

L'HÔPITAL DOIT NÉGOCIER LE VIRAGE AMBULATOIRE AVANT TOUT POUR S'ADAPTER AUX DEMANDES DE SES PATIENTS

**Walid BEN BRAHIM,
Christophe MAZIN,**

Membres du Club Jeune Génération

Elèves directeurs d'hôpital – Promotion Georges Canguilhem

Le débat sur la chirurgie ambulatoire n'est pas nouveau : depuis des années, le système hospitalier français observe ceux de ses voisins européens et outre-atlantique avec un mélange de curiosité, d'envie et de crainte. En effet, alors que les hôpitaux aux Pays-Bas ou aux Etats-Unis réalisent l'immense majorité des actes chirurgicaux sous forme ambulatoire, ce type d'activité peine à décoller en France.

Les raisons de ce retard sont multiples : outre les résistances au changement, il existe la crainte d'une prise en charge de moindre qualité car plus courte, ou encore une résistance aux mutations dictées par des motifs économiques, car l'ambulatoire coûterait moins cher à l'Assurance maladie que l'hospitalisation traditionnelle.

Sans négliger ces craintes qui peuvent être légitimes, il s'agit désormais de rattraper ce retard en partant de deux constats simples : le potentiel de prise en charge ambulatoire n'est plus vraiment contesté par la communauté médicale et les patients sont demandeurs d'une prise en charge moins lourde, moins contraignante.

A l'instar d'autres institutions chargées d'une mission de service public qui ont su adapter leurs pratiques, leurs organisations, leurs offres pour satisfaire aux demandes nouvelles de leurs « usagers-clients », l'hôpital se doit de faire évoluer son offre pour répondre à l'évolution des besoins de la patientèle.

Repenser l'offre pour s'adapter aux demandes des patients

C'est donc toute l'offre de prise en charge chirurgicale qui mérite d'être repensée à l'hôpital. Le système actuel de prise en charge chirurgicale implique une hospitalisation et une lourde surveillance post-opératoire. L'hôpital ne doit pas abandonner cette forme de prise en charge qui reste indiquée pour certains actes chirurgicaux.

L'offre chirurgicale peut être divisée en deux : au-delà de l'offre d'hospitalisation classique, toute une série d'actes qui ne nécessitent pas un suivi post-opératoire lourd peuvent être pris en charge sous forme ambulatoire. Ce paradigme, amorcé depuis quelques années par les

travaux de la MEAH et les objectifs fixés par l'ANAP, a été consacré par les récents travaux de la HAS¹

L'hôpital a tout à gagner à se projeter vers cette dualité de prise en charge : cette évolution permettra de porter un regard sur les organisations actuelles, et de les faire évoluer dans le bon sens, tant pour les personnels soignants que pour les médecins.

Cette mutation, nous l'avons dit, va aussi dans le sens d'une adaptation de l'offre aux demandes fortes de patients qui ne souhaitent plus être hospitalisés, donc immobilisés, sur une durée trop longue.

Les établissements de santé, afin de négocier le virage ambulatoire, devront nécessairement se pencher sur leurs organisations et les faire évoluer sans crainte de bouleverser quelques habitudes.

Faire évoluer les organisations pour construire l'offre de soins de demain

La nature même de la structure ambulatoire pourra être publique, mais aussi mixte : l'hôpital n'est pas le seul offreur de soins sur un territoire, et il a parfois tout intérêt à s'allier avec ses concurrents pour garantir une offre efficace et de qualité à toute la population.

La nature de la prestation hospitalière se concentrera sur la technique chirurgicale, en laissant les prestations hôtelières aux professionnels du secteur. Il est donc envisageable d'imaginer un schéma dans lequel le patient viendra se faire soigner à l'hôpital et passera la nuit dans un hôtel à proximité avant de repartir chez lui.

Enfin, le virage ambulatoire peut être un bon levier pour amorcer le passage à « l'hôpital numérique » : l'utilisation des nouvelles technologies mobiles est une opportunité sans précédent pour améliorer les conditions de travail des agents, gagner du temps administratif pour se consacrer au temps médical ou soignant, ou encore améliorer la qualité de prise en charge par une plus grande fluidité du parcours patient.

Toutes ces pistes d'évolution devront être étudiées, travaillées, discutées au sein des établissements de santé qui souhaitent s'engager dans le virage ambulatoire. Les managers publics de santé auront une place de tout premier ordre dans la conduite du changement qu'induit cette mutation profonde de l'organisation hospitalière.

A l'instar de Rome, l'hôpital tourné vers l'ambulatoire ne se fera pas en un jour. Le recueil de fiches proposé par le Club Jeune Génération devrait permettre aux managers publics de santé en charge de conduire ces évolutions de se poser les bonnes questions, tout au long de leurs réflexions pour la construction de l'hôpital de demain, qui sera résolument un hôpital tourné vers l'ambulatoire.

¹ « *Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ?* » Haute Autorité de Santé, rapport d'évaluation, décembre 2010.

LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

CORPUS DE FICHES D'AIDE A LA DECISION

Lors du premier semestre 2011, le Club Jeune Génération a choisi de s'intéresser au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements publics de santé.

Ce corpus de fiche rassemble les questions posées par la réflexion autour de la mise en place d'une structure ambulatoire au sein d'un établissement public de santé, et apporte quelques éléments de réponse, sans toutefois être exhaustif.

Sommaire :

Axe n°1 : Réfléchir à la stratégie interne et externe, préalable au développement d'une structure ambulatoire.

- Fiche n°1 : Comment intégrer l'offre ambulatoire sur le territoire ?
- Fiche n°2 : Quelle place pour la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement ?

Axe n°2 : Développer la culture de l'ambulatoire.

- Fiche n°3 : Comment créer une « dynamique ambulatoire » dans un établissement ?
- Fiche n°4 : Quel pilotage stratégique par la qualité dans une structure ambulatoire ?

Axe n°3 : Mettre en place une structure ambulatoire.

- Fiche n°5 : Quelle organisation du parcours patient ?
- Fiche n°6 : Comment gérer les flux d'information dans et en dehors de la structure ambulatoire ?
- Fiche n°7 : Quelle organisation humaine au sein de la structure ambulatoire ?

Axe n°1 : Stratégie interne et externe**Fiche n°1 : Comment intégrer l'offre ambulatoire sur le territoire ?****1. De l'opportunité d'ouvrir des centres de chirurgie ambulatoire**

La création de centres de chirurgie ambulatoire semble opportune dans la mesure où elle permettrait de **développer la chirurgie ambulatoire** et **d'externaliser les petites interventions chirurgicales** pour lesquelles le dimensionnement actuel des blocs opératoires d'un hôpital (universitaire notamment) ne permet pas d'obtenir un taux de couverture satisfaisant². En revanche, ce type de projet pose la question des ressources disponibles, notamment pour le temps des chirurgiens mis à disposition du centre.

Le projet de création d'un centre de chirurgie ambulatoire doit permettre de suivre l'évolution de ce mode de prise en charge. En effet, **la part de la chirurgie ambulatoire** dans l'ensemble des actes chirurgicaux **ne cesse de croître** et, au regard des standards internationaux, cette part devrait continuer d'augmenter dans les années à venir.

Si la demande est croissante, il se peut que **l'offre chirurgicale des établissements publics de santé ne soit pas suffisante**. Toutefois, en augmentant la vacation horaire, le dimensionnement évoluerait de manière satisfaisante. Dans l'hypothèse de **salles d'opération polyvalentes**, les capacités sont également suffisantes pour faire face aux besoins. Ainsi, augmenter la polyvalence des salles permettrait de diminuer les ressources nécessaires ainsi que les problèmes de sous-capacité des blocs.

D'autre part, la création d'un centre de chirurgie ambulatoire pourrait présenter l'avantage d'être une **structure autonome et séparée géographiquement du reste des activités chirurgicales**. Ce qui peut paraître un handicap devient une opportunité. En effet, actuellement, les interventions ne se font pas toutes au bon endroit. Certaines interventions ambulatoires se font dans les grands blocs (jusqu'à 60 m²) pour éviter que le chirurgien ne se déplace et elles sont programmées en fin de programme, rendant parfois difficile la sortie en fin de journée. D'autres interventions ne sont pas réalisées en ambulatoire alors qu'elles pourraient tout à fait l'être.

La création d'un centre de chirurgie ambulatoire public ou en partenariat avec le privé est une opportunité pour séparer la chirurgie ambulatoire du reste de la chirurgie. C'est la condition du développement de la chirurgie ambulatoire, qui **souffre de sa proximité avec le reste des activités chirurgicales**.

Enfin, **le partenariat avec le privé peut s'avérer avantageux pour l'hôpital public**. Pour certains actes, l'ambulatoire coûte plus qu'il ne rapporte. Le coût moyen est supérieur au coût moyen des cliniques où l'organisation est optimisée pour l'ambulatoire. En effet, la conception et l'organisation des blocs opératoires d'un hôpital général de référence se basent sur les interventions les plus complexes. Par défaut, les interventions ambulatoires s'y effectuent aussi, mais dans un environnement souvent trop lourd.

² Taux de couverture : (Total des produits / Total des coûts) x 100

L'idée est donc de transférer les actes ambulatoires dont les coûts directs à l'hôpital sont trop importants pour être couverts par les recettes. Ces actes seront pratiqués dans une structure gérée par le privé. Les coûts directs y seront plus faibles.

2. Le partenariat avec le privé

Pour développer l'ambulatoire, les établissements publics de santé doivent, en première intention, **développer une offre publique**. A défaut, des **partenariats avec le privé** pourraient être envisagés.

Toutefois, par pragmatisme, il nous semble que l'accélération du virage ambulatoire passera nécessairement par un partenariat avec le privé.

Le projet de création d'un centre de chirurgie ambulatoire en partenariat avec le privé reposerait alors sur les principes suivants :

Le partenaire privé exploite le nouveau centre, soit les salles d'opération, le personnel infirmier et les anesthésistes, et il assure la gestion administrative et financière. En revanche, toutes les activités médicales seront réalisées par les chirurgiens de l'hôpital public.

Les recettes basées sur l'activité reviendront au partenaire privé, sauf la part médicale qui sera versée intégralement aux hôpitaux publics par le partenaire privé et qui correspond à l'activité des chirurgiens hospitaliers dans le centre de chirurgie ambulatoire géré par le partenaire privé.

Les deux institutions établiront un « business plan » qui intégrera notamment des objectifs de volume par type d'intervention. Les hôpitaux publics recevront un tiers de la marge brute³ positive du partenaire privé générée par leurs patients opérés dans le nouveau centre. L'éventuelle marge brute négative devra être répartie entre les deux parties selon des modalités définies dans le « business plan ».

3. Les risques que comporte le projet

Trois risques, et autant de moyens de les prévenir, peuvent être identifiés.

→ Premièrement, le **projet peut ne pas atteindre l'objectif de volume d'activité** que prévoit le « business plan ». Le privé a besoin d'un seuil d'activité minimal sur lequel les hôpitaux publics devront s'engager. En effet, le projet a besoin d'un volume élevé d'interventions pour être rentable. Pour maîtriser ce risque, il convient de **prévoir une montée en charge**, de fixer des planchers d'activité par intervention et d'organiser un suivi régulier du nombre d'interventions.

→ Deuxièmement, le projet peut **engendrer une forme de sélection adverse**. Le centre de chirurgie traitera alors les bons cas, laissant aux hôpitaux publics, les cas les plus lourds et les complications éventuelles apparues dans le suivi postopératoire. Pour maîtriser ce risque, il convient de **bien sélectionner le type d'interventions transférées**, c'est-à-dire celles dont le taux de couverture est réellement bas, et d'augmenter le taux d'ambulatoire en favorisant les prises en charge ambulatoires plutôt que les hospitalisations complètes.

³ La marge brute étant constituée des recettes moins les coûts directs préalablement définis d'un commun accord.

→ Troisièmement, le projet peut **diminuer d'autant l'activité des chirurgiens**, tout en maintenant des **coûts fixes élevés**. Pour maîtriser ce risque, il convient de veiller à ce que la mise à disposition du temps chirurgical soit du temps additionnel, lié à l'augmentation du nombre d'interventions par chirurgien (notamment ceux qui opèrent peu).

Enfin, il faut prendre en considération le **facteur culturel** et la nécessité de communiquer sur la chirurgie ambulatoire. La population de plus de 45 ans n'est pas spontanément favorable à l'ambulatoire. Passer une nuit à l'hôpital rassure et symbolise pour eux une prise en charge de qualité. Dès lors, la chirurgie ambulatoire ne pourra véritablement se développer qu'avec un parcours patient organisé.

Axe n°1 : Stratégie interne et externe**Fiche n°2 : Quelle place pour l'ambulatorio au sein de l'établissement ?**

Après avoir posé la question de la place d'une structure ambulatoire sur le territoire, c'est la question de la place de la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement qui doit être posée.

En effet, lorsque les études de marché sur la potentialité de l'ambulatorio sur un bassin de population sont réalisées, lorsque les contours du projet sont dessinés, il s'agit alors de définir la place de la structure ambulatoire au sein de l'établissement.

Les modèles de structures envisageables :

L'Abécédaire de la chirurgie ambulatoire rappelle les 4 modèles de structures :

- le modèle intégré : locaux d'accueil et de séjours dédiés à l'ambulatorio qui sont localisés dans une unité d'hospitalisation classique, avec un bloc opératoire commun ;
- le modèle autonome : locaux d'accueil et de séjours dédiés, bloc opératoire dédié mais situé dans le bloc traditionnel ;
- le modèle satellite : structure qui possède en propre les moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, mais qui reste dans le périmètre de l'établissement de santé ;
- le modèle indépendant : structure qui possède en propre les moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, et qui est située en dehors de l'établissement de santé.

Il n'y a **pas de modèle type de structure** qui peut être indistinctement appliqué à tous les projets ambulatoires.

Le chef d'établissement souhaitant développer l'offre ambulatoire devra faire le **bilan de son offre chirurgicale existante**, et sur la base des **études de marché** définir avec le groupe projet la structure la plus adaptée aux caractéristiques de l'établissement.

Quelles questions se poser ?

Les différents entretiens menés par le Club Jeune Génération ont montré cependant que certains éléments doivent être gardés à l'esprit lors de la réflexion sur le projet ambulatoire :

→ L'offre de soins ambulatoire ne doit **pas être pensée de manière autonome** et déconnectée des autres problématiques liées à l'offre chirurgicale traditionnelle : en effet, les potentiels de développement de la chirurgie ambulatoire sont souvent basés sur un **effet de substitution** important.

Cloisonner l'offre ambulatoire de l'offre traditionnelle pourrait empêcher les synergies nécessaires à ce mécanisme de substitution de se mettre en œuvre.

→ Sur un **plan architectural**, cette dynamique de substitution doit également être anticipée : un bâtiment mal conçu, à **l'architecture figée**, peut se révéler devenir un frein au développement de l'ambulatorio au sein d'un établissement.

Sur ce point certains projets architecturaux anticipent les évolutions en prévoyant des murs amovibles par exemple.

→ Lors de la conduite du projet ambulatoire, il faudra anticiper le fait que demain, une **majorité des entrées à l'hôpital se fera par le centre de chirurgie ambulatoire.**

Le positionnement architectural de cette unité doit donc répondre aux critères de visibilité et d'accessibilité, au même titre que les services des urgences par exemple.

La place de la structure ambulatoire au sein de l'établissement ne peut pas donner lieu à des **réponses stéréotypées**, car chaque structure a ses caractéristiques et problématiques propres. Il existe cependant des éléments incontournables à prendre en compte lorsque la réflexion sur la structure ambulatoire est lancée.

Ces préalables sont liés **aux effets de substitution** induits par le développement de l'ambulatoire et au fait que l'ambulatoire deviendra rapidement une **porte d'entrée incontournable de l'hôpital.**

Axe n°2 : Développement de la culture de l'ambulatoire**Fiche n°3 : Comment créer une « dynamique ambulatoire » à l'hôpital ?**

La conception du projet, son inscription dans le paysage sanitaire local et dans l'organisation existante de l'établissement ne suffisent pas à l'implantation de la structure au sein de l'hôpital.

Il s'agit alors de **créer une dynamique ambulatoire**, de faire adhérer tous les professionnels de l'hôpital (du médecin au directeur, en passant par le personnel administratif, technique et soignant) au projet.

Une fois encore la conduite du changement en général, et pour un projet ambulatoire en particulier, n'obéit pas à des règles universelles et immuables. Il y a néanmoins quelques interrogations clés qu'il ne faudrait pas manquer.

Quel leader médical pour le projet ambulatoire ?

Lorsque la dynamique ambulatoire n'est pas encore engagée dans un établissement, il faut s'appuyer sur un leader médical capable de porter le projet et de montrer l'exemple.

Le choix de ce leader doit, selon les différents spécialistes rencontrés par le Club Jeune Génération, intégrer certains critères :

- La **spécialité envisagée** doit être propice au développement d'une activité ambulatoire : il s'agit principalement des spécialités de la face et du cou, mais aussi de l'orthopédie ;
- Le leader médical doit être issu **d'une jeune génération de médecins**, qui est sensibilisée à la thématique de l'ambulatoire ;
- Le leader médical doit avoir une **légitimité et une écoute importantes** au sein de la communauté scientifique de l'établissement.

Quel groupe projet pour la mise en place d'une structure ambulatoire ?

Piloté par le leader médical, le groupe projet en charge de la mise en place d'une structure ambulatoire doit réunir un certain nombre de personnalités incontournables :

- Un **leader administratif**, qui pourra être un directeur d'hôpital (directeur adjoint ou chef d'établissement), qui apportera la vision managériale des sujets traités ;
- Un **leader soignant**, qui peut être un cadre de santé en charge des blocs opératoires ;
- Une personne compétente en matière de **systèmes d'information** médicale, pour le volet « système d'information ».

Cette proposition de composition n'est pas figée et variera selon le type d'établissement et les choix du chef de projet.

Quelle communication autour du projet ambulatoire ?

L'adhésion des équipes à un tel projet, qui induit une modification profonde de l'organisation chirurgicale de l'établissement, est indispensable. Pour ce faire une **communication régulière** et ciblée semble nécessaire.

Durant tout la phase de pilotage du projet, le groupe de travail doit communiquer régulièrement sur l'avancée de ses travaux :

- Par les **rencontres** avec les acteurs concernés, qui se sentiront associés au projet ;
- Par des **brèves d'information** en utilisant les supports de communication propres à l'établissement.

Une fois le projet abouti, il s'agit de faire connaître la dynamique créée par la structure ambulatoire. La réussite du projet devra, le cas échéant, faire l'objet d'une communication :

- Communication régulière sur **les tableaux de bords** associés à l'unité ambulatoire ;
- Communication auprès des **cadres soignants**, qui peuvent être le relais de la promotion d'une organisation originale et souple auprès des équipes ;
- Communication dans le **cadre des instances** (CME, CTE, CHSCT...) afin de faire connaître l'avancement et les réussites du projet, même une fois réalisé.

La **création d'une dynamique** ambulatoire est conditionnée à la réussite du projet. Ce projet doit donc être préparé, appuyé et copiloté par l'équipe de direction, afin qu'il aboutisse dans les meilleures conditions.

Mais même s'il réussit, l'effort de communication doit permettre **de poursuivre cette dynamique** et de montrer que l'organisation ambulatoire constitue une véritable alternative à une prise en charge chirurgicale traditionnelle.

Axe n°2 : Développement de la culture de l'ambulatoire**Fiche n°4 : Quelle politique de pilotage stratégique par la qualité pour la structure ambulatoire ?**

L'axe stratégique du pilotage par la qualité trouve une véritable légitimité dans le domaine de l'ambulatoire, notamment lorsque l'on traite de structures autonomes intégrées.

Les politiques afférentes au pilotage stratégique et à la qualité dans les structures ambulatoires peuvent s'organiser autour de deux axes principaux que sont :

- la sécurité des prises en charge au bloc opératoire,
- la performance des blocs.

Le préalable indispensable réside dans le fait que la nécessité de disposer d'indicateurs de qualité et de pilotage fiables et complets doit être partagée par tous.

1) L'amélioration de la sécurité des prises en charge au bloc opératoire passe par le développement d'indicateurs et de dispositifs très spécifiques à cette activité.**a) Les obligations existantes :**

Conformément à la loi hospitalière du 24 avril 1996, la démarche d'amélioration de la qualité en ambulatoire se décline selon 3 axes :

1°) l'analyse des résultats du baromètre de satisfaction : questionnaire de satisfaction dans le livret d'accueil que chaque patient est invité à renvoyer.

2°) l'analyse des indicateurs médicaux validés par l'AFCA (Association Française de Chirurgie Ambulatoire).

3°) l'analyse de dysfonctionnements : instaurer des réunions de service pour améliorer les procédures.

b) Les enjeux de demain :

- La mise en conformité avec plusieurs pratiques exigibles prioritaires (PEP) de la certification HAS V 2010 sur l'ensemble des sites opératoires.

- Développer l'usage de la *check list* (une méthode de sécurisation des pratiques reconnue) : disposer de 100% de *check list* pour les patients opérés, d'une évaluation annuelle du taux d'exhaustivité, de la qualité de son remplissage et de sa bonne utilisation.

- Suivi des Infections du Site Opératoire (ISO) : Atteindre 100% de services de chirurgie réalisant une surveillance du site opératoire et la production d'un taux d'ISO.

- Instaurer une traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables (inclus ou non dans la liste T2A) : réflexion à lier avec l'optimisation du codage et l'exhaustivité du codage.

- Événements indésirables : réaliser une synthèse des événements indésirables survenus au bloc opératoire et des mesures d'amélioration proposées.

2/ L'amélioration de la performance des structures et des organisations :

- Etablir des cibles productivité : taux d'ouverture 90% / taux d'occupation 85% ;
- Converger vers un taux national cible de 90% de taux d'ouverture et de 85% de taux d'occupation par la mise en œuvre d'organisations efficaces ;
- Mettre en cohérence l'activité réalisée et les ressources humaines sur la base d'indicateurs de performance et de référentiels : étudier les variabilités importantes des ressources humaines mobilisées au regard de l'activité réalisée (indicateurs RH).

3) Moyens organisationnels indispensables pour promouvoir la politique Qualité comme facteur d'amélioration de l'activité :

Les éléments majeurs pour optimiser les organisations et porter ces stratégies visant des cibles Qualité et Pilotage ambitieuses résident dans :

- le **renforcement de la gouvernance des blocs** dédiés à l'ambulatoire : l'autorité et l'implication des responsables de blocs, des présidents de conseils de blocs et des cadres de blocs pour instiller une culture du résultat en ambulatoire ;
- le **conseil de bloc ou d'unité ambulatoire** : mensuel ou bimensuel, ce moment permet de passer au crible les problèmes survenus ;
- la **mise disposition de rapports de performances**, d'outils d'autoévaluation, de référentiels de bonnes pratiques ;
- l'**évaluation des organisations de travail**, des rythmes et des ressources (au plan quantitatif et qualitatif) ainsi que des conditions de travail.

4) Les principes de fonctionnement :

- Souplesse et réactivité en cas de dispositif ambulatoire sur des blocs non dédiés ou visibilité et efficacité du système de programmation en cas de blocs dédiés à l'ambulatoire ;
- Adaptation des heures d'ouvertures et du nombre de salles ouvertes au regard de l'activité programmée ou réalisée ;
- Cibler une répartition stratégique des vacances entre les disciplines les plus concernées par l'ambulatoire : orthopédie, gynécologie, etc.

Axe n°3 : Mise en place concrète d'une unité de chirurgie ambulatoire**Fiche n°5 : Quelle organisation du parcours patient ?****Des contraintes multiples**

L'organisation actuelle du parcours du patient dans le cadre de l'ambulatoire souffre particulièrement :

- ➔ de la distance avec le domicile (qui tend à augmenter avec le regroupement des centres hospitaliers et les seuils d'activité en chirurgie qui restructureront en profondeur le paysage hospitalier),
- ➔ de la réticence des soignants de voir laisser partir leurs patients sans surveillance
- ➔ d'un isolement social grandissant des populations urbaines vieillissantes.

L'hôtel hospitalier

La création d'un hôtel hospitalier en face du centre hospitalier résoudrait toutes ces difficultés. Le concept d'hôtel hospitalier consiste à externaliser l'hébergement pré et/ou post ambulatoire dans une structure comparable aux hôtels type B&B (c'est-à-dire chambre à 1 lit 2 places, sanitaires complets dans la chambre et petit déjeuner pour 60 € la nuit). Economisant une nuit de surveillance dans un service d'hospitalisation conventionnelle, l'Assurance-maladie serait gagnante à rembourser l'intégralité de la nuit passée à l'hôtel.

C'est une réponse concrète pour les personnes dont la distance entre le domicile et le centre hospitalier est trop importante pour envisager l'aller-retour, l'acte ambulatoire et la surveillance dans la même journée.

C'est une réponse concrète au souci légitime des soignants d'assurer une surveillance après la prise en charge.

C'est une réponse concrète à l'isolement social des populations urbaines vieillissantes qui bénéficieraient alors d'une étape supplémentaire sécurisante pour ne pas être livrée à elle-même dès la sortie de l'hôpital.

Sécurité et qualité

Les programmes ambulatoires pourraient ainsi débuter plus tôt dans la journée et se terminer plus tard dans la soirée. Une surveillance paramédicale serait organisée dans l'hôtel hospitalier et un système d'alarme permettrait de mobiliser une équipe médicale en cas de nécessité.

Le confort et la qualité de la prise en charge du patient s'en trouveraient nettement améliorés.

L'impact en termes d'organisation des soins n'est pas négligeable. Il faudrait alors développer les organisations en 12 heures de travail pour couvrir l'intégralité de la journée (7h-19h principalement + 10h-22h pour le renfort jour). La même équipe soignante prendrait en charge le patient, ce qui limitera les erreurs liées aux défauts de transmissions.

Axe n°3 : Mise en place concrète d'une unité de chirurgie ambulatoire**Fiche n°6 : Comment gérer les flux d'information dans et autour de la structure ambulatoire ?**

L'organisation de l'unité ambulatoire se poursuit avec **l'optimisation des flux d'information**.

Depuis quelques décennies l'hôpital a pris conscience que les systèmes d'information étaient l'une des clés de l'organisation, cette dynamique étant renforcée par la réforme de la tarification à l'activité.

Pour une structure ambulatoire, les systèmes d'information sont aussi **l'une des clés pour garantir une organisation optimale**. En effet, la **fluidité du parcours patient** est le facteur de réussite principal de la structure ambulatoire. Organiser cette fluidité induit des systèmes d'information performants et interconnectés.

Avant de choisir un système d'information, il faut s'interroger sur les **besoins** d'une structure ambulatoire en terme de circuits d'information.

De la circulation interne du dossier patient aux interactions avec les services extérieurs (radiologie, laboratoires...), les sources de diffusion de l'information sont nombreuses au sein d'une structure ambulatoire.

La circulation de l'information à l'intérieur de la structure ambulatoire :

Au sein de la structure, de la prise de rendez-vous à la salle d'aptitude à la rue, le flux d'informations relatives au patient, mais aussi à la gestion de l'organisation interne de l'unité ambulatoire, doit être défini et analysé.

Les différents flux d'information à analyser sont :

- Le parcours patient dans toute sa dimension :
 - accueil,
 - prise de rendez-vous,
 - constitution du dossier patient,
 - circulation du dossier patient durant tout son parcours.

- La gestion du planning d'occupation des salles de l'unité.

La circulation de l'information entre la structure ambulatoire et l'extérieur :

La structure ambulatoire **ne fonctionne pas en autarcie**, quelque soit le modèle choisi (cf. fiche n°2). Il est nécessaire de mettre en place une circulation de l'information à différents niveaux :

- La structure doit organiser son activité en lien avec les **blocs opératoires** d'hospitalisation traditionnelle, surtout dans le cas du choix d'un modèle intégré ou autonome ;

- La structure doit organiser son activité en lien avec les **plateaux médico-techniques** et autres prestataires de l'hôpital : la radiologie, les laboratoires, la stérilisation et la pharmacie notamment ;

→ L'unité ambulatoire doit gérer la **sortie du patient**, en lien avec des structures extérieures : hospitalisation à domicile, service de soins infirmiers à domicile, ou encore le réseau de professionnels libéraux.

L'opportunité d'utiliser les nouvelles technologies au service du patient :

La mise en place d'une structure ambulatoire peut être aussi une opportunité pour implanter de nouveaux moyens de communication à l'hôpital.

De nombreux hôpitaux ont choisi de profiter des **avancées technologiques** pour fluidifier les flux d'informations et améliorer les organisations :

→ Utilisation de **technologies mobiles** qui facilitent le recueil et le suivi des données médicales et soignantes des patients ;

→ Utilisation de techniques de **rappel des rendez-vous** par SMS la veille, pour lutter contre les rendez-vous non honorés.

Pour toutes ces technologies, l'unité de chirurgie ambulatoire pourrait servir de lieu d'expérimentation avant d'étendre les techniques à tout l'établissement.

Là encore les choix des systèmes d'information dépendront des spécificités de l'établissement en la matière.

Mais le fonctionnement optimal d'une unité de chirurgie ambulatoire nécessite que tous les flux d'information soient analysés et anticipés, afin de mettre en place dès l'origine **un réseau de systèmes d'informations performant**, au service d'un parcours patient optimisé et de qualité.

Axe n°3 : Mise en place concrète d'une unité de chirurgie ambulatoire**Fiche n°7 : Quelle organisation humaine au sein de la structure ambulatoire ?**

L'optimisation des organisations médicales, soignantes et d'encadrement d'une unité ambulatoire passe par les complémentarités et la mutualisation de moyens.

1) Rappel préalable sur les fonctions et les disciplines ambulatoires**Les fonctions d'une unité ambulatoire :**

Une unité ambulatoire est agencée et équipée de manière à assurer sur le même site:

- 1°) l'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent ;
- 2°) l'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimales des protocoles de soins ;
- 3°) la surveillance et le repos nécessaires à chaque patient ;
- 4°) la décontamination, le stockage et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients.

Les disciplines à fort potentiel ambulatoire :

- Disciplines chirurgicales:

- chirurgie cardio-vasculaire ;
- chirurgie générale et digestive ;
- chirurgie gynécologique ;
- chirurgie orthopédique ;
- stomatologie ;
- chirurgie urologique.

- Disciplines médicales :

- unité d'évaluation et de traitement de la douleur ;
- oncologie médicale ;
- orthogénie.

2) La structuration optimale d'une unité ambulatoire :

L'unité est organisée en **4 zones distinctes** respectant le **principe de la marche en avant**.

a- le secteur médico-administratif:

- le secrétariat et l'espace «accueil» des patients et de leurs accompagnants
- le bureau de consultation d'anesthésie

b- le secteur opératoire:

- 4 salles d'opération reliées chacune à des annexes
- 2 salles de pré-anesthésie

- des pièces de stockage
- 1 arsenal stérile

c- le secteur post-opératoire:

- une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de 9 emplacements
- une salle d'aptitude à la rue (SAR)

d- des locaux sociaux et administratifs

- une salle de détente
- des bureaux
- des vestiaires distincts pour les patients et les personnels

3) Principes généraux :

- La programmation des interventions est régie par l'article D.712 - 42 du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, et par la circulaire n°2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire.

- Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes-réanimateurs concernés et l'encadrement paramédical, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire, de la disponibilité des équipements, et enfin des possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle.

- Afin d'assurer une gestion optimale du programme opératoire, la durée d'intervention et d'anesthésie doit être estimée de manière juste et réaliste.

4) Les Personnels Médicaux

Conformément à l'article D. 712-32 du Code de la Santé Publique, la structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires organise un système de présences et de permanences médicales respectant les conditions suivantes:

- pendant les heures d'ouverture de la structure, présence minimale permanente d'un médecin qualifié ;
- pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire, et en sus du médecin qualifié mentionné ci-dessus, présence minimale permanente d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Le système de présences et de permanences médicales est assuré par les praticiens intervenant dans la structure (anesthésistes seniors et chirurgiens seniors).

2 listes de présences sont établies :

1°) la liste de présences des médecins anesthésistes par poste de travail: bloc opératoire, consultation pré-anesthésique, SSPI et SAR ;

2°) la liste de présences des chirurgiens au bloc opératoire.

5) Les Personnels Paramédicaux

Conformément à l'article D. 712-32 du Code de la Santé Publique, la structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires organise le système suivant de présences des personnels paramédicaux :

- A l'accueil :

- 2 secrétaires : 1 à temps complet de 9h30 à 17h06, et 1 à mi-temps de 13h00 à 16h48.
- 1 aide-soignante à temps complet de 9h00 à 16h36.

- Au bloc opératoire :

- 4 IBODE : 2 de 7h30 à 15h06, 2 de 8h00 à 15h36 ;
- 1 à 3 IADE polyvalentes sur tous les secteurs opératoires ou interventionnels, présentes de 7h30 à 15h00 en fonction des besoins ;
- 4 aides-soignants : 1 de 7h30 à 15h06, 1 de 8h00 à 15h36, 1 horaires décalés en polyvalence bloc-SAR selon les besoins

- En SSPI:

- 1 IDE présent(e) de 8h30 à 16h06

- En SAR :

- 2 IDE assurant la surveillance des patients : 1 de 7h00 à 14h30, et 1 de 10h30 à 18h06.
- 1 AS de 10h30 à 18h06

L'enjeu de la prévisibilité et de l'anticipation des programmations, des absences de vacataires permet d'adapter son personnel à l'activité dédiée. Aussi, dans des organisations optimales, le planning des présences du personnel permanent de la structure (secrétariat, IDE de la SAR, IBODE et AS de l'accueil et du bloc opératoire) est établi 3 mois à l'avance.