1 etp pour 0,9 (H6) à 2,4 (H7) passages moyens quotidiens ;
- 1 etp cadre pour 5,4 (H4) à 27 (H4) passages quotidiens ;
- 1 etp paramédical pour 1,5 (H4) à 4,1 (H2) passages quotidiens, avec un ratio d'IDE allant de 40 (H4) à 100% (H2) de l'effectif paramédical ;
- 1 etp « soins + hébergement » pour 1,2 (H6) à 3,5 passages quotidiens.

Ces écarts peuvent s'expliquer par :

- le fait que certaines unités ont été ouvertes récemment et vivent donc leur montée en charge (H3, H4 et H6) ;
- des amplitudes d'ouverture de structures différentes (de 10h15 à H2 à 12h à H5, H6, H7) ;
- des périodes de chevauchement différentes (3 heures à H3 et à H5, 4 heures à H7) ou par le choix de fonctionner en horaires décalés (H2, H6) ;
- des répartitions de tâches variables (« skill-mix »).

3.2.2. Approche qualitative (« skill mix »)

Le tableau ci-dessous présente les ressources humaines mobilisées pour les différentes étapes de la prise en charge du patient tout au long de son circuit, leur fonction et leur « rattachement ». Il ne saurait résumer l'ensemble de la charge de travail des personnels (de nombreuses tâches manquent, comme la vérification des dossiers, l'entretien des locaux, l'encadrement...), en revanche, il permet d'ébaucher un premier questionnement sur la répartition des tâches.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Information du patient en amont de la prise en charge	chirurgien	chirurgien	chirurgien secrétaire agent admin	IDE	Secr CS	IDE	chirurgien	chirurgien secrétaire
pré admission	Agent admin	Agent admin	Agent admin	secrétaire	secrétaire	secrétaire	secrétaire	Agent admin
Prise de contact téléphonique à J-1	-	-	IDE	secrétaire	-	secrétaire	-	-
Accueil administratif dans l'unité	secrétaire	secrétaire	secrétaire	secrétaire	IDE	secrétaire	secrétaire	secrétaire
Accueil dans l'unité	IDE AS secrétaire	IDE ASH	IDE AS secrétaire	IDE AS	IDE AS	IDE	IDE cadre	Hotesse
Installation	IDE	IDE ASH	IDE AS	IDE AS	IDE UCA	IDE	IDE cadre	IDE hotesse
Préparation Prémédication	IDE AS	-	IDE	IDE	IDE AS	IDE	IDE	IDE
Transport UCA - bloc - UCA	brancardier du pool	IDE ASH	IDE AS	ASH	IDE AS	IDE	ASH	BC IDE
Surveillance PostOp	IDE	IDE	IDE	IDE AS	IDE	IDE	IDE	IDE
Prise en charge douleur	anesthésiste IDE	anesthésiste IDE	anesthésiste IDE	anesthésiste chirurgien IDE	anesthésiste chirurgien IDE	anesthésiste chirurgien IDE	anesthésiste chirurgien IDE	anesthésiste IDE
Collation	ASH	IDE ASH	IDE AS	AS	AS	IDE	AS	IDE AS
Organisation de la sortie	anesthésiste chirurgien IDE secrétaire	anesthésiste secrétaire	anesthésiste chirurgien IDE secrétaire	anesthésiste chirurgien IDE secrétaire	anesthésiste chirurgien IDE secrétaire	anesthésiste chirurgien IDE secrétaire	anesthésiste chirurgien IDE secrétaire	anesthésiste interne chir IDE secrétaire
dispensation des consignes au patient	IDE secrétaire	IDE secrétaire	IDE secrétaire	IDE	IDE	IDE	IDE cadre	IDE
Contact J+1	-	-	IDE	IDE	-	IDE	aucun ou IDE	-

Ressources de l'UCA (ou du service de chirurgie si pas d'UCA)
Ressources du bloc opératoire
Ressources hors bloc et hors UCA

Tableau 20. « Skill mix » du parcours du patient (en rouge : information manquante)

On constate que certaines étapes capitales pour la prise en charge du patient font intervenir de nombreux acteurs appartenant à des unités fonctionnelles différentes (cas de l'organisation de la sortie et de la prise en charge de la douleur). Ces étapes sont donc, de par leur complexité, hautement éligibles à une protocollisation (qui fait quoi, comment et à quel moment ?).

Chacun des sites pourra en outre s'interroger sur l'affectation de la bonne ressource à mobiliser pour la réalisation de chacune des étapes. Par exemple, l'information du patient sur les modalités de prises en charge peut-elle être confiée à une IDE ? La collation doit-elle être servie par une IDE ? Les réponses varieront d'un site à l'autre selon le niveau d'activité, la charge de travail de chacun des professionnels, l'éventail de compétences et de fonction représentées au sein de l'UCA...

Une meilleure mise en adéquation des ressources humaines avec l'activité, quantitativement et qualitativement, est un objectif possible.

3.3. Ressources limitantes

A l'exception d'H1 et d'H8 qui n'ont pas d'UCA, d'H2 qui ressent un manque de ressources en anesthésiologie et d'H4, qui semble réellement être contraint par son bloc opératoire, l'activité ambulatoire ne semble être contrainte ni par les structures ni par les ressources humaines. Le bilan ci-dessous, largement déclaratif, met au contraire en lumière certaines difficultés d'exploitation plutôt de nature organisationnelle, et introduit la partie 4 :

- o H1 : l'absence d'UCA est ressentie comme limitante pour développer l'activité ambulatoire de manière structurée. En revanche le bloc semble offrir un temps opératoire suffisant mais à organiser pour tenir compte des contraintes organisationnelles de l'ambulatoire ;
- o H2 : non contraintes en termes de temps opératoire, les équipes de H2 doivent composer avec des locaux très contraignants architecturalement en termes d'accueil et de repos des patients. Une insuffisance de ressources en anesthésiologie (médecin et IADE) pourrait aussi devenir un facteur limitant de la possibilité d'utilisation du plateau technique ;
- o H3 : ni le bloc (mis à part le fait que le pilotage de cette structure dédiée n'est pas confié aux coordinateurs de l'UCA), ni la structure d'hébergement ne semblent être limitants. En revanche, la vacance de deux postes d'anesthésistes et le manque de brancards certains jours à plus forte activité entraînent des dysfonctionnements provisoires ;
- o H4 : le bloc y est la ressource la plus contraignante. Du fait de la réduction réglementaire du temps de travail des équipes de bloc, la pression est forte et les programmes opératoires tendus avec parfois des sous-estimations des temps opératoires prévisionnels de la part des opérateurs. En revanche, SSPI et UCA peuvent faire face à un accroissement de l'activité ;
- o H5 : ni le bloc ni l'unité d'hébergement ne sont aujourd'hui à proprement parler des goulets d'étranglement. Néanmoins, l'éloignement du bloc central de l'unité d'hébergement et l'éloignement entre eux des blocs obstétrical et central semblent poser de réels problèmes d'exploitation. De plus, l'amplitude horaire d'ouverture des blocs, en adéquation avec l'activité chirurgicale totale, peut s'avérer contraignante dans une perspective de développement de l'activité ambulatoire ;
- o H6 : pour les acteurs de H6, et d'après les données ci-dessus, la place en UCA et au bloc n'est pas limitante. En revanche, l'éclatement des sites d'intervention pose un problème pratique en termes de gestion du temps médical. En outre, les simulations de flux réalisées à partir des temps opératoire déclarés par les chirurgiens, et des temps de réveil voulus par les anesthésistes pourraient faire de la SSPI le premier goulet d'étranglement en cas de forte activité ;
- o H7 : ni l'unité d'hébergement ni le bloc ne semblent être des ressources limitantes. En revanche, certains pics d'activité ont du mal à être absorbés au bloc et l'utilisation de l'UCA comme unité d'hébergement provisoire au cours de la journée peut s'avérer perturbatrice ;
- o H8 : l'absence d'UCA est un frein au développement de l'activité, dans la mesure où l'hébergement est vécu comme le goulet d'étranglement principal par les équipes chirurgicales (risque d'indisponibilité du lit du fait des nombreuses urgences et donc propension à hospitaliser la veille). En revanche, d'après une auto-évaluation menée par les utilisateurs du bloc, ce dernier ne semble pas constituer une ressource limitante.

4. Description des organisations

Plusieurs angles d'analyse des organisations ont été développés au sein des huit établissements :

- certains sont qualitatifs : description du pilotage de l'activité et cartographie du circuit du patient ;
- d'autres sont plus quantitatifs : étude de la variabilité de la charge de travail, quantification et analyse des causes de déprogrammation et de transformation en hospitalisation complète, délais de prise en charge...

Sur certains sites, certains axes d'analyse ne sont aujourd'hui qu'ébauchés et pourront faire l'objet selon les priorités locales d'un approfondissement. Dans tous les cas, au sein du groupe de travail, nous avons essayé au maximum de développer une dimension comparative.

4.1. Le pilotage de l'activité

Organiser les prises en charge en chirurgie ambulatoire requiert :

- des qualités relationnelles pour assurer une coordination rigoureuse entre différents intervenants (notamment chirurgiens et anesthésistes), de spécialités différentes, faisant face à leurs propres contraintes (consultations, programme urgent, programme conventionnel...) au sein de secteurs géographiques parfois éclatés (anesthésistes) ;
- une liaison réactive entre unités d'hébergement et blocs opératoires, impliquant un transport interne de qualité, mais au-delà, une préparation des patients minutée dans les unités d'hébergement ;
- une maîtrise de la gestion des flux de patients, pour programmer de façon efficace leur venue au cours de la journée, puis pour anticiper et gérer d'éventuels goulots d'étranglement (à l'accueil, en SSPI, dans les chambres, au moment de la sortie...)
- des qualités managériales permettant de motiver les équipes soignantes dans la réalisation des soins indirects (éducation, information, préparation de dossier...) et d'inciter des acteurs de spécialités différentes à contribuer à une démarche collective et institutionnelle ;
- des qualités de gestionnaire pour piloter l'activité et capitaliser l'analyse des incidents (gestion de la douleur perfectible, reprise, transformation en hospitalisation complète, ré hospitalisation précoce, déprogrammation...).

Au sein des établissements engagés dans la démarche, cette organisation repose sur des acteurs, des outils et des documents de référence présentés ci-après.

4.1.1. Acteurs et rôles

Reposant sur une coordination totale entre différentes spécialités et différents métiers, la coordination des UCA est confiée, au sein des 6 établissements ayant une telle structure :

- à un binôme médecin / cadre (IADE, IBODE ou IDE) dans 4 sites :
 - un anesthésiste et un cadre IBODE à H2 ;
 - un anesthésiste et une IDE à H3 ;
 - un chirurgien et deux cadres (IDE et IBODE) à H4 ;
 - un chirurgien et un cadre IDE à H5 ;
 - un anesthésiste, un chirurgien et deux cadres (IDE et IBODE) à H6 ;
- à un cadre à H7.

Les rôles principaux de ces coordonnateurs sont :

- o [19] à H2 : planification des vacances opératoires et programmation [20] (réunion hebdomadaire), régulation au bloc et à l'UCA (modification des heures de passage, insertion d'urgences et déprogrammation) et suivi de l'activité (nature, volume et incidents). Une réunion annuelle réunit les acteurs de la chirurgie ;
- o à H3 : planification des vacances opératoires et programmation (confirmée par la cadre du bloc), régulation au bloc et à l'UCA (heures de passage et déprogrammations) et suivi de l'activité (nature, volume et incidents). Le lien entre le binôme coordonnant l'UCA et le cadre du bloc, important pour la programmation de l'activité, n'est pas structuré par une rencontre hebdomadaire ;
- o les attributions de ces coordonnateurs n'ont pas été décrites à H4, H5, H6 et H7.

Notons qu'une attribution de ces coordonnateurs, peu documentée mais discutée en CTN, concerne la vérification du respect du règlement intérieur, de la charte de bloc, des programmes déclarés (en volume et temps opératoire estimé) et de l'utilisation effective des plages opératoires allouées. Du fait du caractère cadencé et complexe de l'activité ambulatoire, ce rôle revêt une importance particulière mais peine à s'exprimer.

4.1.2. Documents de référence

Le tableau suivant présente les principales documentations d'appui de l'activité de chirurgie ambulatoire et leur disponibilité dans chacun des sites.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Projet de service	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui
Critères d'inclusion et d'exclusion à l'ambu (mis à disposition des chirurgiens et anesthésistes)	non	non	non	non	non	non	non	non
Règlement intérieur de l'UCA	en cours	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui
Tableau d'activité de l'UCA	non	oui	oui	oui	non	oui	non	non
Liste des interventions réalisables	non	oui	oui	oui	non	oui	non	non
Fiches de postes UCA	non	oui	oui	oui	non	non	non	oui
Protocoles de prise en charge de la douleur	oui	oui	oui	oui	non	oui	non	non
Protocoles d'organisation de la sortie	non	oui	oui	non	non	non	non	non
Protocoles de pré médication	non	pas de pré-médication	oui	non	non	non	non	non
Livret d'accueil du patient	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
Recommandations avant intervention	non spécifique	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
CR opératoires types	variable	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
Questionnaire de satisfaction	non spécifique	non	oui (sept)	oui	non	oui	oui	non
Recommandations après intervention	non spécifique	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non

Tableau 21. Documentation d'appui (en rouge, donnée manquante)

Ces documents constituent un socle pour l'organisation de l'activité. Leur développement ou leur mise à jour peut constituer une voie d'amélioration.

4.1.3. Informations suivies

La description des données suivies en routine et des systèmes d'information utilisés pour piloter et rendre compte de l'activité est peu avancée à ce stade du chantier :

- o Données simples d'activité disponibles pour H2, H4, H5, H7, mais réellement utilisées à H2 et H7 ;
- o à H3, données relatives :
 - au patient (caractéristiques et satisfaction) ;
 - à l'activité (type d'anesthésie, répartition par spécialité, répartition public/privé...) ;
 - à l'organisation (respect des heures d'interventions, délais à l'intérieur du circuit, dysfonctionnements – déprogrammation, transformations en hospitalisation complète, pré admissions non réalisées -) ;
- o à H1, H6 et H8 : l'activité ambulatoire ne fait l'objet d'aucun suivi structuré.

Chaque établissement est invité à inscrire dans son plan d'actions, le développement des outils de pilotage. Les avancées en la matière seront documentées en fin de chantier.

Le renforcement de la coordination de l'activité, par la mise à jour des documents de référence et par le développement et l'utilisation d'outils de suivi (choix des données à suivre, des modalités de production de l'information et d'utilisation des tableaux de bord) sera un objectif à poursuivre dans le cadre de la phase d'accompagnement du changement.

4.2. Le circuit du patient

Pour mener à bien l'analyse du « circuit » du patient, une description inspirée de la méthode de « cartographie de processus » [21] a été réalisée par les consultants dans chacun des sites. Il s'agit, pour chacune des étapes documentées, d'en connaître le contenu, le professionnel responsable et les flux d'informations associés. Le circuit du patient est présenté dans cette partie en essayant de mettre en exergue les points positifs et négatifs relevés par les consultants.

Pour cette approche descriptive et comparative des organisations en place, les étapes suivantes ont été retenues :

externe	hébergement	bloc
consultation chirurgie		
consultation anesthésie		
information du patient		
pré admission		
prise de contact téléphonique à J-1		
	arrivée	passage au bloc
	préparation	
	prémédication	
	départ bloc	
	surveillance	
	prise en charge de la douleur	
	collation	
	organisation de la sortie	
dispensation des consignes		
permanence des soins		
contact téléphonique à J+1		
organisation des suites de soins		

Pour chacune des étapes, une puce + ou – est mise en face des pratiques observées. Elles n'ont pas vocation à porter un jugement définitif sur telle ou telle pratique mais signalent au contraire les situations qui pourraient être perfectibles et celles qui paraissent intéressantes. Dans tous les cas, ces impressions devront être affinées en cours de chantier et dans la capitalisation finale du travail.

4.2.1. Les étapes « pré-hospitalières »

La consultation chirurgicale :

Tout comme la pose de l'indication opératoire, le choix d'une prise en charge ambulatoire plutôt que traditionnelle doit relever d'une décision médicale :

- dans aucun des sites, les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire ne sont mis à disposition des chirurgiens ;
- + dans quatre établissements sur huit, une liste des actes pouvant être pris en charge à l'UCA a été définie par les acteurs de la chirurgie ambulatoire (H2, H3, H4, H7) ;
- + au sein des huit établissements, les modalités de programmation des rendez-vous d'anesthésie et des dates d'intervention sont variables, mais les dates de rendez-vous sont données aux patients le jour de la pose de l'indication dans 5 sites sur 8 (H1, H2, H3, H4, H7) ;
- + un site a un système d'agenda partagé entre la consultation, le bloc et l'unité d'hébergement (H4).

Consultation anesthésie :

Il apparaît dans la plupart des sites qu'il revient au final à l'anesthésiste de poser (confirmer) l'éligibilité à l'ambulatoire :

- les observations effectuées par les consultants laissent apparaître que les modalités de partage de l'information ne permettent pas toujours à l'anesthésiste d'identifier qu'une prise en charge ambulatoire a été proposée par le chirurgien (notamment à H1).

Information du patient, relative au caractère ambulatoire de la prise en charge :

Cette étape semble importante de façon à garantir les conditions d'une prise en charge de qualité (non anxiogène pour le patient et sécurisée du point de vue de sa préparation) :

- cette information du patient semble redondante et peu structurée entre chirurgien et anesthésiste (H1, H2, H3, H6, H7, H8) ;
- + deux sites confient cette tâche à une IDE (H4 et H5) ;
- + trois sites ont développé un document d'explication spécifique à destination des patients et de leur entourage (H2, H3, H4).

Pré admission :

Étape purement administrative ; les modalités de réalisation de la pré admission impactent peu la qualité médicale de la prise en charge mais, dans une perspective de « service », peuvent avoir un effet sur le niveau de satisfaction des patients :

- + à H7 elle est effectuée après la pose de l'indication par le chirurgien, permettant une gestion prévisionnelle précoce de la capacité au bloc et en UCA ;
- + dans la majorité des sites, elle s'effectue à l'issue de la consultation d'anesthésie (H1, H3, H4, H5, H6) ;
- dans deux sites, elle est faite le jour de l'intervention (H2, H8), ajoutant une étape à la prise en charge du patient le jour de son intervention et limitant la capacité de l'établissement à gérer ses capacités de façon prévisionnelle ;
- à H1 et H7 notamment, l'absence d'information des patients sur les modalités de réalisation de cette étape en amène certains à se déplacer une fois de plus la veille de leur intervention (H7) ou à la réaliser le jour de l'intervention (H1) ;
- + Dans un site, elle peut aussi être faite par la secrétaire médicale de l'UCA après contact téléphonique à J-1 (H4).

Prise de contact téléphonique à J-1 :

Cette étape vise à « sécuriser » le circuit du patient en donnant la possibilité de rappeler les consignes de préparation, l'heure de programmation et de s'assurer de la bonne venue du patient. En aucun cas l'existence isolée de cette étape ne saurait suffire à garantir la venue du patient dans les meilleures conditions, qui doit au contraire s'appuyer sur une optimisation de l'ensemble des étapes d'amont (qualité de l'information délivrée notamment) :

- n'existant pas de façon systématique au sein des huit établissements engagés, le contact téléphonique n'est jamais ciblé dans les sites l'ayant instauré (l'ensemble des patients en a-t-il besoin ?) ;
- ≈ soit il est réalisé par les secrétaires médicales, et est alors « orienté programmation » (H6) ;
- ≈ soit par une IDE du service et inclut alors un rappel des consignes de préparation (H3, H4) ;
- + dans un site, cet appel est « sous-traité » au patient, l'IDE n'appelant que ceux n'ayant pas contacté le service au-delà d'un horaire défini (H6).

4.2.2. La prise en charge du patient en hébergement, en pré opératoire

Accueil :

Pour garantir la fluidité des prises en charge et permettre un avancement cadencé des patients tout au long des différentes étapes composant leur parcours, il importe de limiter les « goulots d'étranglement » et notamment ceux générés par des « traitements groupés » (« batching ») :

- + au début du chantier, l'arrivée des patients au cours de la journée était échelonnée dans 2 sites (H2 à H3). Les délais entre patients y étaient définis :
 - o selon la spécialité dans un site (H2) ;
 - o selon le mode d'anesthésie dans les deux sites ;
- dans les autres sites, les arrivées des patients étaient groupées à l'ouverture de l'UCA ;

- + une ultime vérification des dossiers et des modalités de retour à domicile a lieu à cette étape dans la plupart des sites ;

Installation :

- Dans un site, la vérification des dossiers et des modalités de retour à domicile se fait une fois le patient installé (H8) ;
- Dans les sites pratiquant l'ambulatoire forain, des problèmes liés à la non disponibilité des lits à l'arrivée des patients sont rapportés (le patient précédent étant toujours dans son lit ou la chambre n'étant pas refaite) ;
- Dans un site (H2), l'absence de marche en avant pénalise l'organisation des arrivées et des sorties. Cela pourrait devenir le cas à H4 en cas d'augmentation de l'activité ;

Prémédication :

La connaissance par les IDE, des habitudes de pré médication de l'anesthésiste intervenant en ambulatoire doit garantir une préparation optimale du patient sans nuire à la fluidité du circuit du patient. Le retour d'expérience montre que la prémédication n'a pas un caractère systématique, notamment du fait d'une demi-vie de certaines de ces thérapeutiques plus longue que celle des produits anesthésiques utilisés au bloc, faisant donc peser un risque sur l'aptitude à la rue :

- + trois sites ont élaboré un protocole de prémédication (H3, H6, H7) ;
- dans un établissement (H5), toutes les prémédications sont faites en lot, vers 8h, quelle que soit l'heure de passage au bloc ;
- ailleurs, on note une grande variabilité des pratiques, voire une prémédication faite au bloc (H4 et H8) ;

Départ au bloc :

La gestion des interfaces (ici entre bloc et hébergement) revêt un caractère central dans la bonne organisation du « circuit patient ». Chacune des modalités d'organisation du brancardage présente ses avantages et ses inconvénients...

- + transport par le brancardier du bloc qui vient chercher le patient sur appel de l'UCA (H4, H8) ;
- + transport organisé par le brancardier du bloc qui contacte le pool de brancardier de l'établissement et régule ainsi les passages au bloc (H1) ;
- par le personnel de l'UCA (H3, H5) avec risque de manque de personnel momentané à l'UCA (H5) ;
- dans un site, le patient marche jusque dans le bloc.

4.2.3. La programmation et le passage au bloc opératoire

La programmation et le passage au bloc sont des étapes capitales de la prise en charge du patient. Elles font l'objet d'un autre chantier au sein de la MeaH, et bien que n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive dans ce travail, leur amélioration figurera dans la plupart des plans d'actions (cf. tableau 32). Selon les modalités d'intégration de l'activité ambulatoire au bloc, ce dernier peut constituer un goulot d'étranglement ou générer des incidents (transformation en hospitalisation complète du fait d'un retard au bloc opératoire).

Pour les blocs communs, on peut résumer les stratégies de programmation rencontrées comme suit :

- chaque opérateur, au sein de sa vacation, programme ses interventions ambulatoires :
 - o en début de programme (ce qui peut générer un goulot d'étranglement entre l'UCA et le bloc si plusieurs opérateurs fonctionnent de la sorte, et impose donc que les programmes ambulatoires par opérateur soient répartis au cours de la semaine)
 - o en alternance lourd-léger, avec un risque de voir le programme ambulatoire non respecté ;
 - o ces deux pratiques ne sont pas exclusives.
- une ou plusieurs salles (ou vacations) sont dédiées à l'ambulatoire (notons qu'une sectorisation court/long semble plus pertinente qu'une sectorisation lourd/léger ou ambulatoire/traditionnel) et les vacations sont dédiées à des spécialités qui ont la responsabilité de s'organiser pour utiliser au mieux le temps opératoire qui leur est alloué. Cette organisation a l'avantage de responsabiliser les équipes

par spécialité et de « mettre à l'abris » le programme ambulatoire ;

- dans certains cas, le passage des anesthésies générales avant les anesthésies locales est privilégié.

Programmation au bloc commun :

Les observations faites par les consultants à propos des stratégies de programmation montrent:

- que dans un site, les interventions ambulatoires sont intercalées entre les interventions « traditionnelles » et ont tendance à être réalisées en fin de programme (H1) ;
- dans un établissement, il n'y a pas de stratégie identifiée (H8).
- + dans un site, des vacations sont dédiées (H7) ;
- + dans deux sites, il n'y a pas de stratégie formalisée, mais un effort est fait pour programmer l'ambulatoire en début de programme (H4, et H5 où 68% des interventions ambulatoires ont lieu avant 11h et seulement 6% après 14h) ;

Passage en SSPI :

Suite à l'augmentation d'interventions courtes, la SSPI peut devenir le goulot d'étranglement limitant l'activité. Cette situation pourrait notamment concerner H4 et H6. Notons que du fait de son organisation, une UCA permet une surveillance post-opératoire renforcée par rapport à un service d'hospitalisation traditionnelle et ainsi, une sortie plus précoce de la SSPI.

- Les durées de passage en SSPI sont variables d'un site à l'autre, allant de 30mn à 4h. Ces écarts s'expliquent en partie par la nature des cas traités, par le manque de place en UCA (H2) mais aussi par l'absence de formalisation des modalités de prise en charge des patients ambulatoires ;
- les patients relevant de l'ambulatoire ne sont pas identifiés en SSPI (H7 et H8) ;
- + les patients ambulatoires ont un circuit spécifique et sont bien identifiés (H3, H4, H5, H6), le patient retrouvant son lit-brancard dès la SSPI (H4).

4.2.4. La prise en charge du patient en hébergement, en post opératoire

Prise en charge douleur :

Elément de qualité de la prise en charge et de satisfaction du patient, la prise en charge de la douleur fait l'objet d'investigations spécifiques dans le cadre de l'accréditation... Cette étape est en générale partagée entre IDE, anesthésiste et chirurgien.

- Pour leur activité ambulatoire, 4 sites n'ont pas de protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur par les IDE (H4, H5, H6, H8) ;

Organisation de la sortie :

En matière d'organisation et de gestion des flux, la dernière étape d'un processus de prise en charge est souvent décrite comme étant la première à devoir être optimisée, les dysfonctionnements engendrés par un goulot d'étranglement ayant toujours des répercussions sur les étapes d'amont. Aussi, l'organisation de cette étape mobilisera l'attention des équipes hospitalières et des consultants au cours de la phase d'accompagnement du changement qui suivra cette phase d'audit organisationnel. Etre capable de faire sortir les patients dans de bonnes conditions et à la bonne heure, permet en effet de réaliser plusieurs passages par place et par jour, mais surtout structure très fortement toutes les étapes d'amont.

- o Qui atteste et signe l'aptitude à la rue ? la réponse à cette question n'est possible qu'après une entente des opérateurs sur le partage de responsabilités :
 - ≈ les pratiques sont souvent variables :
 - + anesthésiste (H2) ;
 - + anesthésiste et chirurgien, sans dysfonctionnement notable (H3, H4) ;
 - l'absence de partage de responsabilité et de délégation de signature entraîne parfois des prolongements de séjours à l'UCA, du fait de l'attente de la contre-visite (H5, H6, H7) ;
 - on constate une hétérogénéité des pratiques au sein d'un même établissement dans les sites n'ayant pas d'UCA (H1 et H8) ;
- il existe des signatures d'aptitude à la rue sans avoir vu le patient ;
- o comment est évaluée l'aptitude à la rue ?

- + un score validé (score de Chung) est utilisé dans 1 site (H6) ;
- o qui délivre l'information au patient ?
- ☉≈ en général partagé entre IDE (conduite à tenir en cas de douleur, pour les pansements...) et secrétaire médicale (RDV de suites de soins) ;
- o quels sont les documents remis au patient et selon quelles modalités ?
- + dans trois sites, les patients repartent systématiquement avec compte-rendu opératoire (CRO), ordonnances et RDV de suites de soins (H2, H3, H4) ;
- + il existe des CRO types, facilitant le travail des secrétaires médicales et fiabilisant l'étape de sortie dans l'ensemble des UCA (H2, H3, H4, H5, H6, H7) ;
- + un document de recommandations post-opératoires spécifiques de l'ambulatoire est remis aux patients dans tous les sites possédant une UCA (H2, H3, H4, H5, H6, H7) ;
- + l'organisation de la sortie est formalisée dans un protocole dans 2 sites (H2 et H3).

4.2.5. Les étapes « post-hospitalières »

Les étapes qui suivent l' « hospitalisation » des patients en ambulatoire présentent une importance capitale en termes :

- o **de sécurité et qualité de la prise en charge du patient** : le recours hospitalier doit être facilité en cas de complication post-opératoire (douleur non maîtrisée, saignement, anxiété...) ;
- o **de satisfaction des patients** : parfois rétifs à une prise en charge hospitalière de moins de 24h ^[22], les patients peuvent se sentir rassurés par une organisation rigoureuse de l'aval ;
- o **d'adhésion des chirurgiens et anesthésistes à la pratique de l'ambulatoire** : des étapes post hospitalières structurées permettent de les rassurer quant à la gestion de leurs patients.

« Permanence » ou « continuité » des soins :

Il s'agit de définir d'une part, qui le patient peut contacter une fois de retour à son domicile, et notamment la nuit qui suit l'intervention, et d'autre part de quelles informations doit disposer la personne assurant la « permanence des soins ».

- + les patients repartent avec un numéro de téléphone à contacter en cas de problème. Il s'agit de celui :
 - o du chirurgien de garde (H1, H3) ;
 - o de l'anesthésiste de garde (H2) ;
 - o du service de la spécialité (H4, H5, H6, H8) ;
 - o de la surveillante de garde (H7) ;
- il ne s'agit jamais du chirurgien ou de l'anesthésiste ayant réalisé l'intervention.

Contact à J+1 :

Cette étape, non systématique au sein des huit établissements a vocation à rassurer patients et opérateurs, à anticiper d'éventuelles complications post-opératoires précoces et à organiser les suites de soins.

- + il existe dans 3 services sur 8 (H3, H4, H6) ;
 - + dans tous les cas par l'IDE de l'UCA ;
 - + un service sous-traite cet appel aux IADE de la SSPI le samedi pour les patients du vendredi (H4) ;
- + il revêt un caractère ciblé à H4 et un caractère exceptionnel à H7.

Organisation des suites de soins :

Dans les tarifs T2A, les suites de soins font déjà l'objet d'une rémunération du producteur ayant réalisé l'intervention. La majorité des participants souhaiterait néanmoins reporter cette charge sur les professionnels de ville, entraînant ainsi un double paiement par l'Assurance Maladie. Ce choix, discutable du point de vue du payeur, présente des avantages tant pour les producteurs hospitaliers et de ville (structuration des liens ville-hôpital) que pour le patient (limitation des déplacements). Points de vue du patient et des producteurs sont ici privilégiés :

- + un établissement développe des partenariats avec la ville (pansements confiés à des IDE libérales à H5) tandis qu'un autre établissement est en cours de développement de partenariats avec l'HAD (H7) ;

- +≈ un établissement demande aux patients de se tourner vers les professionnels de ville et à défaut, leur propose une prise en charge en consultation de pansement (H8) ;
- ≈ pour les autres, orientation systématique vers une consultation de pansement ;
 - + dans tous les cas, la prise en charge se termine par une consultation chirurgicale.

Autres :

- dans de nombreux établissements, le patient doit repasser à chacune de ses venues au bureau des consultations externes, parfois avant et après sa consultation (avec le chirurgien, avec l'anesthésiste, en pansement...) multipliant ainsi les files d'attentes ;
- + 5 établissements sur 8 ont mis en place une enquête satisfaction auprès des patients ;
- aucun établissement n'a mis en place d'enquête satisfaction auprès des chirurgiens et anesthésistes quant au cadre structurel et organisationnel proposé aux professionnels s'impliquant dans le développement de l'activité chirurgicale ambulatoire.

Le tableau suivant propose un résumé des pratiques identifiées comme « bonnes » (+) ou comme « perfectibles » (-). Il n'a pas vocation à porter un jugement sur l'organisation générale du circuit du patient mais plutôt à aider les professionnels à cibler les étapes de la prise en charge pouvant faire l'objet de propositions d'actions d'amélioration. Sa construction introduit plusieurs niveaux de subjectivité, du fait :

- o de l'absence de formalisation d'un référentiel commun et de l'absence de définition précise du contenu idéal de chacune des étapes ;
- o de l'observation de chacun des circuits par des consultants différents ;
- o d'un même poids quel que soit le type de pratique documentée (alors que par exemple, l'étape de pré admission et les modalités de programmation de l'activité au bloc n'ont pas le même impact sur l'organisation du circuit dans son ensemble).

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Consultation de chirurgie	-+	+++	+++	+++	-	-	+++	-
Consultation d'anesthésie	-							
Information du patient	-	-+	-+	++	+	-	-	-
Prise de contact tél anticipée			+	+		++		
Pré admission	+-	-	+	++	+	+	+-	-
Accueil (échelonné...)	-	+	+	-	-	-	-	-
Installation	-	-						--
Préparation Prémédication			+	-	-	+	+	-
Départ au bloc	+	-	-	+	-			+
Intervention (modalité de programmation, régulation...)	-			+	+		+	-
Sortie SSPI		-	+	++	+	+	-	-
Prise en charge douleur	+	+	+	-	-	-	+	-
Organisation de la sortie	-	++	++	+	-	-+	-	-
Dispensation des consignes au patient		+++	+++	+++	++	++	++	
Organisation de la permanence des soins	+	+	+	+	+	+	+	+
Contact J+1			+	+		+		
Prise en charge des suites de soin	-	-	-	-	+	-	+	+
Nbre de bonnes pratiques / pratiques perfectibles	5/9	11/7	16/4	16/5	8/6	10/6	10/6	3/11
Ratio bonnes pratiques / pratiques perfectibles	36% / 64%	61% / 39%	80% / 20%	76% / 24%	57% / 43%	63% / 27%	63% / 27%	21% / 78%

Tableau 22. Vision synthétique des pratiques observées aux différentes étapes du circuit du patient (case vide = pas d'information)

Ce tableau peut apporter une aide dans le choix des actions à mettre en œuvre en cours de phase d'accompagnement du changement. Cependant, pour renforcer son utilité et ne pas orienter les professionnels vers le choix d'axes d'améliorations ayant peu d'impact sur le résultat espéré ou difficiles à mettre en œuvre, il convient de l'affiner en pondérant chaque étape par son impact attendu en termes de développement de l'activité ambulatoire et de satisfaction du patient d'une part, et par la faisabilité d'améliorer l'étape d'autre part. Ce travail de priorisation des actions viendra clore la phase 2 du chantier (formalisation des axes d'amélioration), ou viendra renforcer les plans d'actions en cours de phase 3 (mise en œuvre du changement).

4.4. Une vision quantitative de l'organisation : les indicateurs de pilotage

Outre les indicateurs d'activité (Cf. partie 2.), quelques indicateurs de pilotage ont été proposés aux établissements engagés dans la démarche. Ils portent sur :

- les délais relatifs aux consultations de chirurgie et d'anesthésie précédant l'intervention ;
- les aléas (incidents) organisationnels : déprogrammations à J0 et transformations en hospitalisation complète, ces deux indicateurs étant complétés par une analyse des causes ;
- la variabilité de l'activité au sein des UCA (capacité à planifier et à programmer l'activité).

Certains sites suivent ou suivront d'autres indicateurs (respect des vacances opératoires, délais de réalisation des étapes hospitalière du circuit patient...), les tableaux de bord développés feront l'objet d'une documentation plus approfondie en fin de chantier.

4.4.1. Délais de programmation

Le choix des actes ou des spécialités a été laissé aux équipes et aux consultants. Pour obtenir ces délais, il a été demandé aux secrétaires médicales de simuler à moment donné, la prise de rendez-vous pour cinq patients à l'UCA, leur permettant d'avoir été vus par le chirurgien et l'anesthésiste (à l'exception d'H4, pour qui la méthode de mesure a été différente, partant du jour auquel l'acte a été réalisé, et remontant au rendez-vous avec le chirurgien : le délai entre le premier appel du patient et la pose de l'indication par le chirurgien n'est pas pris en compte).

Le tableau suivant reprend les choix et les résultats de ce « coup de sonde ».

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Acte 1 / 1er patient	Orthopédie : 3 semaines	endoscopies sous AG, le jour même	colo fibro, 3 semaines	Circoscision 30 j	Arthroscopie genou : 18 j	Amygdalectomie : 3 j	Canal carpien 18 j	Orthopédie canal carpien 14 j
Acte 1 / 5ème patient	Orthopédie : 4 semaines	endoscopies sous AG, 3 jours après	colo fibro, 3 semaines	Circoscision 52 j	Arthroscopie genou : 32 j	Amygdalectomie : 47 j	Canal carpien 32 j	Orthopédie canal carpien 21 j
Acte 2 / 1er patient	Viscéral : 3 semaines	OPH, petite chirurgie, FO : 1 J	Orthopédie : 15 j	Canal carpien 17 j	Phimosis 12 j	AMO 9 j	extraction dentaire 12 j	Arthroscopie genou : 13 j
Acte 2 / 5ème patient	viscéral : 7 semaines	OPH, petite chirurgie, FO 2 J	Orthopédie : 1 mois	Canal carpien 40 j	Phimosis 28 j	AMO 22 j	extraction dentaire 29 j	Arthroscopie genou : 27 jours
Acte 3 / 1er patient	Endoscopies : 18 j	KT pose 1 J	Viscéral : 7 j	Cataracte 5 j		Ongle incarné 5 j	Endoscopies 15 j	
Acte 3 / 5ème patient	Endoscopies : 20 j	KT pose 7 J	Viscéral 10 j	Cataracte 52 j		Ongle incarné 13 j	Endoscopies 28 j	

Tableau 23. Description des délais pour certains actes ou spécialités, pour le premier et cinquième patient

La méthode choisie pour décrire les délais d'attente est critiquable, mais présente l'intérêt d'offrir une première exploration de cette problématique avec un coût de l'information très réduit. Reste que cet indicateur n'a pas beaucoup fait réagir les équipes hospitalières, aucun d'entre eux ne s'en servant pour se fixer des objectifs pour la suite des travaux.

Néanmoins, ce genre d'analyse pourrait être proposée à nouveau :

- pour des actes pour lesquels il existe d'important gisements de substitution (la substitution des modes de prise en charge pouvant permettre de diminuer un délai jugé trop long) ;
- pour des actes pour lesquels il existe un haut niveau de concurrence locale (le délai de prise en charge devenant un critère concurrentiel) ;
- pour comparer pour un même acte des délais de prise en charge en hospitalisation complète ou en ambulatoire.

Dans tous les cas, on aurait pu plus développer l'approche comparative en choisissant des actes communs aux huit sites.

Les équipes hospitalières pourront néanmoins par la suite se fixer un objectif de réduction de certains délais ou explorer plus avant les causes de ces délais.

4.4.2. Aléas organisationnels

Les deux indicateurs suivants ont été proposés aux équipes hospitalières. Les méthodes de mesure, la taille des échantillons et l'analyse des causes sont différentes d'un site à l'autre ce qui en limite la comparabilité. Cependant, ce premier suivi permet aux équipes de juger de la pertinence de leur suivi dans le cadre du pilotage de leur activité et offre une aide en terme de fixation d'objectif d'amélioration.

Les déprogrammations

	période de recueil	échantillon	taux de déprogrammation	analyse des causes
H1	4 semaines (nov-déc)	136	<1% (1)	- mauvaise préparation du patient - bilan pré op indisponible
H2	sept (2005)	530	6,6% (35)	- raisons médicales (17) : bilan pré op perturbé, anxiété majeure - non présentation du patient (18)
H3	en routine (ex : jan)	132	10,6% (14)	- grèves internes (6) - absence de Cs d'anesthésie (5) - annulation par patients (2) - cause médicale (1)
H4	8 semaines (sept -oct)	230	6% (13)	pas d'analyse des causes
H5	2004 (rétrospectif)	1 024	18% (217)	pas d'analyse des causes
H6	5 semaines	230	4% (9)	pas d'analyse des causes
H7	sept-oct 2005	539	<1% (4)	- non présentation des patients
H8	3 semaines (nov-déc)	51	6% (3)	- manque de lit en SSPI - refus du patient - plus d'indication

Tableau 24. Suivi des déprogrammations, analyse de leurs causes et recherche de leurs déterminants.

Au sein de notre échantillon de huit établissements, l'existence d'une UCA et la mise en place du contact téléphonique avec le patient à J-1 ne semblent pas être des facteurs explicatifs d'un moindre taux de déprogrammation (résultats non présentés).

Aux limites près de la qualité de la mesure, deux constats méritent d'être soulignés :

- une extrême variabilité des taux de déprogrammation, allant de moins de 1% à 18% ;
- sur les 57 déprogrammations dont les causes ont été précisées :
 - 18 (31%) sont « médicales » ;
 - 25 (44%) sont liées aux patients, dont certaines pourraient peut-être être anticipées (non présentation des patients...)
 - les autres (25%) étant de réels aléas organisationnels en partie « évitables » ou « anticipables » (bilan pré opératoire non réalisé, absence de consultation pré anesthésique, contre-indication à l'ambulatoire découverte le jour de l'intervention, mauvaise préparation du patient...).

Les transformations en hospitalisation complète

	période de recueil	échantillon	taux de transformation en Hospitalisation complète	analyse des causes
H1	4 semaines (nov-déc)	136	3,6% (5)	- absence de bilan pré op (2) - patient non apte à la rue (1) - passage tardif au bloc (1) - retard à l'admission (1)
H2	sept (2005)	530	<1% (4)	- raisons médicales (3) - non aptitude à la rue (1)
H3	en routine (ex : jan)	132	4,5% (6)	- raisons médicales (3) - absence de place au bloc (2) - CI à l'ambulatoire découverte à J0 (1)
H4	8 semaines (sept -oct)	230	3% (7)	pas d'analyse des causes
H5	2004 (rétrospectif)	1 024	4,2% (43)	pas d'analyse des causes
H6	5 semaines	230	<1% (3)	pas d'analyse des causes
H7	sept-oct 2005	539	2,8% (15)	- retard au bloc du au prolongement - d'une intervention programmée (9) - CI à l'ambulatoire découverte à J0 (4) - complication opératoire (2)
H8	3 semaines (nov-déc)	51	7,8% (4)	- cause médicale (1) - retard au bloc du à une urgence (3)

Tableau 25. Suivi des déprogrammations, analyse de leurs causes et recherche de leurs déterminants

De la même façon que pour les déprogrammations, on note l'existence de différences d'un site à l'autre, avec des taux de transformation en hospitalisation complète allant de moins de 1% à près de 8%. L'impact de l'existence d'une UCA, d'un bloc dédié ou non (...) n'a pu être étudié.

4.4.3. Variabilité quotidienne de l'activité

La répartition de l'activité au cours de la semaine, à la recherche d'une minimisation des variations de charge de travail, est un enjeu classique de gestion et d'organisation pouvant être légitimement poursuivi dans le cas d'une telle activité programmée.

Plusieurs conséquences d'une variabilité non maîtrisée de l'activité ont été rapportées par les sites engagés dans la démarche :

- **moins satisfaction des professionnels** : les personnels de l'UCA peuvent être réaffectés à d'autres unités les jours de faible activité et font face certains jours de la semaine à des charges de travail très importantes ;
- **moins confiance des chirurgiens** : si un patient programmé à l'UCA doit être déprogrammé ou transféré dans une autre unité, le risque est élevé pour l'UCA de voir fuir son activité et d'être confrontée de plus en plus fréquemment à une telle situation ;
- **moins satisfaction des usagers**, subissant déprogrammation ou transfert ;
- **moins efficacité** : l'utilisation des ressources n'est pas optimale.

On trouvera dans le tableau suivant les données relatives à l'activité quotidienne des UCA :

Tableau 26. Activité quotidienne des UCA en nombre de passages

Identifiée comme pouvant être l'un des déterminants de la variabilité de l'activité des UCA, l'absence d'un bloc dédié à l'activité ambulatoire n'apparaît pas comme une variable explicative au sein de notre faible

échantillon d'établissements. La première explication à cette variabilité élevée est la faiblesse relative de l'activité. D'autres éléments d'explication sont à rechercher au niveau de la planification (répartition des vacances, affectation d'activité aux salles...) et de la programmation (élaboration du programme opératoire) [23]

La limitation de ce phénomène impacterait fortement l'organisation du bloc opératoire et l'organisation du temps médical (répartition des consultations et des vacances opératoires). Elle repose donc sur des actions de mise en œuvre difficile mais d'intérêt élevé.

Un objectif pourrait être fixé en termes de réduction de la variabilité quotidienne de l'activité de l'UCA.

5. De l'audit à l'action

5.1. Synthèse générale

Les analyses et descriptions menées au sein des huit établissements engagés ont permis :

- de bénéficier d'un état des lieux initial,
- de proposer un outil de suivi de l'activité ambulatoire,
- d'identifier des marges d'amélioration en termes :
 - d'utilisation des structures et des personnels ;
 - d'amélioration du circuit du patient ;
 - de formalisation du cadre organisationnel (documents de référence, modalités de pilotage...)
- d'offrir la possibilité de se fixer des objectifs (en termes de volume d'activité ambulatoire, de diminution des aléas organisationnels, de délais de prise en charge...)

Les phases suivantes consisteront en :

- la formalisation des marges d'amélioration et des objectifs sous forme d'un plan d'actions (phase 2) ;
- la mise en œuvre des actions choisies avec un accompagnement renforcé des consultants sur le terrain.

5.2. Axes d'amélioration pressentis

5.2.1. Accompagner les établissements dans leurs projets stratégiques et institutionnels

Le dispositif proposé par la MeaH n'a pas vocation à accompagner les établissements dans la définition de leur stratégie mais plutôt de les accompagner dans l'opérationnalisation de leur stratégie. Le tableau suivant présente les actions choisies sur cette thématique :

axe de travail	actions	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
accompagner l'établissement dans ses projets stratégiques et institutionnels	accompagnement à la réalisation du dossier CROSS	X							X
	analyser les impacts financiers	X	X		X			X	
	étudier l'opportunité financière d'ouvrir de nouvelles vacations opératoires				X			X	
	intégrer l'activité ambulatoire dans la réflexion sur la nouvelle gouvernance	X							
	Publier sur la démarche et les résultats atteints								X
	valoriser le travail dans le cadre de l'accréditation	X	X	X	X	X	X	X	X

Tableau 27. Actions stratégiques et institutionnelles

Les deux établissements n'ayant pas d'UCA sont accompagnés dans la réalisation de leur dossier CROSS.

Cinq établissements suivront les impacts financiers du développement de l'ambulatoire, dont 4 dans le cadre d'une prestation de modélisation financière proposée par la MeaH.

La réflexion sur l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans la recomposition de l'organisation interne des établissements (nouvelle gouvernance) est présente dans les débats au sein du groupe de travail. Un établissement a choisi de s'y atteler spécifiquement.

Enfin, il appartient à chacun des sites engagés de valoriser le travail produit dans le cadre de l'accréditation

[24]

5.2.2. Renforcer le pilotage de l'activité

Le renforcement du pilotage et du management est un socle commun à toutes les missions d'accompagnement proposées par la MeaH.

axe de travail	actions	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
renforcer le pilotage de l'activité	créer, alimenter et se servir d'un tableau de bord				X	X	X	X	
	faire émerger un binôme médecin / cadre coordonnant l'activité				X		X		
	rédiger, valider et faire appliquer les chartes et règlements	X			X	X	X	X	X

Tableau 28. Actions de renforcement du pilotage et du management

Un atelier de travail spécifique viendra renforcer le travail de chacun des établissements sur le développement de leurs outils de pilotage.

La mise à jour des documents de cadrage et la mise en place de modalités de contrôle du respect des engagements précisés dans ces textes sont des axes de travail retenus dans 5 sites sur 8.

5.2.3. Développer l'activité ambulatoire à l'Unité de Chirurgie Ambulatoire

L'analyse de l'activité a pointé des potentiels de développement de l'activité des Unités de Chirurgie Ambulatoire, tant par substitution de prises en charge jusque là réalisées en hospitalisation complète, soit par *regroupement* d'une activité ambulatoire réalisée jusqu'alors en « forain ».

La mobilisation de ces gisements repose en grande partie sur la motivation des acteurs. Le tableau suivant reprend les principales pistes d'actions proposées par les établissements et les consultants.

axe de travail	actions	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
développer l'activité ambulatoire à l'UCA	convaincre les opposants à l'ambulatoire (rôle des experts)	X		X	X	X		X	
	convaincre les spécialistes de confier leur activité ambulatoire à l'UCA (rôle des experts)			X	X	X		X	
	convaincre les opérateurs de pratiquer l'ambulatoire en définissant les règles et en favorisant l'accès aux lits d'HC, "au cas où"	X				X			
	convaincre les opérateurs de pratiquer l'ambulatoire en améliorant le partenariat avec la ville pour les suites de soins							X	
	convaincre les opérateurs de pratiquer l'ambulatoire en leur permettant d'augmenter leur part d'activité privée								
	définir et mettre à la disposition des opérateurs les critères d'éligibilité et la liste des actes pouvant être pris en charge à l'UCA	X			X	X	X	X	
	communiquer en interne, vers les patients et vers les correspondants de ville				X		X		

Tableau 29. Actions de développement de l'activité des UCA.

Deux types d'actions émergent :

- celles reposant sur la motivation des acteurs : convaincre, offrir du temps opératoire en plus... ;
- celles reposant sur l'information (définir et mettre à disposition les critères d'éligibilité...) et la communication (améliorer le partage de l'information entre le plateau de consultation, l'UCA et le bloc).

A H8, cet axe de travail n'a pas été retenu, le projet ambulatoire étant très soutenu par les équipes de chirurgie et d'anesthésie.

Un corollaire à cette volonté de développer l'activité au sein des UCA est d'en améliorer l'organisation et de permettre de réaliser plusieurs passages par place et par jour (Cf. partie suivante).

5.2.4. Améliorer l'organisation de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire

La prise en charge ambulatoire d'un patient n'a lieu que très partiellement au sein de l'UCA : le circuit du patient est très largement externe (plateau de consultation, professionnels de ville) et le « temps fort » a lieu au bloc. Pour autant, l'UCA reste un lieu central du parcours du patient et une unité dans laquelle de nombreux professionnels qui lui sont extérieurs interviennent : la formalisation de son organisation est un enjeu devant permettre la coordination des différents acteurs.

axe de travail	actions	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
améliorer l'organisation de l'UCA	rédiger, valider et faire appliquer les chartes et règlements	X			X	X	X	X	X
	rédiger les fiches de poste (qui vérifie les dossiers, s'occupe des appels, brancarde...)	X			X	X	X	X	X
	aménager et utiliser au mieux les périodes de chevauchement des équipes	X							
	formaliser les étapes du circuit patient à l'UCA	X							X
	formaliser le circuit du dossier patient	X							X
	déterminer et formaliser les articulations avec les autres services (chir, consult...)								X
	mettre en place une organisation permettant plusieurs passages par place et par jour (accélérer la sortie des patients)		X	X	X	X	X	X	

Tableau 30. Actions relatives à l'amélioration de l'organisation de l'UCA

La plupart des établissements, y compris ceux ayant déjà une UCA, ressentent le besoin de formaliser les rôles respectifs des intervenants et les modalités de contrôle du respect des engagements de chacun.

Les établissements les plus avancés en termes d'organisation, dans la perspective de mobiliser les potentiels de substitution et de transfert, se positionnent sur un objectif d'augmentation de leur turn-over. Cette dernière action, reposant sur une optimisation du circuit patient, est ~~synergique~~ *en synergie avec* avec l'axe d'amélioration suivant.

5.2.5. Améliorer l'organisation du circuit du patient

Comme le rappelle l'AFCA, la chirurgie ambulatoire est aussi un concept organisationnel centré sur le patient [25]

. L'amélioration du circuit patient est un axe de progrès résolument orienté « service rendu au patient », avec des résultats attendus en termes de satisfaction mais aussi de qualité « médicale » par un meilleur partage de l'information.

axe de travail	actions	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
améliorer le circuit patient	réduire les délais de prise en charge des patients pour certaines pathologies		X		X				
	redéfinir le bilan pré opératoire standard	X							
	améliorer le partage de l'information Cs- UCA - Bloc	X	X		X	X	X	X	X
	développer une fiche navette ambulatoire et les documents d'information au patient	X	X						X
	renforcer l'information du patient en donnant ce rôle à une IDE plutôt qu'à un médecin ou une secrétaire médicale		X		X		X		
	systematiser la pré admission des patients au moment des consultations								X
	faire en sorte de ne pas multiplier les passages des patients au bureau des consultations externes								
	mettre en place un appel de la veille, ciblé ou systématique (modalité et contenu)	X	X		X	X	X	X	
	faire arriver les patients de façon échelonnée	X			X	X		X	X
	protocoller la prémédication et la prise en charge de la douleur					X			
	Rédiger systématiquement les ordonnances d'antalgiques		X						
	protocoller la sortie : qui signe l'aptitude à la rue et quand	X	X		X	X	X	X	X
	utiliser des scores de cotation pour permettre aux IDE d'évaluer l'aptitude à la rue		X		X				
	créer des comptes rendus opératoires (CRO) type et formaliser la réalisation des CRO par les chirurgiens et les secrétaires		X						
	formaliser la permanence des soins pour les opérés (qui contacter, quelles informations)						X		
	développer des partenariats avec la ville (SIAD et HAD) pour les suites de soins		X					X	
	mettre en place un appel du lendemain, ciblé ou systématique (modalité et contenu)	X	X		X	X	X	X	
	formaliser un circuit par pathologie				X		X		
	réaliser une enquête satisfaction		X		X				

Tableau 31. Actions d'amélioration du circuit du patient.

L'ensemble des étapes du circuit patient fait l'objet de proposition d'actions d'amélioration. En revanche, l'ensemble des pistes soulevées lors de l'analyse comparative des organisations n'est pas exploré et les choix d'actions ne sont pas toujours ~~en avec~~ *alignées sur* les conclusions de la première phase de l'étude (cf. partie 5.3.).

On notera l'approche par pathologie développée à H2, établissement dans lequel l'activité est très spécialisée et centrée sur quelques pathologies.

5.2.6. Améliorer l'organisation de la prise en charge ambulatoire au bloc opératoire

Le passage du patient au bloc opératoire peut constituer un goulot d'étranglement alors même que le bloc opératoire n'est pas saturé. Cette étape peut aussi générer des incidents organisationnels (cf. partie 4.4.2).

Explorée dans le cadre d'un autre chantier MeaH, l'organisation du bloc opératoire ne peut cependant pas être [26] négligée dans le cadre de ce chantier sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire .

axe de travail	actions	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
améliorer l'organisation du bloc opératoire	redéfinir la pré programmation opératoire		X						X
	définir des règles de programmation propices à l'ambulatoire et compatibles avec le reste de l'activité chirurgicale	X			X	X	X	X	X
	transférer de l'activité du bloc central vers le bloc ambu : identifier les actes, les quantifier et mettre en place l'organisation		X						X
	objectiver les marges de manœuvre au bloc opératoire	X							X
	connaître et se servir des gammes de temps opératoires				X	X	X	X	X
	rendre plus lisibles les programmes opératoires	X							X
	autoriser une plus grande souplesse de fonctionnement de l'UCA avec le bloc dédié et le bloc commun			X					
	Redéfinir la répartition des vacations opératoires et l'organisation du travail dans le cadre d'une restructuration architecturale		X						X

Tableau 32. Actions d'amélioration de l'organisation des prises en charge ambulatoires au bloc opératoire

Cette problématique semble prioritaire pour les équipes de H1, H2 et H8, tandis que le fonctionnement du bloc de H3 n'est pas inscrit au plan d'actions de H3.

5.2.7. Axe de travail en lien avec l'architecture

L'architecture peut s'avérer contraignante pour l'exploitation. Il s'agit d'une problématique centrale pour les établissements de santé, par ailleurs explorée par la MainH.

Si cette réflexion sur les locaux doit être menée en totale synergie avec le chantier en cours, la MeaH souhaite néanmoins privilégier les axes de travail à fort contenu organisationnel et opérationnel, pouvant faire l'objet d'actions mises en œuvre dans les délais impartis par le planning de l'intervention. Aussi, chaque établissement souhaitant développer cet axe de travail sera accompagné pour ce qui est des « petits travaux », et pourra être invité à se rapprocher des chargés de projet régionaux *de la MainH* en place dans les ARH pour une expertise en vue de travaux plus importants.

axe de travail	actions	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
architecture	choisir le lieu ad hoc pour la localisation de l'UCA								X
	améliorer l'architecture existante		X		X	X	X	X	X

Tableau 33. Les établissements explorant le volet architectural.

5.3. La suite des travaux

A ce stade des travaux, le chantier prend une nouvelle dimension. D'expertise et d'audit, le contenu de l'accompagnement proposé doit évoluer vers de la gestion de projet et de l'accompagnement du changement.

Pour favoriser l'accomplissement des engagements que chaque équipe hospitalière souhaite prendre, les éléments suivants sont capitaux :

- **la finalisation des plans d'actions** :
 - en premier lieu, une revue de la cohérence des axes de travail avec le diagnostic de phase 1 doit avoir lieu collectivement ;
 - afin de favoriser le choix des actions définitives, chaque axe de travail doit ensuite faire l'objet d'une évaluation a priori de l'impact espéré et de la faisabilité de mise en œuvre. Certaines pistes de travail seront donc probablement laissées de côté dans un premier temps, par réalisme ;
 - les pistes de travail présentées dans les parties précédentes doivent maintenant être déclinées en un véritable programme de travail comprenant :
 - une description des modalités de mise en œuvre de chacune des actions, indiquant les étapes successives et le planning ;
 - une définition des indicateurs de suivi et de résultat ainsi que des critères de succès ;
- **les conditions à l'intérieur des établissements** doivent être réunies, notamment les équipes en charge du projet doivent être soutenues et aidées par leur direction, la communauté médicale et les instances de leur établissement ;
- **la présence des consultants sur site** doit être renforcée : le cahier des charges prévoit plus de 50% de journées sur site, la MeaH fixe la barre à 80% en phase d'accompagnement...

Le prochain rapport portant sur le thème de l' « organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques » sera publié début 2007 et portera sur l'évaluation des actions mises en œuvre et du dispositif dans son ensemble.

ANNEXE 1 : les synergies entre l'accréditation V2 et le projet proposé par la MeaH

Chapitre 1 : Politique et Qualité du Management

Référence 1 : l'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques.

1.d. La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques (projet d'établissement).

Pour la totalité des sites engagés avec la MeaH, la chirurgie ambulatoire est une activité inscrite au projet d'établissement.

Référence 3 : la politique des ressources humaines est en conformité avec les missions et les orientations stratégiques de l'établissement.

3.d. La motivation des professionnels est recherchée en favorisant leur adhésion et leur implication.

Le groupe projet de chaque établissement est largement multidisciplinaire et laisse place à une définition participative des axes d'amélioration. Ce groupe est ensuite décliné en groupes de travail en charge de la déclinaison des axes d'amélioration en plans d'actions, puis de leur mise en œuvre.

Référence 4 : la politique du système d'information et du dossier du patient est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

4.a. Le schéma directeur du système d'information s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement.

La phase de diagnostic des organisations permet d'évaluer l'aide que peuvent apporter les SI dans la prise de décision (évaluation de l'activité et des ressources nécessaires) et le pilotage opérationnel de l'activité ambulatoire (informations disponibles, facilité de recueil et d'exploitation en routine).

4.c. Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs permettent de réaliser les projets du système d'information.

Le projet proposé permet de définir avec les utilisateurs, les informations importantes à suivre en routine et les modalités optimales de production d'information (travail systématique sur les tableaux de bord de pilotage).

4.d. Les professionnels concernés reçoivent un accompagnement et une formation pour traiter et utiliser les données.

Le renforcement du pilotage se base sur l'accompagnement des professionnels dans le développement et l'utilisation des outils.

Référence 5 : l'établissement définit et met en œuvre une politique de communication.

5.a. La direction et les responsables développent une politique de communication interne.

L'un des axes de travail pressenti pour la phase 3 est de convaincre les opérateurs de confier leur activité à l'Unité de Chirurgie Ambulatoire. Pour ce faire, un plan de communication interne sera développé et proposé aux établissements avec pour objet de faire connaître la structure, son activité, ses résultats et les avantages réciproques à développer son activité.

5.b. Les orientations stratégiques, leur mise en œuvre et leurs résultats sont connus de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

La diffusion des résultats de l'intervention au sein de l'établissement est l'une des étapes du projet.

5.c. La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes.

Dans la perspective de développer leur activité ambulatoire, deux établissements se sont positionnés sur un tel axe de travail.

Référence 6 : l'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques.

6.a. La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.

Des indicateurs de suivi d'incidents organisationnels et d'analyse de leurs causes sont utilisés (déprogrammation et transformation en hospitalisation complète).

Référence 7 : l'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques.

7.a. Les coûts des activités sont connus et leur maîtrise est assurée.

Un volet de l'étude permettra cette analyse dans quatre établissements sur huit.

7.c. Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.

C'est l'un des objectifs de la démarche proposée par la MeaH.

Chapitre 2 : Ressources Transversales

Référence 10 : les fonctions hôtelières assurées par l'établissement ou externalisées sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage.

10.a. Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

Dans un établissement en particulier, un axe de travail poursuivra cet objectif.

Référence 13 : un système de management de la qualité est en place.

13.b. Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.

Chaque établissement est invité à se fixer des objectifs quantifiés, en termes de développement de son activité, de diminution des aléas organisationnels... Ce travail est l'objet de la phase 2 du chantier.

13.c. Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.

Les objectifs reposeront sur les résultats du diagnostic organisationnel mené par les professionnels avec l'appui des consultants et sur l'analyse comparative entre établissements (benchmark)

13.g. Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.

Les actions feront l'objet d'une évaluation au fur et à mesure ainsi qu'au cours d'une phase ad hoc prévue dans le chantier (phase 4).

Référence 21 : le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement.

21.b. Les données nécessaires à la prise en charge des patients sont communiquées en temps utile et de façon adaptée aux besoins.

21.c. Le système de communication interne permet la coordination des acteurs de la prise en charge en temps voulu.

Dans l'analyse du « parcours patient », le partage de l'information entre les acteurs est un point spécifiquement abordé et fait l'objet de recommandations : amélioration du partage de l'information entre consultation, bloc et UCA, organisation de la permanence des soins pour les opérés du jour rentrés à domicile...

21.d. Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et

transmises aux responsables.

Le développement des outils de pilotage est un socle du projet de la MeaH et fait l'objet d'actions dans chacun des établissements.

Chapitre 3 : Prise en Charge du Patient

Référence 25 : les responsables des secteurs d'activité exercent pleinement leur rôle.

25.a. Les responsables prévoient les évolutions de leur secteur d'activité en cohérence avec les choix stratégiques de l'établissement.

25.b. Les responsables organisent les activités de leur secteur et identifient les moyens nécessaires à leur réalisation.

25.c. Les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine d'activité.

25.d. Les responsables des secteurs d'activité décident, dans le cadre de leurs attributions, des actions à mettre en œuvre dans leur secteur.

25.e. Les responsables motivent les personnels de leur secteur d'activité en favorisant leur adhésion et leur implication.

25.f. Les responsables veillent à la bonne utilisation des moyens alloués.

25.g. Les responsables développent des démarches d'évaluation et d'amélioration.

Le renforcement des compétences managériales est recherché tout au long du chantier. Les responsables des secteurs d'activité sont la plupart du temps les responsables du projet MeaH au sein de leur établissement. L'analyse de l'activité, des ressources et des organisations représente la phase initiale du projet. La mise en œuvre des actions d'amélioration est le deuxième temps du projet, pour lequel ils bénéficient d'un accompagnement, notamment pour la motivation du personnel, la recherche de coopération avec les autres secteurs de soins impliqués (en l'occurrence, bloc central et services d'hospitalisation traditionnelle).

Référence 26 : les droits et la dignité du patient sont respectés.

26.b. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.

Un établissement souhaite travailler sur cet axe.

26.d. La volonté du patient est respectée.

La chirurgie ambulatoire doit permettre d'offrir un choix au patient et donc de lui permettre d'exprimer sa volonté.

Référence 27 : l'accueil du patient et de son entourage est organisé.

27.b. Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.

La chirurgie ambulatoire est une modalité de prise en charge qui doit faire l'objet d'une information précise au même titre que la procédure opératoire en elle-même. L'analyse du parcours du patient identifie ce besoin comme une étape à part entière et certains établissements travailleront spécifiquement sur ce point..

27.d. La permanence de l'accueil est organisée.

Le retour à domicile du patient le jour même de son intervention impose de penser et de sécuriser la permanence des soins : mise à disposition des coordonnées des personnes à contacter (notamment en cas de douleur et de saignement), identification en interne des personnels susceptibles de répondre aux interrogations du patient et de lui indiquer la conduite à tenir éventuelle.

Référence 29 : l'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge.

29.a. Le patient et, s'il y a lieu, son entourage sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.

Le projet thérapeutique est généralement réduit en chirurgie ambulatoire. Cependant, le choix de modalité de

prise en charge (ambulatoire VS traditionnelle) doit reposer sur une concertation entre le chirurgien, l'anesthésiste, le patient et son entourage.

29.c. Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

Selon les cas, les suites de soins peuvent être assurées à domicile par des professionnels libéraux ou l'HAD. Deux établissements approfondissent cet axe de travail.

29.d. La réflexion bénéfices/risques est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.

Les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire sont définis et intègrent cette évaluation bénéfice / risque. La mise à disposition des chirurgiens de ces critères est un point de vigilance de l'analyse du parcours du patient.

29.f. Le projet thérapeutique fait l'objet d'ajustements en fonction d'évaluations régulières de l'état de santé du patient.

La revue des dossiers avant l'intervention et l'évaluation de l'aptitude à la rue après l'intervention peuvent conduire à proposer une modification de la prise en charge ambulatoire en hospitalisation complète. Les modalités de réalisation de ces deux évaluations font partie de l'analyse du parcours du patient.

Référence 33 : la continuité des soins est assurée.

33.b. La coordination entre les équipes médicales et paramédicales est organisée.

Idem 27.d.

Référence 34 : la traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations reposent sur une organisation adaptée du dossier du patient.

34.b. L'information contenue dans le dossier du patient est accessible aux professionnels en charge du patient, en temps utile.

Le circuit du dossier patient fait partie de l'analyse du parcours patient notamment dans le cadre de l'organisation de la « permanence des soins pour les opérés du jour ».

Référence 37 : le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous.

37.b. Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré, per et post interventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations.

Les flux d'information sont étudiés au travers du circuit patient et font l'objet de propositions d'actions d'amélioration dans la majorité des sites.

Chapitre 4 – Évaluation et Dynamique d'amélioration

Référence 44 : les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques.

44.a. La pertinence des hospitalisations est évaluée.

Un travail par acte, sur la pertinence de prendre en charge les patients en une ou deux nuits plutôt qu'en ambulatoire est conduit entre les chirurgiens des établissements et les experts des cabinets de conseils.

Référence 51 : la satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.

51.a. Le recueil de la satisfaction des patients est suivi d'actions d'amélioration.

C'est le cas dans un site, pour qui la réalisation d'une enquête satisfaction est venue appuyer sa volonté de

participer au chantier MeaH. Plusieurs établissements ont ou vont mettre en place une telle démarche.

51.b. Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.
Dans tous les sites les délais d'intervention pour deux ou trois actes marqueurs, pour le premier et le cinquième patient sont relevés. Un seul site souhaite travailler sur ces ~~délais~~ délais.

Référence 53 : la mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée.

53.a. Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.
La démarche dans laquelle se sont engagés les établissements aux côtés de la MeaH doit leur permettre de répondre à cet item de l'accréditation.

53.b. La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.
C'est l'un des aspects du dispositif proposé par la MeaH.

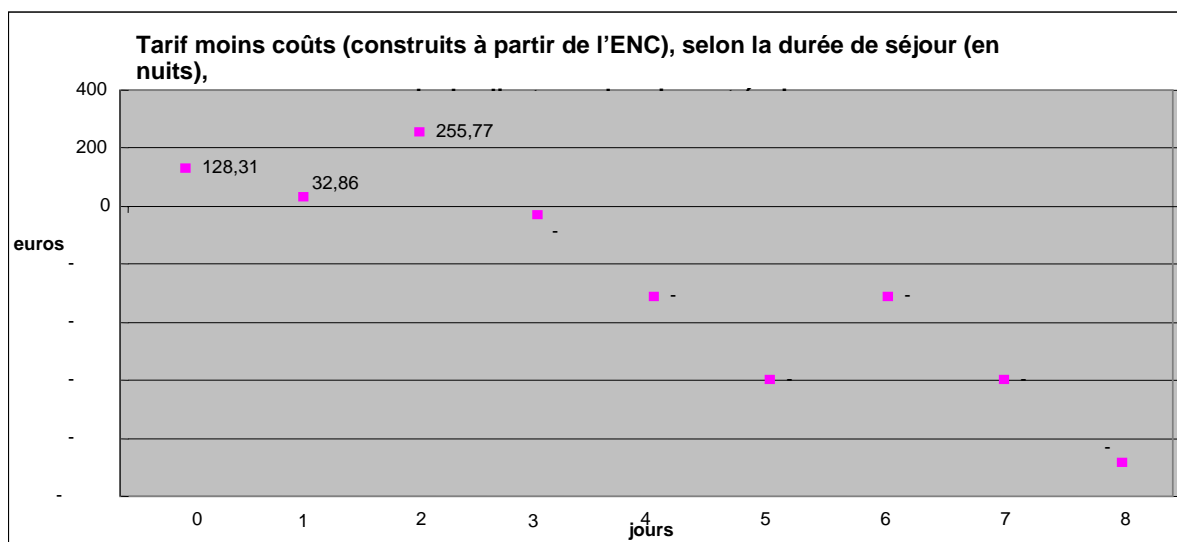
53.c. Les résultats font l'objet d'une communication interne.
Une présentation aux instances à différents points clés du chantier est organisée.

ANNEXE 2 : premiers éléments de simulation financière

L'évolution du mode de financement de l'activité chirurgicale ambulatoire est présentée comme incitative par le régulateur : le nouveau tarif, valable pour toutes les prises en charge de moins de 48 heures et construit à partir de l'estimation des coûts des prises en charge ambulatoires et des prises en charge en hospitalisation complète de moins de deux nuits, est donc par construction supérieur aux coûts moyens de prise en charge ambulatoire.

Du côté des producteurs, le raisonnement est différent. Le nouveau tarif est plutôt présenté comme incitatif à convertir des séjours d'une nuit en séjours de deux nuits.

Le graphique suivant (exemple de l'éveinage), construit à partir des tarifs (T2A 100% dans l'exemple) et des coûts de l'ENC, montre que les deux raisonnements sont valables :



La différence tarif-coûts est plus favorable pour les prises en charges de moins de 24 heures que pour les prises en charge de une nuit, mais il est plus « intéressant » de convertir des prises en charge de une nuit en des prises en charge de deux nuits qu'en des prises en charge de 0 nuit. De la même façon, prendre en charge des patients en deux nuits semble maximiser la différence tarif-coûts.

Ainsi, d'un **point de vue « facial »**, on peut décrire les différentes stratégies de la façon suivante :

- **Situation 1** : la pire. La durée de séjour est supérieure à la moyenne nationale : l'établissement perd de l'argent ;
- **Situation 2** : la meilleure : la durée de séjour permet de bénéficier du tarif de l'hospitalisation complète (séjour de 2 nuit) mais reste inférieure à la DMS nationale. L'hôpital maximise la différence entre financement et coût.
- **Situation 3** : la deuxième meilleure : l'acte est réalisé en ambulatoire et donc financé par la CMD 24.
- **Situation 4** : au cœur de nos préoccupations, les séjours d'une nuit. La balance coût-financement reste, per se, favorable à l'établissement (bien que moins favorable que les situations 1 et 3) mais correspond à un équilibre sous optimal. L'établissement peut aisément changer de stratégie pour maximiser ses gains en passant en situation 2 ou 3.

Cependant, cette approche ne prenant en compte que la différence tarif-coûts occulte un point capital du raisonnement « financier » : le **coût d'opportunité**.

Le coût d'opportunité est la valorisation des autres gains et dépenses liés à la substitution ou non de prises en charge en hospitalisation traditionnelle par des prises en charge en ambulatoire :

- dans le cas d'un établissement ayant des files d'attente en chirurgie, la substitution de prises en charge peut permettre d'augmenter l'activité sans nécessairement augmenter les charges fixes ;
- dans le cas d'un établissement n'ayant pas de file d'attente, la substitution de prise en charge au delà d'un certain seuil peut permettre de diminuer des charges fixes ou de réallouer des ressources à une autre activité pour laquelle il y aurait des files d'attentes ;
- ...

L'évaluation de ce coût d'opportunité de substituer ou non des prises en charge en hospitalisation complète par des prises en charge en ambulatoire est un élément permettant

- de lever une part de l'incertitude qui pèse sur les producteurs et qui est relayée par les directions d'établissement ;
- d'accompagner des choix stratégiques pour les décideurs hospitaliers.

4 établissements (H2, H3, H4 et H7) se sont portés volontaires pour approfondir ce point. Ils seront accompagnés par le cabinet INEUM.

ANNEXE 3 : lignes de produits représentant 80% du potentiel de substitution

H1		
lignes de produit	hyp basse	hyp haute
interruption de grossesse	230	283
rhumato/ortho (< 2j)	184	184
main/poignet	117	145
ablations de matériel	-	153
arthroscopies/biopsies	66	124
ligatures de veines	-	110
autre chir gynéco hors sein	-	98
membres, autres	-	94
utérus/annexes	-	78
circoncisions	64	78
80% du potentiel	5 lignes	10 lignes

H2		
lignes de produit	hyp basse	hyp haute
ophtalmo (séj < 2j)	20	-
hématologie	4	-
autres prises en charge	3	-
utérus/annexes	2	-
tumeurs malignes du sein	-	1022
autres prises en charge	-	190
affection sein hors TM	-	185
chir ophtalmo lourde	-	183
80% du potentiel	4 lignes	4 lignes

H3		
lignes de produit	hyp basse	hyp haute
cataractes	130	177
interruption de grossesse	98	124
hernies	97	173
rhumato/ortho (< 2j)	77	77
arthroscopies/biopsies	70	79
ablations de matériel	49	57
digestif (< 2j)	48	48
main/poignet	35	46
utérus/annexes	34	85
membres, autres	-	58
autre chir gynéco hors sein	-	61
ligature de veines	-	43
80% du potentiel	9 lignes	12 lignes

H4		
lignes de produit	hyp basse	hyp haute
ablations de matériel	51	75
main/poignet	51	-
rhumato/ortho (< 2j)	50	-
amygdalectomie, vg, drains	46	-
cataractes	43	530
peau (<2j)	31	-
ORL - Stomato (<2j)	29	-
rectum/anus	25	-
arthroscopies/biopsies	21	-
app génital masc	19	-
ligature de veines	-	316
ophtalmo (séj < 2j)	-	52
utérus/annexes	-	77
80% du potentiel	10 lignes	5 lignes

H5		
lignes de produit	hyp basse	hyp haute
main/poignet	42	76
peau (<2j)	36	36
amygdalectomie, vg, drains	34	70
rhumato/ortho (< 2j)	31	31
ORL - Stomato (<2j)	15	-
utérus/annexes	12	63
chir mb, autres	-	52
chir urètre	10	40
autre chir gynéco hors sein	-	29
app génital masc	8	26
hernies	6	26
ablations de matériel	-	24
80% du potentiel	9 lignes	11 lignes

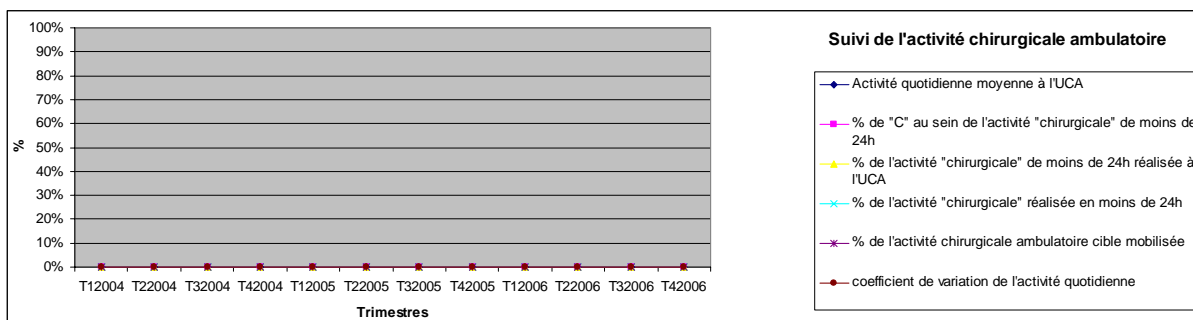
H6		
lignes de produit	hyp basse	hyp haute
app génital masc	343	565
hernies	338	584
ablations de matériel	311	643
main/poignet	307	608
arthroscopies/biopsies		315
ORL - Stomato (<2j)	304	304
chir urètre	-	290
chir rein, urêtres, vessie	-	290
chir thyroïde, parathyroïde	-	271
ophtalmo (séj < 2j)	229	229
peau (<2j)	212	212
amygdalectomie, vg, drains	197	259
ligatures de veines	-	255
autre chir ophtalmo	-	188
autre chir ortho	-	187
autre chir ORL	-	186
chir mb, autres	-	177
utérus/annexes	-	174
pathologie du rachis	-	154
rhumato/ortho (< 2j)	141	-
cataractes	112	503
80% du potentiel	10 lignes	20 lignes

Source : données du PMSI 2004

ANNEXE 4 : outil de suivi de l'activité ambulatoire

La participation des DIM et DSIO au chantier a permis de développer un outil de suivi de l'activité chirurgicale ambulatoire reprenant les principaux indicateurs exposés dans la partie 2.

Activité chirurgicale ambulatoire cible (données PMSI 2004)		CHANTIER MeaH											
		2004				2005				2006			
		T12004	T22004	T32004	T42004	T12005	T22005	T32005	T42005	T12006	T22006	T32006	T42006
Activité Chirurgicale	nb séjours chirurgicaux												
	nb séjours de 0 nuits												
	nb séjours de 0 nuits, UM(s) = Unité Chir Ambu												
Activité de l'UCA	nb séjours de 0 nuits 24C												
	nb de passages quotidiens moyens												
	Coefficient de Variation (écart-type / moyenne)												
% de l'activité "chirurgicale" réalisée en moins de 24h		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
% de "C" au sein de l'activité "chirurgicale" de moins de 24h		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
% de l'activité "chirurgicale" de moins de 24h réalisée à l'UCA		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
% de l'activité chirurgicale ambulatoire cible mobilisée		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Activité quotidienne moyenne à l'UCA													
coefficient de variation de l'activité quotidienne													



Les définitions des indicateurs sont les suivantes :

- % de l'activité « chirurgicale » réalisée en moins de 24h (en séjours) ;**
 - numérateur : nombre de séjours de 0 nuit
 - CM 24M + anesthésiste AG ou ALR, CM24M KT, 24K + anesthésiste AG ou ALR, CM24C + IVG non médicamenteux + litho
 - dénominateur : numérateur 1 + nombre de séjours > ou = à 1 nuit avec acte chirurgical classant
- % de séjours avec actes classants dans l'activité chirurgicale de moins de 24h :**
 - numérateur : nombre de CM24C de 0 nuit
 - dénominateur : numérateur 1.
- % de l'activité chirurgicale de moins de 24h réalisée à l'UCA :**
 - numérateur : numérateur 1 avec UM(s)=UCA
 - dénominateur : numérateur 1.
- % de l'activité cible mobilisée :**
 - numérateur : Nombre de CM24C de 0 nuit
 - dénominateur : chiffre calculé par le prestataire DIM (que je tiens à votre disposition) sur la base des rsa que vous lui avez fournis
- 5. Volume d'activité (données administratives) :**
 - nb de passages quotidiens my sur 260 jours
 - variabilité quotidienne (écart-type / moyenne)

Le rythme de suivi choisi est le trimestre, avec une production rétrospective pour les années 2004 et 2005.

[1]

Conférence de consensus. *La chirurgie sans hospitalisation*. Sous l'égide de la Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée, Paris 22,23,24 mars 1993

- [2] Association Française de Chirurgie Ambulatoire
- [3] SALES JP. *Une enquête historique*. Technologie et santé n°53, décembre 2004.
- [4] PNIR. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Dépenses de l'Assurance Maladie : étude comparative entre les prises en charge ambulatoire et hospitalisation complète en 2001.septembre 2003
- [5] Circulaire DHOS/O n° 2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins
- [6] DE LATHOUWER C.; POULLIER J.-P. *Ambulatory surgery in 1994-1995: The state of the art in 29 OECD countries*. Volume 6, Number 1, March 1998:43-5
- [7] PNIR. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Evaluation du potentiel de substitution pour les 18 gestes marqueurs en juin 2001.septembre 2003
- [8] Recommandation de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) de 1990, complétée par l'AFCA (Association Française de Chirurgie Ambulatoire) en 1996
- [9] Cf. réf 4
- [10] ANAES. La chirurgie ambulatoire. Juillet 1998
[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/SY_ASSI-57JEB2\\$File/chiramb.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/SY_ASSI-57JEB2$File/chiramb.pdf?OpenElement)
- [11] ANES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Septembre 2004
<http://www.anaes.fr/ANAES/Publications.nsf/0/be418303895c44bcc1256df70042e4a4?OpenDocument>
- [12] cf. annexe 1 : les synergies entre l'accréditation V2 et le projet proposé par la MeaH
- [13] Chirurgie qualifiée = chirurgie « non mineure », que l'on approche dans cette partie par le caractère classant de l'acte chirurgical
- [14] OAP : Outil d'Analyse du PMSI
- [15] « peer review » : évaluation des pratiques entre professionnels (revue de dossiers...)
- [16] Cf. annexe 2 : « premiers éléments de simulation financière »
- [17] Cf. annexe 3 : « les lignes de produits représentant 80% du potentiel de substitution ».
- [18] Equivalents temps plein, rémunérés présents, soit l'effectif moyen alloué sur l'année en ôtant éventuellement les agents en CLM, CLD, maladie professionnelle, accident de travail depuis plus de 6 mois et formations longue durée.
- [19] la planification consiste à définir le nombre de vacations par praticien, les horaires d'ouverture des salles, les modalités de gestion des périodes de sur (ou sous) activité.
- [20] la programmation traite la proposition de programme opératoire, la détermination des modes d'anesthésie, la gestion des salles, des équipements, des matériels et auxiliaires, les affectations de personnel, la gestion des modifications de programme jusqu'au jour J-1, l'élaboration du programme opératoire "définitif".
- [21] Cf. guide méthodologique consacré à la description de processus, sur le site de la MeaH (documentation « urgences ») :
http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/661processus%2021%20juin%202005%20v3MC.pdf
- [22] PNIR. *Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête*. Septembre 2003
- [23] Pour en savoir plus sur la définition de ces termes : « rapport de phase 1 sur la gestion et l'organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques », <http://www.meah.org/documents/Rapportblocetape1vdef.pdf>
- [24] Cf. annexe 1
- [25] Cf. référence 3
- [26] Référence déjà citée (cf. note 17)