



MeaH

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques

« D'un exercice institutionnel à une démarche entrepreneuriale »

Avril 2005/décembre 2006 - Rapport final



Ce document comporte	35 pages
Auteurs	Pr François Engel, Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris Dr Ayden Tajahmady, MeaH Dr Maxime Cauterman, MeaH
Contacts	ayden.tajahmady@fr.oleane.com maxime.cauterman@fr.oleane.com engel@ensmp.fr
Résumé	<p>La MeaH a accompagné 8 établissements durant 20 mois pour un chantier sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire. Les objectifs de l'intervention étaient de développer l'activité et d'améliorer les organisations des unités de chirurgie ambulatoire.</p> <p>Ce rapport final présente les principaux constats du chantier, les plans d'actions mis en œuvre par les équipes et leurs résultats.</p> <p>Parmi les 6 établissements participant au chantier qui avaient une unité de chirurgie ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 4 ont augmenté leur part d'activité chirurgicale réalisée en ambulatoire ; . 4 ont diminué leur part d'ambulatoire forain ; . 5 ont diminué leur taux de déprogrammation ; . 4 ont diminué leur taux de transformation en hospitalisation complète. <p>Le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers s'apparente plus à une aventure entrepreneuriale qu'à un exercice institutionnel et nécessite maîtrise de l'information, compréhension de l'environnement et des enjeux, maîtrise des « processus de production » et accompagnement de l'évolution des pratiques professionnelles (...).</p> <p>Cette vision de la chirurgie ambulatoire, couplée aux retours d'expérience des huit premiers établissements (pratiques organisationnelles, outils...) ouvre des perspectives pour le déploiement du chantier à 40 nouveaux établissements dès septembre 2007.</p>
Mots-clés	Chirurgie ambulatoire, organisation, performance, qualité, développement, processus



SOMMAIRE

Introduction	4
1. Les constats principaux	6
1.1. Des informations sur l'activité difficiles à mobiliser	6
1.2. Une marge de développement de l'activité des UCA	7
1.3. Une connaissance dont la diffusion demeure perfectible	7
1.4. Des ressources qui ne sont pas limitantes aujourd'hui	7
1.5. Des zones de risque dans le parcours du patient	8
1.6. La découverte de la qualité	10
2. Les plans d'action des établissements	11
2.1. Présentation	11
2.2. Analyse macroscopique des plans d'actions des établissements	12
2.3. Mise en œuvre des plans d'actions	14
2.3.1. Une vision d'ensemble	14
2.3.2. Une analyse par axe de travail	14
2.4. L'impact des plans d'actions	15
2.4.1. Sur la maîtrise du processus de prise en charge des patients	15
2.4.2. Sur l'activité	16
2.4.3. Sur d'autres dimensions	18
3. Les enseignements : « d'un exercice institutionnel à une aventure entrepreneuriale »	19
3.1. Le chirurgien, premier client de l'UCA	19
3.2. Les responsables de l'Unité de Chirurgie ambulatoire	20
3.2.1. Le responsable médical de l'UCA est l'entrepreneur	20
3.2.2. Le cadre de santé est le gestionnaire, chef de l' « unité de production »	21
3.3. Le cas des directions d'établissement	22
4. Conclusion et perspectives	23
4.1. Des résultats encourageants	23
4.1.1. Des enseignements pour la suite	23
4.1.2. Des outils simples et utiles	24
4.1.3. Un répertoire d'actions	24
4.1.4. Des résultats chiffrés	24
4.1.5. Une satisfaction des professionnels	25
4.2. Un accompagnement proposé à 40 services dès septembre 2007	25
5. Annexes	26
Annexe 1: Tableau synoptique des plans d'actions par établissement pour le chantier MeaH chirurgie ambulatoire	26
Annexe 2 : Vision globale de la dynamique constatée sur site, par les consultants ayant accompagné les équipes	29
Annexe 3 : Exemple d'un rendu de « suivchiramb »	34
Annexe 4 : plan de l'ouvrage de capitalisation	35



Introduction

Les travaux proposés par la MeaH aux huit établissements volontaires sur le thème de la chirurgie ambulatoire avaient comme objectifs le développement et l'amélioration l'organisation de l'activité de chirurgie ambulatoire. Ils ont porté sur la compréhension des processus de prise en charge des patients autant que sur la dynamique de développement pouvant exister dans les sites (conviction des opérateurs, des directions mais aussi d'autres catégories professionnelles). Le dispositif proposé aux établissements volontaires consistait en une intervention en 4 phases (diagnostic, construction des plans d'actions, mise en œuvre, capitalisation), jalonnée par 7 réunions collectives d'avancement faisant la part belle aux échanges de pratiques entre professionnels et à l'analyse comparative. Chacun des huit établissements bénéficiait d'un accompagnement sur le terrain par des sociétés de conseil (SANESCO, Groupe Montaigne et Vector Services).

Au début du chantier, l'état d'esprit et la compréhension de l'environnement par le groupe de travail constitué étaient les suivants.

Du point de vue des aspects organisationnels, la mise en place d'un parcours de soins, centré sur le patient et autonome par rapport aux services d'hospitalisation complète fait consensus. Les critères d'éligibilité des patients à un tel parcours sont connus¹. En revanche, quelques interrogations demeurent en termes de ressources à consacrer à l'activité (bloc dédié ou non, salles dédiées ou non, nombre et profil des professionnels à recruter – notamment au niveau de la coordination médicale et de l'encadrement soignant).

En termes de possibilités de développement, l'analyse de la littérature soutenue par la réalisation d'enquêtes in situ suggère l'existence d'un potentiel de développement de l'activité ambulatoire par conversion ou substitution, tant aux niveaux national, en témoignent les données comparatives produites par l'OCDE² que régional³ et local⁴. L'existence de ce potentiel ne fait également aucun doute au sein du groupe de travail, bien que sa caractérisation puisse présenter quelques difficultés (techniques et « politiques »).

L'intérêt que peuvent avoir les acteurs pour le développement de la chirurgie ambulatoire est variable. Les choses sont claires pour le payeur, pour lequel une estimation des économies potentielles a pu être réalisée⁵. Pour les producteurs, en revanche, l'opportunité financière est plus incertaine, que ce soit au niveau de l'établissement ou des services de soins, où la crainte de perte de moyen est une réalité. La chirurgie ambulatoire induit une réelle évolution des pratiques professionnelles au niveau des équipes chirurgicales et d'anesthésie (pratiques d'anesthésie, séquences de travail différentes...) et un changement de rythme de travail et de répartition entre soins directs (au lit du patient) et indirects (organisation de la prise en charge). Pour l'ensemble des professionnels concernés, l'appropriation des concepts de la chirurgie ambulatoire impose de passer de la maîtrise individuelle d'un geste à la maîtrise d'un processus collectif, avec les contraintes qui lui sont liées. Ainsi,

¹ Recommandation de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) de 1990, complétée par l'AFCA (Association Française de Chirurgie Ambulatoire) en 1996

² 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

³ PNIR. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Evaluation du potentiel de substitution pour les 18 gestes marqueurs en juin 2001.septembre 2003

⁴ Cf. rapport intermédiaire sur le site Internet de la MeaH

⁵ Cf. réf 4



à la certitude du payeur de pouvoir réaliser des économies, font face pour le producteur (considéré à ses différents niveaux), incertitudes et remises en cause.

Enfin, les intentions du régulateur sont mal perçues. Comme le rappelle la HAS⁶ 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 Etats-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 clairement établi et suscite de nombreuses discussions : d'un côté, une volonté affichée et appelée à devenir contraignante (inscription d'objectifs de substitution dans la LOLF, déclinés entre État et ARH et entre ARH et établissements) de l'autre, un discours mettant l'accent sur l'incitation mais accompagnant une politique tarifaire venant plutôt accroître l'incertitude des producteurs et n'incitant pas forcément le bon acteur.

En quatre parties, ce rapport final reprend les principaux constats des deux premières phases des travaux, présente les plans d'actions et leur évaluation (mise en œuvre et impact), propose, au travers des enseignements tirés du chantier, de partager une vision de la chirurgie ambulatoire et introduit les perspectives de la MeaH sur ce thème de travail pour l'avenir.

⁶ 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)



1. Les constats principaux

1.1. Des informations sur l'activité difficiles à mobiliser

La description de l'activité chirurgicale des établissements s'est révélée plus complexe que prévu. Les informations ayant été colligées à partir de sources diverses (rapports d'activité, données des SI du bloc...), la comparabilité des données s'est avérée dans un premier temps très limitée : activité exprimée en séjours avec acte classant chirurgical, en interventions aux blocs opératoires, en actes...

Concernant la description de l'activité ambulatoire, le problème de la définition du périmètre a aussi été posée : faut-il inclure les actes d'endoscopie, de radiologie interventionnelle, la lithotritie extra-corporelle (...)?

Au-delà de la problématique des définitions, d'autres facteurs explicatifs de ces difficultés à mobiliser les informations sur l'activité ont été mis en évidence :

- la disponibilité des DIM : intéressés par la démarche, les DIM des établissements volontaires étaient largement accaparés par l'EPRD, les remontées d'informations trimestrielles aux tutelles, les changements de nomenclature, ce qui ne leur laisse d'après l'un des DIM du chantier « *malheureusement que peu de temps pour valoriser les données du PMSI dans le cadre de travaux de gestion interne et opérationnelle* » ;
- la difficulté à s'approprier les informations issues du PMSI : l'opérateur ou le gestionnaire ne peuvent se saisir des données du PMSI sans un travail préalable de « traduction » par les DIM ;
- l'absence de liste de référence : ce choix explicite des acteurs de la chirurgie ambulatoire au niveau national et international (du fait du caractère limitatif d'une liste et parce que « c'est le patient qui est ambulatoire et non pas l'acte »⁷) est un frein à l'analyse des case-mix et à la description des potentiels de substitution. Pour autant, des listes d'actes peuvent être produites, notamment à partir des données de l'ATIH sur l'ensemble des actes chirurgicaux réalisés au moins une fois en ambulatoire (c'est la méthode retenue par la MeaH pour analyser les case-mix des établissements). Cette absence de liste d'actes éligibles se retrouve aussi au niveau local.

Au final, les définitions retenues avec les DIM des établissements sont les suivantes :

- Activité chirurgicale totale : nombre de séjours de deux nuits ou plus avec un acte chirurgical classant + séjours de la CMD24C + séjours de la CMD24K sous anesthésie locale ou locorégionale, hors endoscopie (soit 24K04, 06, 07 et 10Z) ;
- Activité ambulatoire : séjours de 0 nuit, de la CMD24C et de la CMD24K sous anesthésie locale ou locorégionale, hors endoscopie (soit 24K04, 06, 07 et 10Z) ;

Ces définitions sont certainement critiquables et doivent surtout être entendues en termes de « convention », permettant de suivre avec constance l'évolution de l'activité dans chacun des établissements.

⁷ PNIR. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des trois volets de l'enquête. Septembre 2003



1.2. Une marge de développement de l'activité des UCA

Les travaux menés par les établissements ayant participé au chantier MeaH ont confirmé l'existence de potentiels de développement de l'activité de l'UCA, qui sont en premier lieu à rechercher en interne.

La substitution, qui consiste à prendre des patients en charge en ambulatoire comme alternative à une hospitalisation complète était bien documentée avant le chantier et faisait l'objet d'un certain consensus⁸. Nos travaux ont permis de confirmer l'existence de ce potentiel, d'en estimer l'importance dans chaque spécialité pour chaque établissement.

En revanche, le chantier MeaH a objectivé l'existence d'une importante activité d'ambulatoire « forain » - c'est-à-dire une prise en charge ambulatoire dans une unité autre que l'UCA – qui pouvait constituer pour certains établissements la majeure partie de leur potentiel de développement. Il convient de s'interroger sur les raisons qui ont conduit à la persistance de telles pratiques, sous estimées par les équipes engagées, et les moyens de mobiliser en interne ce « potentiel de regroupement ».

Il est important de constater que très souvent ces potentiels de développement dépendent d'un petit nombre de services, ce qui souligne l'importance de bien les identifier de façon à orienter au mieux les actions de conviction dirigées vers ces « détenteurs de potentiel de développement ».

1.3. Une connaissance dont la diffusion demeure perfectible

Les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire sont bien connus et relatés dans la littérature scientifique. Cependant, lors du chantier MeaH, nous avons constaté que dans certains sites la diffusion de ces critères était imparfaite et que, notamment, tous les professionnels amenés à jouer un rôle dans la décision de prise en charge en ambulatoire n'étaient pas au fait de ces critères. Dans ces établissements, leur diffusion s'est avérée un vecteur important de développement de l'ambulatoire.

1.4. Des ressources qui ne sont pas limitantes aujourd'hui

Les ressources ne semblent pas constituer une contrainte pour le fonctionnement des UCA. Trois raisons principales peuvent être avancées ici :

- une activité insuffisamment développée (ou plus exactement se développant plus lentement que prévu) ;
- une dotation initiale des UCA ne tenant pas compte du rythme de développement de l'activité et les mettant de facto et dès leur ouverture, dans une situation de surcapacité ;
- une surestimation des ressources à engager par la non prise en compte des possibilités de rotation de plusieurs patients par place et par jour.

D'un point de vue factuel, aucun des établissements participants ne voit passer plus d'un patient par place et par jour (ou alors ponctuellement) ; la prise en charge d'un patient consomme de 1,7 à 2,3 heures de bloc, de 3,4 à 16,9 heures d'hébergement et de 0,4 à 1,1 ETP rémunéré présent. De telles estimations de la « productivité » des UCA doivent bien entendues être interprétées prudemment. Une analyse plus fine met en évidence que :

⁸ cf. référence 2 notamment



- La sous-utilisation des ressources engagées semble due à une variabilité de l'activité quotidienne au sein des UCA : l'absence de prise en compte du besoin de lissage de l'activité au cours de la semaine (par ailleurs complexe à obtenir du fait de la multiplicité des opérateurs et de leurs contraintes) impose de doter les unités en fonction de leur pic d'activité, par ailleurs bien plus important que l'activité moyenne ;
- La productivité demeure variable d'un site à l'autre et positivement corrélée à la « maturité » des organisations, les plus « productives » étant également celles jouissant d'une ancienneté et d'une expérience plus importantes.

Des éléments laissent penser que certaines dispositions architecturales pourraient devenir des contraintes : croisements de flux entrant et sortant en absence de possibilité de dégagement (salle d'attente, salon d'accueil et salon de repos ne faisant qu'un), absence de vestiaire ou de possibilité de préparer les patients « hors chambre »...

Dans les cas ponctuels où les ressources deviennent limitantes, les goulots d'étranglement constatés sont en réalité plutôt de nature organisationnelle : absence de repérage des patients ambulatoire dans la SSPI, volonté affichée d'accueillir systématiquement le patient dans sa chambre et ce quelle que soit la nature de son intervention, rigidité organisationnelle induite par l'obligation de remettre le patient dans la même chambre que celle dans laquelle il a été accueilli, retard au passage en salon de repos...

En tout état de cause, les situations observées lors du chantier ne nous permettent pas de conclure que l'organisation de la chirurgie ambulatoire ou son développement sont aujourd'hui limités par les ressources. Au contraire, le surdimensionnement des ressources :

- n'incite pas les équipes à maîtriser leurs flux de patients et à s'exercer à la rotation de patients sur une même place, pourtant nécessaire à terme si l'on en croit les perspectives annoncées de croissance de l'activité ;
- fait parfois peser à tort sur les équipes la responsabilité du déséquilibre financier de leur activité, qu'en dépit d'efforts intenses elles n'arriveront pas à corriger : n'étant souvent pas parties prenantes des décisions d'investissement, elles subissent un mauvais dimensionnement initial des ressources bien plus qu'elles ne sont responsables d'une « productivité insuffisante ».

1.5. Des zones de risque dans le parcours du patient

Les constats précédents ne doivent pas faire oublier que la maîtrise du parcours patient, du « processus de production » en chirurgie ambulatoire, est la base du bon fonctionnement de l'UCA. Or ce parcours comporte de nombreuses étapes, dont certaines constituent des zones de risque qui, non maîtrisées, peuvent entraver le bon déroulement du séjour d'un patient et en conséquence de tout ou partie du programme de la journée. Ces dysfonctionnements se traduisent par des déprogrammations, des retards et allongements de délais d'attente ou encore des conversions en hospitalisation complète.

Le parcours du patient peut schématiquement être scindé en trois temps :

- Les étapes pré-hospitalières
- Les étapes hospitalières
- Les étapes post-hospitalisation



Lors des étapes pré-hospitalières, les risques principaux retrouvés sont :

- l'absence de pose d'indication à une prise en charge ambulatoire, qui peut être due (sans citer les problèmes de craintes diverses ou de manque de conviction des équipes chirurgicales) :
 - à un défaut d'information des professionnels sur les critères d'éligibilité ;
 - à l'absence de consensus au sein de la spécialité sur les actes éligibles ;
 - à la non ouverture de l'UCA le jour où l'intervention doit être programmée ou plus généralement des doutes des opérateurs sur la fiabilité de l'organisation de l'UCA ;
- un défaut de communication entre équipes chirurgicales et d'anesthésie, l'une ou l'autre des équipes n'ayant pas connaissance de la proposition de prise en charge en ambulatoire ;
- une mauvaise information du patient sur les spécificités de l'ambulatoire, entraînant défaut de préparation, non prise en compte des contraintes de respect des horaires par le patient ou encore prise de conscience de l'inéligibilité du patient en cours de prise en charge ;
- un circuit trop complexe de prise de rendez-vous ou de pré-admission, pouvant entraîner une présentation du patient le jour de son intervention sans consultation pré-anesthésique, sans pré-admission réalisée, sans qu'il soit attendu...

Le jour de l'hospitalisation, toutes les étapes du processus sont susceptibles de venir perturber la bonne organisation du service :

- à l'accueil, si les patients arrivent en même temps, ou si les pré-admissions n'ont pas été faites, ou encore si les dossiers n'ont pas été vérifiés la veille (notamment, consultation pré anesthésique, résultats d'examens complémentaires, informations en lien avec l'éligibilité et la remise à la rue...), générant un goulot d'étranglement et / ou un long délai d'attente entre l'arrivée du patient et son passage au bloc et / ou une annulation de la procédure ;
- lors de la préparation du patient, si celle-ci ne peut se faire qu'en chambre, obligeant l'attente de la libération d'une place ou ralentissant le retour de bloc d'un autre patient ;
- en SSPI, si les patients ambulatoires ne sont pas identifiés en tant que tels, ce qui n'incite pas à les en faire sortir en priorité ;
- avant la sortie, si l'évaluation de l'aptitude à la rue n'est pas protocolisée, de même que les modalités de production des documents de sortie (rôle des équipes médicales et des secrétariats médicaux).

Après la sortie :

- le risque à mettre au premier plan est lié à la gestion d'éventuelles complications (douleur, nausées...) pour lesquelles il est important de pouvoir apporter une réponse adaptée dans des délais raisonnables. Cette possibilité est dépendante de la mise à disposition du patient du bon numéro de téléphone et à celle de son interlocuteur des bons éléments d'information (dossier accessible). On notera la variabilité des possibilités d'affectation de ce rôle (cadre infirmier, anesthésiste de garde, numéro personnel du chirurgien...) ;
- enfin l'organisation de la gestion des suites opératoire est dépendante des gestes et des contextes locaux (partenariats avec les HAD, SSIAD, mise à contribution du plateau de consultation de l'établissement...).



1.6. La découverte de la qualité

La qualité en chirurgie ambulatoire recouvre deux aspects complémentaires. D'une part, la qualité des soins en elle-même qui n'était pas l'objet du chantier ; d'autre part, la qualité du processus, garant du bon déroulement de la prise en charge du patient et de sa satisfaction (et de celle de son chirurgien). Des constatations faites en cours de chantier doivent ici être partagées :

- Mis à part deux des huit sites, le développement de cette activité semblait davantage répondre à des enjeux institutionnels qu'à la volonté de satisfaire une attente des patients. La possibilité d'offrir le choix d'un service différent au patient n'a pas semblé être le moteur du développement de la chirurgie ambulatoire dans la majorité des sites accompagnés ;
- à l'exception de la satisfaction des patients, la qualité du processus de prise en charge ne faisait pas l'objet d'un suivi particulier (ponctuel ou routinier).

Des indicateurs de qualité ont été proposés et adoptés lors du chantier, et leur mesure (en routine dans certains sites, ponctuelle dans d'autres) a été initiée. Ces indicateurs sont les suivants⁹ :

- taux de déprogrammations : une déprogrammation peut provenir de causes propres au patient et non accessibles à l'organisation. Cependant, lors du chantier il a été montré que des causes organisationnelles diverses pouvaient expliquer la plupart des déprogrammations. Cet indicateur doit donc être interprété en regard des causes ;
- taux de conversion en hospitalisation complète : il est apparu dans l'étude que la conversion en hospitalisation complète, si elle peut être due à des causes purement médicales, traduit le plus souvent une organisation imparfaite ou qui n'a pas réussi à s'adapter à des circonstances imprévues, d'où l'importance d'analyser les causes en regard ;
- la variabilité de l'activité : la chirurgie ambulatoire étant une chirurgie essentiellement programmée, la capacité de l'UCA à « lisser » son activité en réduisant la volatilité constitue un marqueur intéressant de la maturité de l'organisation ;
- les délais d'attente : ils indiquent à la fois la qualité du service rendu (l'un des arguments en faveur du développement de l'ambulatoire est le confort du patient) et la qualité de l'organisation en termes de maîtrise de processus.

L'ensemble de ces indicateurs permet d'estimer la maturité d'une UCA par une mesure ponctuelle. L'analyse de leur évolution dans le temps présente un plus fort intérêt notamment pour juger de l'impact des mesures correctrices qui peuvent avoir été mises en place ou plus généralement pour piloter l'activité et communiquer vers les équipes chirurgicales (notamment dans des contextes où elles remettent en cause la fiabilité du processus).

Au cours du chantier, certaines équipes ont mis en place des dispositions permettant de produire ces informations au moindre coût, en routine, le plus aisément possible¹⁰.

⁹ Cf. « Organisation de la chirurgie ambulatoire – rapport intermédiaire » sur le site Internet de la MeaH

¹⁰ Cf. « Organisation de la chirurgie ambulatoire : retours d'expériences » (recueil de bonnes pratiques organisationnelles, MeaH, disponible en juin 2007 et sur le site Internet de la MeaH : www.meah.sante.gouv.fr)



2. Les plans d'action des établissements

En fonction des constats de l'audit mené dans les établissements et rappelés dans la partie précédente, ainsi que des éléments de comparaison produits dans le cadre de la première phase des travaux¹¹, un plan d'actions a été construit au cours de la seconde phase du chantier (novembre 2005 – février 2006) puis mis en œuvre lors de la troisième phase (février – décembre 2006) pour chaque établissement.

2.1. Présentation

La troisième phase des travaux, de mise en œuvre des plans d'actions, tient une place prépondérante dans les chantiers de la MeaH. En termes de ressources allouées, elle compte pour près de la moitié des moyens engagés (et jusqu'au deux tiers pour les chantiers dits « de déploiement »). Si la phase d'audit et de comparaison entre établissements (phase 1) doit servir à la préparer au mieux, la deuxième phase du chantier (constitution des plans d'actions) marque un tournant dans la physionomie des travaux : d'« expertise », les compétences requises deviennent celles de l'« accompagnement du changement » ; d'« audit », le chantier se transforme en « intervention ». Cette phase est celle de l'identification des axes principaux d'amélioration et de la construction de la feuille de route pour la suite (principales étapes à conduire pour chaque action, rôle des différents intervenants, charge et délais, méthode de suivi et d'évaluation...).

Le plan d'actions est propre à chaque établissement bien qu'il puisse faire face à des problématiques communes. Dans le cas de ce chantier sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire, les plans d'action peuvent être résumés autour de sept axes principaux :

- **mise en œuvre d'actions aux niveaux stratégique et institutionnel**. Cet axe fait référence aux actions à conduire pour accompagner l'existence institutionnelle de la chirurgie ambulatoire : valorisation financière, intégration dans les démarches de certification et de « mise en pôles »...
- **renforcer le pilotage de l'activité**. On retrouve dans cette catégorie notamment les actions orientées vers la production et l'utilisation d'informations ;
- **développer l'activité de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire** : y figurent les actions de conviction, propre à lever un certain nombre de blocages formulés par les équipes chirurgicales et d'anesthésie ;
- **améliorer l'organisation du circuit du patient**. Catégorie la plus représentée, c'est aussi celle qui développe la vision la plus transversale du processus de prise en charge et qui offre un certain nombre d'éléments de « gestion de flux » ;
- **améliorer l'organisation de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire**, catégorie dans laquelle sont colligées les actions mises en œuvre pour asseoir l'unité sur des fondamentaux solides (fiches de poste, gestion documentaire...) ;
- **améliorer l'organisation de la prise en charge ambulatoire au bloc opératoire et SSPI**. Il s'agit peut être de la typologie d'actions pour lesquelles la réflexion et l'accompagnement auraient pu être renforcés...
- **améliorer l'utilisation de l'architecture existante**. Catégorie la moins représentée, on y retrouve notamment les éléments de réflexion visant à utiliser au mieux de l'architecture existante.

¹¹ Cf. rapport intermédiaire sur le site Internet de la MeaH :



L'ensemble des actions par établissement est présenté dans un tableau synthétique en annexe au présent rapport (*Annexe 1*).

2.2. Analyse macroscopique des plans d'actions des établissements

Le tableau ci-dessous synthétise celui présenté en annexe 1. Le nombre d'actions par axe et par établissement y est renseigné sans qu'elles soient pondérées les unes par rapport aux autres. Pour chaque établissement, les axes qui représentent les trois-quarts des actions envisagées dans le plan d'actions de l'établissement sont dans des cases en bleu.

Actions stratégiques et institutionnelles	4	3	3	4	2	2	3	3	24
Renforcer le pilotage de l'activité	1	1	3	2	1	5	3	1	17
Développer l'activité à l'UCA	6	1	4	5	4	3	4	0	27
Améliorer le circuit patient	12	16	16	14	15	13	10	13	109
Améliorer l'organisation de l'UCA	7	1	3	3	1	5	1	5	26
Améliorer l'organisation du bloc opératoire	3	3	1	3	2	2	0	4	18
Architecture	3	1	1	1	3	0	1	2	12
TOTAL	36	26	31	32	28	30	22	28	233

Tableau 1: présentation du nombre d'actions par axe de travail, et représentation du nombre d'axes couvrant 75 % des actions

En premier lieu, le nombre élevé d'actions peut surprendre, relativement à d'autres chantiers de la MeaH et au principe de limiter le périmètre d'intervention pour favoriser la mise en œuvre. En réalité, les plans d'actions mêlent des actions relatives à l'organisation d'une granularité très fine (de l'ordre de la tâche, par exemple celle relative à la prescription d'antalgiques), à d'autres plus étoffées (protocoller la signature de la mise à la rue, par exemple) ou encore à d'autres types d'actions qui relèvent plutôt de l'édiction d'un principe (valoriser le travail réalisé dans le cadre de l'accréditation, mieux programmer au bloc opératoire...).

Au-delà donc de ce nombre important d'actions formulées et de la remarque précédente sur l'inhomogénéité de leur granularité, les constats suivants peuvent être formulés :

- 233 actions figurent au total dans les plans d'actions, pour 82 actions différentes : une même action est conduite dans 3 sites différents en moyenne ;
- dans chaque établissement 3 axes différents regroupent 75 % des actions sont réparties au sein de (4 axes pour H1), tempérant la première impression d'éclatement des plans d'actions donné par le nombre total d'actions ;
- Certains axes ont été peu exploités : les axes « organisation du bloc opératoire » et « améliorer l'architecture » qui ne figurent dans un « portefeuille » d'axes de progrès principaux que respectivement pour 2 et 1 établissements différents (respectivement H8 et H2 d'une part et H5 d'autre part) ; d'autres ont fait l'objet de l'attention de beaucoup établissements : l'axe « amélioration du parcours du patient », largement prépondérant pour l'ensemble des sites, suivi par les axes « amélioration du fonctionnement de l'UCA » et « développer l'activité ».

Les efforts des établissements sont donc en réalité concentrés dans un spectre d'actions cohérent avec les objectifs du chantier : amélioration de l'organisation et développement de l'activité à court et moyen termes.



Concernant la pertinence du choix de chaque établissement au regard de ses priorités, les éléments d'analyse suivants peuvent être proposés :

- H1 n'avait pas encore ouvert son unité de chirurgie ambulatoire. C'est l'établissement inscrivant le plus d'actions des axes « stratégique » et « développer l'ambulatoire » à son plan. Peu engagé, dans des actions sur le pilotage (car n'en ressentant probablement pas encore la nécessité), il est aussi l'établissement pour lequel le plan d'actions s'étale le plus sur l'ensemble des axes d'amélioration ;
- H2, est une organisation mature. Il s'est très concentré sur l'axe « parcours du patient » et en particulier sur deux parcours type représentant un fort volume pour l'un et une perspective de développement pour l'autre ;
- H3 : le projet étant porté par les responsables de l'UCA, le plan d'actions ne « déborde » pas des axes liés directement à l'organisation et au développement de l'activité ;
- H4 : porté par la direction, le projet ne semble pas fédérateur au sein de cet établissement dans lequel l'ensemble de l'activité chirurgicale peine à s'organiser. L'UCA, isolée, ne semble pas s'inscrire dans une vision partagée de la stratégie d'établissement. Largement organisationnel, le plan d'actions constitué ne peut faire oublier que l'enjeu sur ce site se situe peut être en amont des problématiques de production : créer une dynamique, convaincre les opérateurs...
- H5 : relativement moins conséquent que celui des autres établissements, le plan d'actions de H5 comporte une majorité d'actions relatives à l'organisation du circuit du patient, les autres étant à peu près réparties également sur l'ensemble des autres axes d'amélioration. Construit en bonne adéquation avec les éléments du diagnostic, il s'agit d'apporter quelques modifications basiques à l'organisation, mais surtout d'augmenter le niveau de connaissance générale de l'ambulatoire dans cet établissement ;
- H6 : largement porté par l'équipe d'encadrement de l'UCA nouvellement ouverte, le plan d'actions proposé est donc naturellement orienté vers la maîtrise du processus de production (organisation du parcours, de l'unité et structuration du pilotage). Pour améliorer sa cohérence avec les éléments du diagnostic, le volet « développement de l'activité » aurait pu être plus développé par la mobilisation d'un autre profil d'acteur ;
- H7 : ayant l'organisation la plus mature, l'unité de chirurgie ambulatoire de H7 semble aussi celle qui trouve le mieux sa place dans la stratégie d'établissement. L'équilibre du plan d'actions pourrait témoigner de cette maturité et de ce bon fonctionnement institutionnel ;
- H8 : influencer le calendrier du projet et accélérer la prise de décision au niveau de la direction d'établissement étaient les objectifs principaux, implicitement posés par le porteur du projet. Le travail sur le bloc opératoire réalisé dans le cadre du chantier et porté par les équipes chirurgicales et d'anesthésie elles-mêmes (choix du site, identification des marges de productivité) doit donc avant tout être considéré comme un signal produit par les acteurs de terrain en direction de leur direction. Compte tenu du terme du projet, les problématiques de développement de l'activité, de son pilotage, de la maîtrise du processus demeurent à traiter.



2.3. Mise en œuvre des plans d'actions

2.3.1. Une vision d'ensemble

Au 1^{er} décembre 2006, l'état de mise en œuvre des plans d'action était le suivant :

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	Tous
Nombre d'actions	36	26	31	32	28	30	22	28	232
Taux d'actions mises en œuvre	67 %	85 %	65 %	31 %	82 %	73 %	82 %	32 %	63 %
Taux d'actions en cours	6 %	8 %	16 %	31 %	11 %	27 %	9 %	25 %	17 %
Taux d'actions abandonnées	28 %	8 %	19 %	38 %	7 %	0 %	9 %	43 %	20 %

Tableau 2 : synthèse de la mise en œuvre des plans d'actions au 1^{er} décembre 2006

Le taux de mise en œuvre des plans d'actions va de 31 % (H4) à 85 % (H2) et est à 63 % pour l'ensemble des équipes engagées. Trois établissements ont un taux de mise en œuvre qui peut être qualifié de très élevé (au dessus de 80 %).

Entre 0 (H6) et 43 % (H8) des actions ont été abandonnées en cours de chantier. Les raisons diffèrent d'un site à l'autre (cf. annexe 2).

On note une absence de corrélation entre taux de mise en œuvre et nombre d'actions inscrites au plan d'actions. Pour autant, les établissements ayant les plus forts taux de mise en œuvre sont aussi ceux ayant les plans d'actions les plus ciblés. Au final, il est difficile de conclure sur le fait que le caractère étendu du plan d'actions soit ou non un facteur de risque de non mise en œuvre.

2.3.2. Une analyse par axe de travail

Le tableau suivant présente la situation constatée, par axe d'amélioration, au 1^{er} décembre 2006.

	nombre d'actions	taux de mise en œuvre	taux d'actions en cours	taux d'actions abandonnées
Institutionnel	24	58 %	42 %	0 %
Piloter	17	65 %	18 %	18 %
Développer, convaincre	27	48 %	37 %	19 %
Améliorer le parcours	109	66 %	13 %	21 %
Organiser l'UCA	26	69 %	12 %	19 %
Mieux programmer au bloc	18	67 %	17 %	17 %
Améliorer l'architecture existante	12	75 %	0 %	25 %

Tableau 3 : état d'avancement de la mise en œuvre des plans d'actions, par axe de travail

A l'exception des interventions sur l'architecture existante, les axes ayant le plus fort taux de mise en œuvre sont ceux au cœur du projet MeaH : organisation et pilotage.

Les axes pour lesquels le taux d'actions en cours est le plus élevé sont ceux relatifs au développement de l'activité (conviction des opérateurs...) et aux actions institutionnelles, ce qui semble cohérent avec l'inertie inhérente à ces problématiques.



Enfin, concernant les axes pour lesquels le taux d'abandon est le plus important, sont retrouvés ceux en lien avec l'architecture et l'amélioration du parcours du patient (axe le plus fournis en actions). Cela dit, le taux d'abandon est relativement proche pour les différents axes d'amélioration.

Il convient de noter que lors de certains chantiers, nous avons pu constater que les plans d'actions composés d'actions ciblées garantissaient un fort taux de mis en œuvre et un impact plus important¹². Cela est particulièrement vrai lorsqu'il est possible de définir avec précision le périmètre et les objectifs de ces actions. Le cas du chantier sur la chirurgie ambulatoire s'inscrit difficilement dans ce cadre. En effet, cette activité se caractérise par une implication large de tous les acteurs de l'établissement et intéresse les aspects organisationnels aussi bien qu'institutionnels, et même les pratiques professionnelles. Dès lors, un plan d'actions équilibré doit comprendre des actions de court et de long termes, dont l'objectif, au-delà de la mise en œuvre, est de porter la question de la chirurgie ambulatoire à tous les niveaux.

2.4. L'impact des plans d'actions

2.4.1. Sur la maîtrise du processus de prise en charge des patients

La réflexion sur la maîtrise des processus et la mise en œuvre d'outils de pilotage ont permis de mesurer (en routine la plupart du temps, mais encore ponctuellement dans certains sites) l'évolution de deux indicateurs considérés comme de bons marqueurs de la qualité de l'organisation : les déprogrammations à J0 et les conversions en hospitalisation complète¹³. L'analyse des causes permet de faire la part entre aléa médical et incident organisationnel (de la qualité de l'évaluation de l'éligibilité du patient au respect des rythmes de passage le jour de l'intervention,...)

	Déprogrammations à J0		Conversions en hospitalisation complète	
	Avant	après	Avant	après
H2	6,6 %	4,0 %	0,8 %	0,5 %
H3	10,6 %	14,0 %	4,5 %	0,9 %
H4	6,0 %	2,1 %	3,0 %	4,6 %
H5	18,0 %	10,0 %	4,2 %	2,3 %
H6	4,0 %	<2 %	<1 %	3,0 %
H7	1,6 %	0,2 %	2,8 %	<1 %

Tableau 4 : évolution des indicateurs « déprogrammation » et « conversion en hospitalisation complète »

On constate une tendance à l'amélioration de ces deux indicateurs de référence :

- 5 UCA sur 6 ont diminué leur taux de déprogrammation ;
- 3 UCA sur 5 le mesurant en routine ont diminué leur taux de conversion (transformation) en hospitalisation complète.

¹² Sur cet élément d'analyse, se reporter à « organisation du service de radiothérapie : rapport de fin de chantier 2005/2006 » sur le site Internet de la MeaH

¹³ On pourra par exemple se reporter à Audit Commission « day surgery, review of national findings » Acute hospital Portfolio, december 2001



Pour autant, les valeurs des indicateurs en fin de chantier témoignent de la persistance de marges d'amélioration dans la majorité des sites (eu égard aux données de la littérature et aux différences constatées d'un établissement à l'autre). Quelques commentaires s'imposent par ailleurs :

- il est difficile d'isoler les éléments ayant permis aux établissements de s'améliorer sur ces deux dimensions, mais la prise de conscience, la sécurisation du processus en amont de l'hospitalisation (meilleur partage de l'information, systématisation des pré admissions, appel de la veille notamment) et la meilleure maîtrise du flux de patients le jour de leur intervention (arrivée échelonnée, arrêt des prémédications systématiques, utilisation des scores d'aptitude à la rue, vérification en amont des critères d'éligibilité...) en font certainement partie ;
- le fait de bénéficier d'une mesure en routine est un progrès en soi et, pour ces deux indicateurs, fait partie des recommandations des sociétés savantes ;
- compte tenu du volume d'activité, les incidents relevés peuvent être considérés comme du « bruit » plutôt que comme de réelles tendances (une très petite variation en nombre de cas se peut se traduire par une importante différence en termes de pourcentage (Figure 1) ;
- la valeur finale de la mesure dépend également de l'ancienneté de son mise en oeuvre : on constate souvent des phénomènes de hausse paradoxale des déclarations d'incidents à la mise en route de la mesure, suivie d'une diminution en lien avec les actions mises en oeuvre.

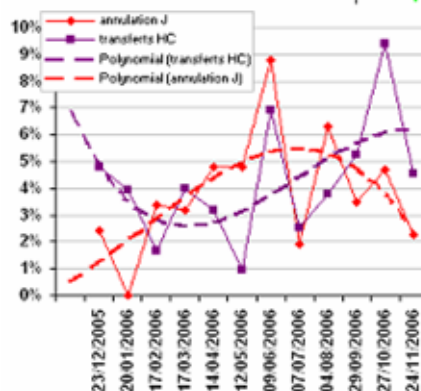


Figure 1 : exemple de suivi des incidents en chirurgie ambulatoire

2.4.2. Sur l'activité

L'inertie et la saisonnalité des indicateurs retenus pour évaluer l'impact de l'intervention sur l'activité font qu'il convient de parler de tendances plus que de résultats nets.



	part de la chirurgie ambulatoire		dont "qualifiée" (% de "c")		dont ambulatoire forain		Activité quotidienne à l'UCA (passage/j)		
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	
H1	28 %	28 %	Variable		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
H2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	sénologie
H3	36,5 %	37 %	47 %	47 %	43 %	39 %	5,2	5,6	arthroscopie varices hernies
H4	27 %	32 %	44 %	47 %	45 %	35 %	6	6	
H5	21 %	27 %	76 %	73 %	29 %	15 %	2,8	3,9	arthroscopie varices
H6	22 %	25 %	76 %	56 %	44 %	32 %	8	11,7	
H7	33 %	39 %	18 %	24 %	15 %	15 %	13.5	15	varices
H8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

Tableau 5 : évolution de l'activité « chirurgie ambulatoire »

Ces tendances ont été suivies à l'aide de l'outil « suivchiramb » par ailleurs présenté sur le site de la MeaH et automatisé depuis (cf. aussi un rendu en annexe 3). Le taux d'activité réalisée en ambulatoire ne concerne pas seulement les 18 gestes marqueurs ou les 5 GHM faisant l'objet de la contractualisation Etat-ARH-Etablissements, mais bien l'activité chirurgicale dans son ensemble (cf. définition du périmètre dans la partie 1.1). A ces précautions près, l'évolution de l'activité peut être résumée dans le Tableau 5.

On constate :

- une augmentation de la part de l'ambulatoire dans 4 établissements sur 8 (6 ayant une UCA), pouvant aller jusqu'à +6 % pour deux d'entre eux. (à H5, l'activité ambulatoire a crû de 33,2 % pendant que l'activité chirurgicale totale croissait de 3,4 %) ;
- le développement de l'ambulatoire ne mobilise la chirurgie qualifiée que dans un second temps. Concernant les quatre établissements évoqués précédemment, la croissance de la part de la chirurgie ambulatoire semble être le fait d'un accroissement de la chirurgie non qualifiée pour les deux ayant initialement le taux d'ambulatoire le plus bas et le taux de « C » le plus haut ;
- des progrès significatifs concernant le lieu des prises en charge ambulatoires, avec une régression de l'ambulatoire forain dans 4 établissements sur 6 ayant une UCA (H3, H4, H5 et H6). A noter les taux étonnamment élevés d'ambulatoire forain constatés dans l'ensemble des établissements ;
- que de nouveaux actes sont apparus dans les case-mix ambulatoire de certains établissements ;
- que l'activité quotidienne moyenne des UCA reste modeste et, la plupart du temps, en deçà des prévisions formulées.

On notera également que les établissements ayant le plus développé leur ambulatoire n'ont pas connu une évolution de leur activité chirurgicale totale différente des autres établissements.

Pour la suite des travaux et du fait des enjeux financiers, un indicateur de choix à suivre sera le taux de CM24C de 1 nuit.



2.4.3. Sur d'autres dimensions

D'autres progrès sont par ailleurs à rapporter :

- en premier lieu sur d'autres dimensions de la qualité de la prise en charge en ambulatoire :
 - amélioration de la prise en charge de la douleur (H2 et H3 notamment) : systématisation de la réalisation des prescriptions d'antalgiques (pour que le patient les achète avant le jour de son intervention et les ait chez lui y compris s'il quitte l'UCA tardivement...), meilleure adaptation du choix de l'anesthésie selon le profil de patient...
 - renforcement du suivi post-opératoire (notamment H3 et H6) : monitoring des symptômes post opératoire (nausées, douleurs, saignement, fièvre) et standardisation des réponses à apporter aux patients...
 - systématisation de la remise à la rue des patients avec les documents écrits nécessaires et signés du médecin...
- en second lieu, des diffusions de bonnes pratiques ont eu lieu entre le secteur ambulatoire et le secteur d'hospitalisation traditionnelle : simplification du parcours pré-hospitalier, appel ciblé de certains patients la veille de leur intervention notamment.

Pour les établissements n'ayant pas d'UCA, l'apport du chantier peut être résumé comme suit :

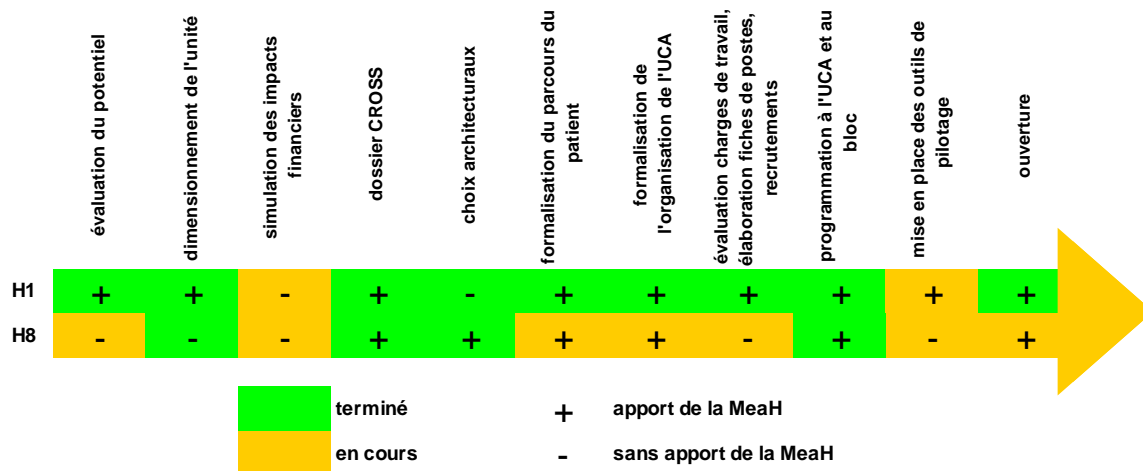


Figure 2 : cas des deux établissements n'ayant pas d'UCA



3. Les enseignements : « d'un exercice institutionnel à une aventure entrepreneuriale »

Le travail et les réflexions menés avec le groupe de travail au cours des 20 mois du chantier ont porté en priorité sur des problématiques organisationnelles (maîtrise du processus) et de développement de l'activité (conviction des opérateurs). Le « patient » a été absent de la réflexion tant il est acquis, pour les professionnels impliqués dans ce chantier, que ce mode de prise en charge présente pour lui des avantages (un accompagnement préopératoire renforcé, un risque d'infection nosocomiale inférieur...) qui compensent les inconvénients (notamment le besoin de respecter les horaires, d'être accompagné pour le retour à domicile...).

Aussi, est-ce volontairement que la partie suivante présente les enseignements du chantier sous un angle « production de soins » : la réussite d'une UCA dépend certes de la qualité des soins qui y sont prodigués, mais aussi de la capacité de son encadrement à maîtriser un processus organisationnel complexe et à mobiliser le potentiel de développement existant au sein de l'établissement.

Dans ce schéma entrepreneurial, l'UCA est une « petite entreprise » où chaque acteur a son rôle à jouer.

3.1. Le chirurgien, premier client de l'UCA

Le premier client de l'UCA, avant même le patient, est le chirurgien. Bien qu'on ait pu constater une satisfaction importante des patients ayant bénéficié d'une prise en charge ambulatoire, c'est bien au chirurgien que revient en dernier lieu de décider si la prise en charge du patient sera ambulatoire ou non et si elle s'effectuera à l'UCA. C'est donc vers lui que les efforts de développement de la chirurgie ambulatoire doivent s'orienter prioritairement.

Convaincre un chirurgien de la pertinence et de la qualité de la prise en charge ambulatoire nécessite des efforts importants de la part du responsable médical de l'UCA. La visite d'un site « vitrine » disposant d'une UCA bien organisée s'avère souvent un facteur de conviction important pour des chirurgiens ayant des réticences à l'ambulatoire. De même, l'organisation d'entretiens avec des confrères pratiquant l'ambulatoire et satisfaits de cette pratique permet de lever certains doutes et appréhensions.

Lorsque les chirurgiens ont décidé de confier une partie de leur activité à l'UCA, celle-ci se doit d'offrir :

- un service fiable : pas de retard au bloc, pas de déprogrammation ou de transformation en hospitalisation complète pour des causes organisationnelles, pas de fermeture inopinée de l'UCA ;
- un accueil et une prise en charge de qualité : pas d'attentes inutiles pour le patient, un respect de l'intimité et de bonnes conditions de repos, une évaluation professionnelle de l'aptitude à la rue ;
- une attention particulière aux suites de soins immédiates : numéro de téléphone et personne à contacter en cas d'urgences, appel du lendemain pour évaluer l'état du patient, mais aussi modalités de transfert en hospitalisation complète, au cas où...
- des services en plus pour le chirurgien et son patient : appels de la veille et du lendemain, édition rapide des comptes-rendus et des documents de sortie...

Ces avantages doivent être réels et mis en avant pour contrebalancer les contraintes imposées aux chirurgiens désireux de confier leurs patients à l'UCA.



3.2. Les responsables de l'Unité de Chirurgie ambulatoire

3.2.1. Le responsable médical de l'UCA est l'entrepreneur

L'objectif principal du coordonnateur médical est la croissance de l'activité de son unité :

- parce qu'il est convaincu du bien fondé de proposer ce mode de prise en charge aux patients et qu'il pense qu'ambulatoire forain et prises en charges substituables non substituées ne doivent plus exister ;
- pour « coller » aux perspectives de développement inscrites dans le projet et ayant déclenché l'investissement.

Pour cela, sont requises de véritables compétences d'entrepreneur, c'est-à-dire la capacité :

- d'identifier et de mobiliser des potentiels de développement en emportant la conviction de ses collègues chirurgiens et anesthésistes ;
- d'entraîner une équipe soignante dans une nouvelle activité, avec des perspectives de croissance et des obligations nouvelles d'amélioration de la qualité ;
- de gérer les relations avec une direction d'établissement, notamment dans le cadre du développement d'une activité nouvelle, avec ses enjeux stratégiques et réglementaires, mais aussi avec ses risques financiers.

Force de conviction, leadership, compréhension d'enjeux multiples et capacité de dialogue avec des interlocuteurs très différents, sont donc les qualités requises.

Si les capacités de dialogue avec la direction et de motivation d'une équipe font partie de qualités classiques pour un chef de service, celle de mobiliser un potentiel de développement, qui plus est interne, est peut-être moins répandue : il s'agit d'être capable de « vendre » son projet d'unité à ses confrères. Ce concept de « vente » peut paraître éloigné des problématiques du monde médical et hospitalier, pour autant les professionnels ayant participé au chantier se le sont dans l'ensemble assez facilement approprié dès lors qu'il a été explicité. Il recoupe :

- l'identification des potentiels de développement et de leurs détenteurs : où persiste-t-il des pratiques d'ambulatoire forain (potentiel de regroupement) ? Au regard de l'état de l'art et des attentes des professionnels de l'établissement, quelles possibilités de « substitution » existe-t-il dans l'établissement ?
- toutes les actions pour emporter la conviction des détenteurs de ces potentiels :
 - par « lobbying » auprès des décideurs et des faiseurs d'opinion (principalement les chefs de service), en identifiant auparavant les éléments de blocage réels (besoin de faire évoluer les pratiques d'anesthésie, d'organiser les suites de soins...) ou ressentis (risque de ne pas voir figurer l'activité faite à l'UCA dans les statistiques de son service...);
 - par une communication personnalisée vers l'ensemble des acteurs pouvant influencer à un moment donné le parcours du patient et le choix de la modalité de prise en charge (secrétaires médicales et cadres des services de chirurgie ne devant pas être omis...).
- Le suivi prospectif :



- du « marché interne » : persiste-t-il des réfractaires à ce mode de pratique ? Y a-t-il de nouvelles opportunités ?
- de la croissance de l'activité : à quel rythme sont mobilisés les différents potentiels de développement ? l'activité confiée à l'UCA correspond-t-elle bien à de la chirurgie qualifiée ? L'activité croît-elle harmonieusement, de façon lisse sur la semaine et régulière d'une semaine à l'autre ? L'organisation existante permet-elle de faire face à la croissance ?
- des équipes ayant confié leurs patients à l'UCA : parce qu'il est plus facile de conserver et d'améliorer une relation avec une équipe chirurgicale que d'en convaincre une nouvelle, un suivi dans le temps du service offert aux patients s'avère capital. Certaines UCA engagées fournissent des statistiques régulières (activité en volume mais aussi divers éléments tels que la description des symptômes post-opératoires décrits lors de l'appel téléphonique à J+1...) et questionnent de façon structurée et régulière les différents chirurgiens de l'hôpital sur leur satisfaction du service fourni à l'UCA.

Toutes ces actions reposent sur une bonne maîtrise de l'information, sur l'activité de l'UCA (volume, rythmes, typologies de patient, qualité du service...) et sur l'activité chirurgicale de l'établissement.

3.2.2. Le cadre de santé est le gestionnaire, chef de l' « unité de production »

Le rôle du cadre de santé de l'UCA est d'assurer la gestion opérationnelle de l'unité, c'est-à-dire d'avoir la maîtrise du processus de production, à savoir principalement du circuit patient. À ce titre, il doit être capable de s'assurer que les ressources dont dispose l'unité sont en rapport avec l'activité générée. Ces ressources peuvent être des ressources humaines (personnel de l'UCA et du bloc dédié s'il y a lieu), des ressources de places (nombre de places ouvertes à l'UCA, horaires d'ouverture de l'UCA, plages opératoires disponibles...) ou d'autres types de ressources.

Les outils à sa disposition lui permettent d'analyser les différents temps du parcours du patient au sein de l'UCA, d'appareiller les prises en charge pour permettre plusieurs passages par jour sur une même place et d'évaluer la qualité générale du processus (déprogrammations à J0, transformations en hospitalisation complète, taux d'appel de la veille, du lendemain, délai entre arrivée du patient et passage au bloc, délai entre aptitude à la rue et signature du praticien, taux de patients repartant avec les documents ad hoc...).

Le cadre de l'UCA doit aussi expliquer les avantages et les contraintes de son unité aux cadres des unités de chirurgie classique, du bloc opératoire, des consultations et aux secrétaires médicales, car tous ces acteurs sont impliqués dans la programmation des patients et pèsent plus qu'on ne peut le penser, a priori, dans la décision finale de confier ou non un patient à l'Unité de Chirurgie Ambulatoire.



3.3. Le cas des directions d'établissement

D'un impact limité sur l'infléchissement des pratiques des équipes chirurgicales et d'anesthésie, les directions peuvent néanmoins favoriser le développement de l'activité, déployer différents types de politiques, des plus incitatives au plus coercitives (renégocier les activités libérales des praticiens, financer les charges de l'UCA au pro rata du potentiel de substitution des différents pôles / services, fermer des lits d'hospitalisation complète pour contraindre le redéploiement d'activité...). Les stratégies internes sont nombreuses, mais dans tous les cas, un certain nombre d'attentes sur l'action et le positionnement des directions ont été formulées en cours de chantier :

- il est attendu des directions une meilleure compréhension et une plus grande communication sur les conséquences financières du développement de l'ambulatoire :
 - la substitution en prises en charge ambulatoires de prises en charge en hospitalisation complète se traduit par une dégradation du chiffre d'affaire et le plus souvent de marge, que l'établissement doit compenser par des diminutions de charges ou par l'augmentation de l'activité sur les places libérées en hospitalisation complète ;
 - l'enjeu financier repose en premier lieu sur les séjours de 1 nuit ;
 - enfin, l'évolution des règles de tarification (100 % T2A, débasage, actes frontières, ambulatoire forain...) doit être anticipée et rendue compréhensible de façon à ce qu'elle ne devienne pas un élément d'incertitude et un frein au développement de l'ambulatoire ;
- une plus grande vigilance est attendue quant au dimensionnement des ressources engagées :
 - d'une part, parce que les volumes d'activité annoncés ou identifiés dans les analyses de case-mix prennent du temps à être mobilisés ;
 - d'autre part, parce qu'une unité mal dimensionnée peut avoir de nombreux impacts négatifs (mauvaises habitudes organisationnelles, notamment absence de nécessité de bien maîtriser le processus de prise en charge ; crispation du dialogue entre direction et équipes médicales et soignantes devant une opération non équilibrée...);
- il est attendu après l'ouverture, un dialogue renforcé avec les responsables de l'UCA pour s'assurer du respect du rythme de croissance de l'activité tel que défini dans le projet initial, pour redéfinir les perspectives d'activité au besoin et pour soutenir les responsables de l'UCA dans leur travail : autoriser une ouverture quotidienne de l'UCA même en cas de très faible activité (ce qui est plus simple lorsque ses ressources n'ont pas été dimensionnées de façon trop optimiste), soutenir et encourager les démarches visant à faire évoluer les pratiques professionnelles (visites d'établissements et d'équipes de référence, homogénéisation des pratiques d'anesthésie, formations...), réaffirmer les enjeux et la volonté de l'établissement.

Pour être complète, cette compréhension du rôle de chacun des acteurs intra hospitalier pourrait s'accompagner d'une description de l'« environnement » et notamment des conséquences pour les producteurs de l'incertitude que font peser l'évolution des règles tarifaires d'une part et la complexité des discours institutionnels d'autre part.



4. Conclusion et perspectives

4.1. Des résultats encourageants

4.1.1. Des enseignements pour la suite

Les principaux enseignements présentés dans ce rapport méritent d'être repris ici.

Une information à maîtriser : le développement de l'ambulatoire passe par une bonne maîtrise de l'information tant au niveau de l'établissement dans son ensemble que de l'unité de chirurgie ambulatoire. Cette maîtrise passe par des définitions partagées (périmètre de l'ambulatoire), par un paramétrage des outils disponibles (pré requêtage des fichiers RSS), par le développement d'un tableau de bord simple (pour la direction et pour les responsables de l'UCA) et par le renforcement des staffs de services. Sur cette maîtrise de l'information et ses différents composants, le retour d'expérience des huit premiers établissements est riche¹⁴.

Le processus de prise en charge du patient est simple, bien que difficile à maîtriser par endroit. Le recueil de bonnes pratiques organisationnelles, publié en juin 2007 permettra aux équipes qui le souhaitent, d'approfondir la description des principales étapes faite à la partie 1.5. et de bénéficier d'une description plus fine des modalités d'organisation mises en œuvre par les équipes engagées sur ce premier chantier, pour sécuriser leur processus, fluidifier leur flux de patients et permettre, à terme, plusieurs passages par place et par jour.

L'évolution des pratiques professionnelles doit être considérée comme un processus à part entière. Commencant par une bonne diffusion de la connaissance au sein de l'établissement (critères d'éligibilité, réglementation, description des case-mix de l'exercice passé...), elle se poursuit par l'instauration d'un dialogue entre le responsable médical de l'UCA et ses pairs, et par un véritable processus institutionnel visant à promouvoir formations et rencontres avec des équipes reconnues. Dans ce processus, la direction a assurément à jouer un rôle de facilitateur et d'arbitre, dès lors que les blocages mis en avant par certaines équipes chirurgicales sont sans fondement et pénalisent le projet de l'établissement.

Un environnement incertain, mais qui ne doit pas être instrumentalisé : caractère incitatif des tarifs, gestes choisis dans le cadre de la contractualisation Etat-ARH-Etablissements, périmètre de l'ambulatoire, place des UCA dans la mise en pôle imposée par la réforme de la gouvernance... L'environnement dans lequel doit se développer cette activité est certes complexe mais il ne peut être tenu pour responsable du statu quo. Certains établissements réussissent ce développement, parce qu'ils ont compris que les perspectives de croissance de cette activité sont réelles, parce que les opportunités de faire croître son activité chirurgicale ou d'en diminuer les coûts existent, et enfin parce qu'ils ont gardé leur attention focalisée sur les problématiques d'organisation et de production.

Le développement de l'ambulatoire au sein d'un établissement ne saurait reposer sur une seule personne, tant le risque que son départ ferait courir à l'ensemble de la structure est grand. On recommandera donc de faire vivre un groupe d'utilisateurs réunissant avec les responsables de l'UCA, les équipes chirurgicales et d'anesthésie les plus motivées.

¹⁴ Cf. « Organisation de la chirurgie ambulatoire : retours d'expériences » (recueil de bonnes pratiques organisationnelles, MeaH, juin 2007 et sur le site Internet de la MeaH : www.meah.sante.gouv.fr)



Enfin, la compréhension du développement de la chirurgie ambulatoire comme une aventure entrepreneuriale offre un cadre d'analyse pertinent pour construire le projet de déploiement et accompagner au mieux les établissements désireux de bénéficier du dispositif de déploiement

4.1.2. Des outils simples et utiles

Les travaux menés avec les huit établissements permettent de bénéficier d'un certain nombre d'outils utiles à l'ensemble des établissements :

- valorisation des données du PMSI. La collaboration avec les DIM permet de proposer aux établissements, une suite d'outils permettant :
 - d'identifier le potentiel de substitution, par l'identification de séjours de une ou de deux nuits pour des gestes par ailleurs figurant dans différentes listes de gestes réalisables en ambulatoire (ce potentiel ne devant pas être considéré comme une vérité absolue mais comme une base de travail) ;
 - d'identifier le potentiel de regroupement, soit l'ambulatoire forain ;
 - de suivre certaines données dans le temps, notamment la part de l'ambulatoire dans la chirurgie totale, les séjours de une nuit, l'ambulatoire forain, la part de « c » dans l'ambulatoire, le taux d'ambulatoire pour certains gestes faisant l'objet d'une contractualisation avec l'ARH.
- Analyse des délais de chacune des étapes des parcours des patients. Cet outil est utile pour les établissements arrivant à un seuil d'activité nécessitant de réaliser plusieurs passages par place et par jour, et est à utiliser pour les actes représentant un fort volume à l'UCA et dans un but d'« appariement des prises en charge » ;
- Suivi de l'activité à l'UCA. Sur la base de fiches de recueil prédéfinies, cet outil permet de générer un suivi dans le temps de l'activité en volume (par spécialité, par jour d'ouverture, par semaine...) et en qualité (déprogrammation, transformations en hospitalisation complète, taux d'appel de la veille et du lendemain, satisfaction).

4.1.3. Un répertoire d'actions

Un ouvrage de capitalisation reprend les principales actions et modalités organisationnelles mise en place par les huit premiers établissements engagés. Ce répertoire d'action pourra inspirer les établissements engagés dans une telle démarche ou souhaitant se faire accompagner dans le cadre du dispositif de déploiement de la MeaH.

Le plan de cet ouvrage est disponible à la fin de ce rapport (cf. annexe 4).

4.1.4. Des résultats chiffrés

Parmi les 6 établissements ayant une unité de chirurgie ambulatoire :

- 4 ont augmenté leur part d'activité chirurgicale réalisée en ambulatoire ;
- 4 ont diminué leur part d'ambulatoire forain ;
- 5 ont diminué leur taux de déprogrammation ;
- 4 ont diminué leur taux de transformation en hospitalisation complète.



4.1.5. Une satisfaction des professionnels

Si les professionnels engagés estiment que le chantier leur aura insuffisamment permis de clarifier l'ensemble des questions réglementaires et financières, ils sont en revanche¹⁵ :

- Satisfaits de l'espace de partage entre professionnels offert dans le cadre du dispositif MeaH ;
- Près de 9 sur 10 à estimer que le chantier leur aura permis d'améliorer leur organisation ;
- Plus de 9 sur 10 à estimer avoir obtenu des résultats significatifs ;
- Unanimes pour recommander à un confrère de participer à une telle démarche.

4.2. Un accompagnement proposé à 40 services dès septembre 2007

A la demande de son comité de pilotage, la MeaH offre 40 places dans le cadre de son programme de déploiement. L'appel à candidature est déjà ouvert (cf. site Internet de la MeaH, www.meah.sante.gouv.fr) et les travaux seront lancés en septembre 2007.

Ce dispositif s'appuiera sur les enseignements du chantier pilote.

¹⁵ Questionnaire satisfaction remis à 17 participants lors du dernier CTN



5. Annexes

Annexe 1: Tableau synoptique des plans d'actions par établissement pour le chantier MeaH chirurgie ambulatoire

Actions	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Axe de travail : accompagner l'établissement dans ses projets stratégiques et institutionnels								
Accompagnement à la réalisation du dossier CROSS								
Analyser les impacts financiers								
Etudier l'opportunité financière d'ouvrir de nouvelles vacations opératoires								
Intégrer l'activité ambulatoire dans la réflexion sur la nouvelle gouvernance								
Identifier le potentiel de substitution								
Publier sur la démarche et les résultats atteints								
valoriser le travail dans le cadre de l'accréditation								
Axe de travail : renforcer le pilotage de l'activité								
Créer, alimenter et se servir d'un tableau de bord								
Mettre en place un suivi en routine des incidents (ambulatoire forain, déprogrammation, transformations en hospitalisation complète et causes)								
Structurer les staffs de service								
Faire émerger un binôme médecin / cadre coordonnant l'activité								
Exploiter les questionnaires de l'appel du lendemain								
Mettre en place une revue des dossiers								
Axe de travail : développer l'activité ambulatoire à l'UCA								
Convaincre les opposants à l'ambulatoire								
Aider les chirurgiens, les anesthésistes à analyser leur activité et à exprimer leurs objectifs, leurs craintes et leurs attentes								
Convaincre les spécialistes de confier leur activité ambulatoire à l'UCA								
Convaincre les opérateurs de pratiquer l'ambulatoire en définissant les règles et en favorisant l'accès aux lits d'HC, "au cas où"								
Convaincre les opérateurs de pratiquer l'ambulatoire en améliorant le partenariat avec la ville pour les suites de soins								
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								
Définir entre professionnels et localement, la liste des actes éligibles à l'ambulatoire								
Communiquer en interne, vers les patients et vers les correspondants de ville								
Axe de travail : améliorer le circuit patient								
réduire les délais de prise en charge des patients pour certaines pathologies								
redéfinir le bilan pré opératoire standard								
améliorer le partage de l'information consultations /- UCA / Bloc								
développer une fiche navette ambulatoire et les documents d'information au patient								
renforcer l'information du patient en donnant ce rôle à une IDE plutôt qu'à un médecin ou une secrétaire médicale								
Développer un support d'information du patient spécifique de l'ambulatoire								
systématiser la pré admission des patients au moment des consultations								
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)								
Définir sur quels critères certains patients sont appelés, d'autres non								



Faire arriver les patients de façon échelonnée																				
Connaître les délais de chaque étape de la prise en charge pour améliorer le circuit du patient																				
Etre capable d'accueillir des patients tout au long de la journée et de la semaine																				
Protocoliser la prémédication																				
Protocoliser la prémédication et la prise en charge de la douleur																				
Améliorer les conditions du transport des patients de l'UCA vers le bloc																				
Raccourcir le circuit du patient de l'UCA vers le bloc																				
Analyser l'opportunité de mettre en place des circuits différenciés entre AG et AL																				
Éviter le croisement des flux de patients entrants et sortants à l'UCA																				
Rédiger systématiquement les ordonnances d'antalgiques																				
Rédiger systématiquement 2 ordonnances d'antalgiques																				
Permettre le repérage des patients ambulatoire en SSPI																				
Limiter le nombre de transferts du patient par l'utilisation de lits brancards																				
Protocoliser la sortie : qui signe l'aptitude à la rue et quand																				
Utiliser des scores de notation pour permettre aux IDE d'évaluer l'aptitude à la rue																				
Utiliser des CRO types																				
Confier systématiquement au patient un CRO lors de sa sortie																				
Améliorer la circulation des documents en créant un point de signature du CRO par le chirurgien dans le sas du bloc																				
Définir les modalités de transfert des patients en hospitalisation complète si besoin																				
Formaliser la permanence des soins pour les opérés (qui contacter, quelles informations)																				
Remettre aux patients un document comportant les recommandations post-opératoires spécifiques de l'ambulatoire																				
Développer des partenariats avec la ville (SIAD et HAD) pour les suites de soins																				
Mettre en place un appel du lendemain, ciblé ou systématique (modalité et contenu)																				
Formaliser un circuit par pathologie																				
Programmer le rendez-vous d'anesthésie dès la pose de l'indication par le chirurgien (le patient repart avec son RDV d'anesthésie)																				
Réaliser une enquête satisfaction																				
Exploiter les résultats suite à l'évaluation de l'enquête de satisfaction																				
Élaborer une procédure pour apporter réponses adaptées lors des appels post-op.																				
Axe de travail : améliorer l'organisation de l'UCA																				
Rédiger, valider et faire appliquer les chartes et règlements																				
Rédiger les fiches de poste (qui vérifie les dossiers, s'occupe des appels, brancarde...)																				
Aménager et utiliser au mieux les périodes de chevauchement des équipes																				
Dégager les infirmières de certaines tâches administratives par le partage des tâches avec une secrétaire médicale																				
Formaliser les étapes du circuit patient à l'UCA																				
Recenser de tous les supports soignants et supprimer les retranscriptions																				
Formaliser le circuit du dossier patient																				
Déterminer et formaliser les articulations avec les autres services (chir, consult...)																				
Définir des indicateurs spécifiques à l'UCA pour faciliter la programmation opératoire																				
Réorganiser la SSPI dédiée à l'UCA																				
Mettre en place une organisation permettant plusieurs passages par place et par jour (accélérer la sortie des patients)																				
Axe de travail : améliorer l'organisation du bloc opératoire																				
Mettre en place un staff hebdomadaire au bloc portant sur la programmation de l'activité pour la semaine suivante																				
Définir des règles de programmation propices à l'ambulatoire et compatibles avec le reste de l'activité chirurgicale																				



Transférer de l'activité du bloc central vers le bloc ambu : identifier les actes, les quantifier et mettre en place l'organisation										
Objectiver les marges de manœuvre au bloc opératoire										
Connaître et se servir des gammes de temps opératoires										
Rendre plus lisibles les programmes opératoires										
Autoriser une plus grande souplesse de fonctionnement de l'UCA avec le bloc dédié et le bloc commun										
Redéfinir la répartition des vacations opératoires et l'organisation du travail dans le cadre d'une restructuration architecturale										
Axe de travail : architecture										
Choisir le lieu ad hoc pour la localisation de l'UCA										
Ressourcer une pièce de l'UCA pour y faire les petits actes sous AL										
Créer un salon de repos pour permettre une meilleure rotation des places										
Améliorer l'architecture existante										



Annexe 2 : Vision globale de la dynamique constatée sur site, par les consultants ayant accompagné les équipes

H1 : 36 actions, 67 % de taux de mise en œuvre

Le directeur adjoint, chef de projet interne et responsable de la mise en place de l'UCA, aidé du groupe de travail spécifique, a mis en place et suivi progressivement la réalisation des actions prévues. Le groupe de travail était constitué des personnes qui seront amenées à jouer un rôle majeur dans le fonctionnement de la future UCA : chef anesthésiste, cadre de santé « référente » de l'UCA, cadre de bloc...

L'accompagnement du consultant a porté principalement sur les deux premiers axes, apparus comme prioritaires, à savoir l'évaluation du périmètre de la chirurgie ambulatoire sur l'établissement et les réflexions sur les modalités de programmation opératoire. Les deux autres axes, concernant davantage la mise en place de l'UCA ont surtout fait l'objet d'un travail en interne, coordonné par le directeur adjoint.

Le comité de pilotage s'est réuni périodiquement, tout au long de l'étude, avec cependant une fréquence de réunions plus faible vers la fin 2006, au vu des différents projets menés simultanément au sein de l'établissement (mise en place des pôles notamment...).

La consultante a ainsi participé à la quasi-totalité des réunions du comité de pilotage afin de faire un point d'étape régulier sur l'avancée du plan d'actions global, axe par axe.

L'expert anesthésiste est intervenu au début de la mission dans l'établissement afin de s'entretenir avec les différents chirurgiens et anesthésistes présents. Il aurait été intéressant de poursuivre ce travail de sensibilisation des praticiens, mais la mobilisation des chirurgiens sur le temps de l'étude s'est révélée difficile, d'autant plus que la mise en place de l'UCA n'était pas encore effective.

L'aide méthodologique apportée par l'étude MeaH a surtout permis à l'établissement de mener des réflexions qui se sont révélées indispensables, avant même de se lancer dans la mise en place concrète de l'UCA et dans la préparation de l'ouverture de cette unité.

H2 : 26 actions, 85 % de taux de mise en œuvre

Le coordonnateur interne impliqué dans le projet a toujours facilité la démarche. Un chef de projet, responsable de la conduite du travail dans le respect des objectifs assignés, a été nommé.

Le groupe projet élargi s'est réuni tous les mois, avec une présence assidue de tous ses membres. Un relevé de décision a été formalisé à chaque réunion, et des objectifs ont été fixés par rapport à l'état d'avancement des travaux.

A la demande du groupe projet, les travaux menés par ce groupe ont été présentés à la Direction de l'établissement, par le coordonnateur interne et la consultante. Les objectifs recherchés étaient de :

- Rendre compte des travaux réalisés ;
- Obtenir un consensus afin de progresser, en particulier par rapport à l'axe 3 sur la restructuration des locaux et l'axe 2 sur la sénologie et l'impact de cette réorganisation en amont et en aval de l'acte opératoire.



Plusieurs évaluations ont été réalisées, pendant cette période pour vérifier l'état d'avancement du projet, mesurer les éventuels obstacles et identifier les leviers potentiels :

- Entre janvier et juillet 2006, les procédures ont été formalisées, pour définir les nouveaux circuits et les rôles de chaque intervenant ;
- En juillet 2006, 65,5 % des actions étaient réalisées ;
- En septembre 2006, 86 % des actions étaient réalisées.

Des formations ont été assurées pour faire respecter le circuit défini pour la pose de chambres implantables, de nouvelles techniques ont été mises en place, pour mieux prendre en charge la douleur et la montée en charge progressive des patientes en sénologie.

En parallèle, l'impact du chantier a été mesuré sur la qualité des prestations.

H3 : 31 actions, 65 % de taux de mise en œuvre

Le coordonnateur médical et le cadre de santé ont été très investis dans la mise en place de la nouvelle UCA (participation à la conception, à l'ouverture, à la montée en charge de l'activité...). Leur dynamisme et leur détermination ont permis de poursuivre les actions engagées, en particulier en phases 1 et 2.

Afin d'atteindre les objectifs fixés et déclinés dans les plans d'actions, l'organisation suivante a été mise en place, entre les personnes ressources en interne et les consultants :

- Le coordonnateur médical, et le cadre de santé ont assuré la gestion des projets sur l'appel du lendemain, la programmation du tableau opératoire, la réorganisation de la SSPI, le questionnaire d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, la procédure de pré-admission, les ordonnances d'antalgiques, le tableau de bord et sa restructuration....
- L'expert et la consultante ont eu en charge le travail de conviction auprès des opérateurs, des chirurgiens, des anesthésistes, pour identifier le potentiel de substitution avec eux, augmenter l'activité ambulatoire et aborder la gestion du bloc opératoire et de l'UCA, dans cette perspective de développement.
- Une réunion a été organisée entre la Direction, les utilisateurs de l'UCA, l'expert et la consultante, pour présenter les résultats de ces travaux, identifier les leviers et les freins organisationnels et donner des pistes de modification des pratiques instaurées initialement. Malheureusement, les objectifs de cette réunion n'ont pas été atteints, faute de participants à cette réunion de fin de chantier.

Plusieurs évaluations ont été réalisées, pendant cette période pour vérifier l'état d'avancement du projet, mesurer les éventuels obstacles et identifier les leviers potentiels :

- Plusieurs actions ont été mises en place, dès le début du chantier MeaH, car elles étaient déjà planifiées en interne, pour finaliser l'organisation mise en place à l'ouverture de la structure. Le questionnaire pour évaluer la satisfaction des patients a été ainsi écrit en septembre 2005, l'enquête ayant été réalisée dans la foulée. Les résultats ont été analysés en octobre 2005 et présentés aux utilisateurs de l'UCA en novembre 2005. La procédure de pré-admission a été mise en place en septembre 2005, la réorganisation de la SSPI en janvier 2006, ainsi que la mise en place de l'appel téléphonique du lendemain... Toutes ces actions mises en place prouvaient l'investissement des



responsables de la structure et leur détermination à finaliser les actions engagées avec une recherche de prise en charge de qualité.

- En juillet 2006, 67 % des actions étaient réalisées.
- En octobre 2006, aucune nouvelle action n'a été engagée en ce qui concerne l'analyse de la satisfaction de la clientèle programmée en novembre 2006, l'élaboration d'une procédure d'appel pour guider les IDE sur les questions-types, la rotation des places, la refonte du programme opératoire. Cette situation étant due en partie au départ du coordonnateur médical, porteuse du projet.

En conclusion, certaines actions ont été mises en place et d'autres n'ont pas été réalisées, car à la fin du chantier toutes les conditions n'étaient plus réunies pour atteindre les résultats escomptés.

H4 : 32 actions, 31 % de taux de mise en oeuvre

Le degré d'inachèvement du plan d'action marque :

- d'une part, l'impossibilité qu'il y a eu pour ce site à générer un intérêt des chirurgiens pour le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- d'autre part, la difficulté de mise en œuvre des actions pour l'encadrement de proximité trop impliqué dans la gestion des dysfonctionnements quotidiens ;
- le tout dans un contexte de suractivité chirurgicale vécu comme louable et donc ne poussant pas à la remise en question.

Il s'explique essentiellement par des causes internes à l'établissement, par ailleurs pointées vers la fin de notre mission par la visite d'accréditation V2. Ces raisons internes tiennent en deux points :

- La faiblesse d'un management central de l'activité chirurgicale : pas de conseil de bloc, pas de staff de bloc, aucune synchronisation entre praticiens, clientélisme, chefferie de service de l'anesthésie en jachère...
- La lutte pour la chefferie du pôle chirurgical, sachant que le bloc et l'anesthésie sont dans un pôle différent, qui immobilisait les praticiens les plus motivables dans une neutralité de bon aloi en période préélectorale.

Cet échec est d'autant plus dommageable, sur ce site que :

- de bons résultats ont été obtenus en termes d'évolution de certains indicateurs, témoignant des possibilités d'amélioration ;
- il était prévu d'envisager le développement de l'activité ambulatoire dans une démarche d'ouverture de nouvelles plages opératoires, tant les taux d'occupation du bloc sont aujourd'hui trop élevés.

H5 : 28 actions, 82 % de taux de mise en oeuvre

La mobilisation des professionnels de H5 s'est exprimée à 2 niveaux.

D'une part, le corps médical (chirurgiens et anesthésistes) a massivement répondu à l'invitation au dialogue avec un expert de la chirurgie ambulatoire. Habituellement peu engagés dans la vie institutionnelle de l'établissement,



les praticiens ont manifesté un intérêt d'autant plus soutenu que l'intervenant était lui-même médecin, très expérimenté dans le domaine de la chirurgie ambulatoire.

D'autre part, le bon fonctionnement du groupe de travail, constitué pour le suivi de la démarche, a aussi traduit une sensibilité à l'égard de la nécessité de rationaliser l'activité opératoire de l'hôpital (voir infra). La chirurgie ambulatoire, en ce qu'elle constitue une opportunité intéressante de développement pour celui-ci, a donc constitué un thème majeur.

Révéléateur des faiblesses de l'établissement (absence de motivation, process incomplets, organisation spatiale perfectible), le projet a su être fédérateur en raison de l'aspect concret des questions posées, de la dimension opérationnelle des solutions apportées et du caractère mesurable des résultats obtenus.

Le management du projet a permis ainsi de responsabiliser pleinement les acteurs dans la stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire.

H6 : 30 actions, 73 % de taux de mise en œuvre

Le projet aura été porté en premier lieu par l'encadrement du service, permettant la mise en œuvre d'une organisation de bonne qualité (par ailleurs décidée avant la participation au chantier).

Le degré d'inachèvement du plan d'action marque :

- d'une part, la difficulté de mettre en place une démarche active de prospection des opérateurs, en contradiction avec toutes les habitudes de la santé publique qui consistent à proposer des capacités et à « laisser faire », et en butte à l'investissement limité des pilotes médicaux du développement sur le terrain, clé de voûte des contacts confraternels ;
- d'autre part, la quasi-contradiction qu'il peut y avoir dans la volonté d'optimiser le remplissage d'une unité de chirurgie ambulatoire dans un établissement dans lequel les opérateurs sont par principe orientés vers des gestes plus lourds et valorisant peu la maîtrise technique de la parfaite répétition d'un geste.

H7 : 22 actions, 82 % de taux de mise en œuvre

On aura pu constater une grande constance dans l'engagement de l'équipe projet, dans le soutien de la direction et dans le contenu même du plan d'actions (inchangé en cours de mission et conforme aux attentes exprimées dans la lettre de candidature).

On notera que, outre les actions engageant la stratégie de l'établissement (recrutement d'une nouvelle équipe chirurgicale), les blocages seront venus du terrain avec une forte opposition de certains soignants au principe de rotation de plusieurs patients par place et par jour.

H8 : 28 actions, 32 % de taux de mise en œuvre

Le temps de l'accompagnement a été jalonné par des allers-retours concernant la localisation de l'UCA, la faisabilité des travaux et les échéances prévisibles compte tenu des autres projets de l'établissement, et des menaces de fermeture liées à la sécurité des blocs opératoires.



Dans ce contexte d'incertitude, il a été difficile de mobiliser l'équipe projet sur l'axe « préparation et organisation du fonctionnement de l'UCA », nécessitant une collaboration étroite entre les personnels paramédicaux et les médecins, ces derniers mettant en préalable à leur participation une UCA fonctionnelle dans les délais convenus.

Toutefois, des documents ont été élaborés et bénéficient du statut de « document de travail ». Ils pourront être mis en place à l'ouverture de l'unité.

En revanche, les axes concernant la programmation au bloc opératoire, la localisation de l'UCA et le suivi de projet ont soutenu la définition d'un projet, motivant et consensuel, bien que plus tardive que prévu.

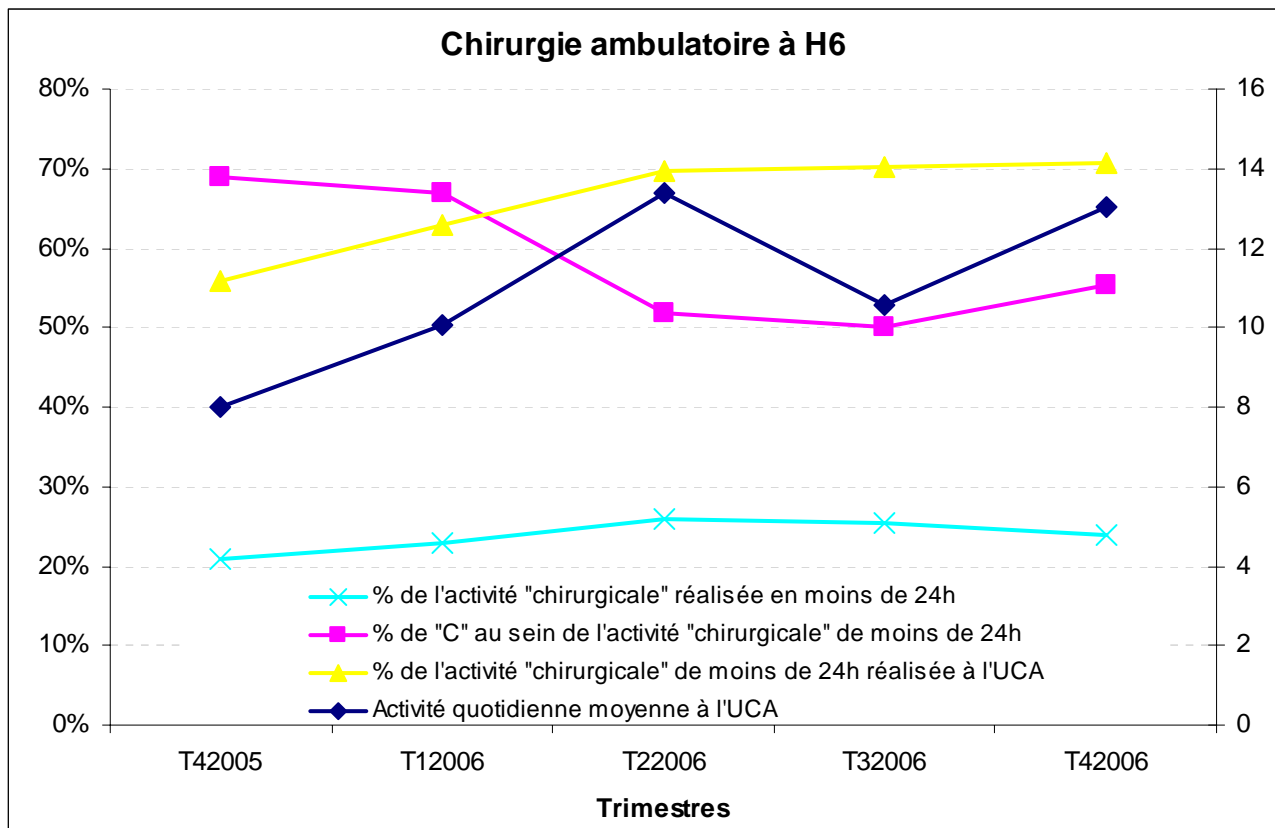
Les actions ont donc effectivement servi à la concertation, et des résultats tangibles ont pu être obtenus : décision de travaux, doublement de l'enveloppe financière, report de l'activité sur un seul bloc durant la durée des travaux, élaboration du dossier d'autorisation.

Les consultants ont eu un double rôle d'expert (architecture et analyse du bloc) et de médiateur (recherche de solutions alternatives, mise en avant des points clé du dossier nécessitent l'adhésion de tous, avancement du calendrier des travaux).

L'accompagnement a donc permis de faire aboutir un projet en gestation, qui cristallisait les conflits entre direction et chirurgiens. Enfin, les actions relatives à la formalisation des pratiques ont nettement avancé, anticipant sur l'ouverture de l'UCA finalement programmée pour le mois de septembre 2008



Annexe 3 : Exemple d'un rendu de « suivchiramb »





Annexe 4 : plan indicatif de l'ouvrage de capitalisation

1. Gérer les flux de patients à l'UCA

- 1.1 Améliorer l'organisation physique de l'UCA et favoriser les rotations
- 1.2 Simplifier le parcours du patient en limitant le nombre d'étapes et de files d'attente en amont de son intervention
- 1.3 Mettre en place un appel de la veille, ciblé ou systématique (modalité et contenu) fiche synthèse
- 1.4 Vérifier la conformité des dossiers pour limiter les déprogrammations
- 1.5 Faire arriver les patients de façon échelonnée
- 1.6 Décrire, par geste, les principaux processus de prise en charge à l'UCA pour rationaliser l'utilisation des capacités d'hébergement et des vacations opératoires
- 1.7 Protocoliser la durée de la prise en charge à l'UCA
- 1.8 Formaliser le circuit des patientes en sénologie
- 1.9 Développer une fiche navette ambulatoire et les documents d'information au patient
- 1.10 Délivrer une information spécifique à la pose d'une chambre implantable
- 1.11 Améliorer l'organisation du brancardage des patients de l'UCA vers le bloc
- 1.12 Permettre le repérage des patients ambulatoire en SSPI
- 1.13 Mettre en place un circuit très court pour les « actes frontières » relevant plutôt des consultations externes
- 1.14 Mettre à disposition une pièce de l'UCA pour y faire les petits actes sous anesthésie locale
- 1.15 Réaliser un affichage mural de suivi des patients
- 1.16 Créer un salon de repos pour permettre une meilleure rotation des places
- 1.17 Ne pas aliter systématiquement les patients avant leur passage au bloc
- 1.18 Ne pas utiliser de prémédication systématiquement pour tous les patients
- 1.19 Utiliser des scores de cotation pour permettre aux IDE d'évaluer l'aptitude à la rue
- 1.20 Utiliser des comptes-rendus opératoires (CRO) types
- 1.21 Protocoliser la sortie : qui signe l'aptitude à la rue et quand ?
- 1.22 Formaliser la permanence des soins pour les opérés
- 1.23 Rédiger systématiquement des ordonnances d'antalgiques

2. Développer l'ambulatoire : Identifier l'activité et convaincre les opérateurs

- 2.1 Définir au sein de l'équipe chirurgicale, les actes pouvant être pris en charge en ambulatoire
- 2.2 Mettre à la disposition des opérateurs les critères d'éligibilité des patients à l'ambulatoire
- 2.3 Inviter dans l'établissement, un professionnel reconnu pour sa pratique de la chirurgie ambulatoire
- 2.4 Rappatrier à l'unité de chirurgie ambulatoire l'activité ambulatoire réalisée dans les services d'hospitalisation traditionnelle
- 2.5 « Vendre » l'UCA aux équipes chirurgicales
- 2.6 Favoriser l'accès aux lits d'hospitalisation complète « au cas où » pour les patients ambulatoires afin de convaincre les opérateurs de pratiquer l'ambulatoire
- 2.7 Convaincre les opérateurs de pratiquer l'ambulatoire en améliorant le partenariat avec la ville pour les suites de soins
- 2.8 Etre capable d'accueillir des patients tout au long de la semaine : négocier l'ouverture de plages ambulatoires supplémentaires

3. Suivre l'activité et manager son unité

- 3.1 Mettre en place un tableau de bord
- 3.2 Etre actif pour remplir l'UCA
- 3.3 Mettre en place un suivi en routine des incidents organisationnels
- 3.4 Développer un outil de suivi trimestriel de l'activité ambulatoire à partir des données du PMSI (SuivChirAmb et SuivCPOM)
- 3.5 Préparer et animer une réunion de service
- 3.6 Mettre en place une revue des dossiers
- 3.7 Formaliser le circuit du dossier patient
- 3.8 Mettre en place l'appel du lendemain
- 3.9 Organiser l'exécution et fiabiliser la traçabilité des appels du lendemain
- 3.10 Mettre en place une enquête de satisfaction auprès des patients accueillis à l'UCA
- 3.11 Administrer aux patients un questionnaire de satisfaction lors de leur séjour et un questionnaire du lendemain

4. Bâtir son projet d'Unité de Chirurgie Ambulatoire

- 4.1 Elaborer un dossier de demande d'autorisation de création de places de chirurgie ambulatoire
- 4.2 Analyser les impacts financiers
- 4.3 Valoriser le travail dans le cadre de la certification HAS
- 4.4 Identifier et évaluer le potentiel de substitution de l'activité de chirurgie
- 4.5 Définir l'activité cible de l'UCA