

Organisation de la chirurgie ambulatoire

Développer l'activité, maîtriser les processus

Retours d'expériences

Sommaire

Préface	5
Remerciements	7
Table des matières	9
Glossaire	11
Introduction	13

Gérer les flux de patients à l'UCA	15
------------------------------------	----

Développer l'ambulatoire : identifier l'activité et convaincre les opérateurs	79
----------------------------------------------------------------------------------	----

Suivre l'activité et manager son unité	103
----------------------------------------	-----

Bâtir son projet d'Unité de chirurgie ambulatoire	147
------------------------------------------------------	-----

Annexes	165
---------	-----

Préface par le Docteur Jacques GIORDAN, président de l'Association française de chirurgie ambulatoire

Je tiens à remercier en premier lieu, au nom de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, les équipes qui se sont engagées avec la MeaH dans ce chantier et qui ont accepté de faire un retour d'expérience à l'ensemble de la communauté hospitalière de ce qu'elles sont parvenues à faire en 20 mois dans le cadre de leurs travaux de développement de la chirurgie ambulatoire et de l'amélioration de leurs organisations.

En tant que président de l'AFCA, je souhaiterais rappeler dans cette préface, quelques définitions et constats.

Tout d'abord, la chirurgie ambulatoire se définit comme la prise en charge d'un patient entrant et sortant le jour même de l'acte chirurgical ou médico-technique dont il bénéficie, cet acte nécessitant obligatoirement la sécurité d'un bloc opératoire. Cette définition simple met en lumière le caractère prégnant de la dimension organisationnelle : en regard de cette exigence de maîtrise d'un parcours de soins, l'AFCA engage les établissements d'une part, à confier les prises en charge à des équipes de soignants dédiées, sous coordination médicale, et d'autre part, à réaliser ces prises en charge dans un lieu spécifique, dédié et intégré, l'Unité de Chirurgie Ambulatoire.

En termes de nature et de volume d'activité, on s'accorde à dire que 80 % de la chirurgie est potentiellement éligible, les 20 % restants étant de la chirurgie lourde ou urgente. Pour reprendre les propos tenus par Bernard W. WETCHLER en 1993, *« d'ici la fin de ce siècle, la question ne sera plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge avec séjour à l'hôpital »*. Au regard du retard de développement de la chirurgie ambulatoire en France, où seulement 45 % de la chirurgie potentiellement ambulatoire est faite effectivement sous ce mode de prise en charge, les marges de développement sont considérables et ne portent pas en premier lieu sur de la « petite chirurgie » ou de la « bobologie », mais bien sur des actes substitutifs à la chirurgie traditionnelle.

Enfin, en termes de motivation pour développer cette activité, je souhaiterais replacer la chirurgie ambulatoire avant tout comme un enjeu d'excellence. Il ne s'agit en effet pas d'une problématique financière, de stratégie ou d'investissement, quand bien même ces dimensions ont toute leur place dans la réflexion que les établissements doivent mener. Les équipes médico-chirurgicales accepteront de remettre en cause leurs pratiques traditionnelles avant tout parce que la chirurgie ambulatoire c'est :

- un mode de prise en charge dont l'élément central devient le patient ;
- une séniorisation des gestes techniques ;
- une recherche de la prise en charge rigoureuse de la douleur postopératoire ;
- une diminution du risque infectieux nosocomial ;
- une plus grande satisfaction des usagers au final.

Pour conclure, rappelons les messages essentiels à mettre en avant pour promouvoir la chirurgie ambulatoire. En premier lieu, accompagnons le corps médical car c'est bien lui qui se remet en cause dans cette recherche d'excellence. C'est en remportant sa conviction, professionnel après professionnel, que, acte par acte, la chirurgie ambulatoire se développera. En second lieu, n'oublions pas que le développement est progressif et débute par la substitution d'activité traditionnelle. Aussi, partons de l'existant architectural, sans demander systématiquement, si ce n'est une équipe dédiée qui ait envie de se professionnaliser, des moyens supplémentaires qui se traduisent parfois par un regain inutile de complexité. Enfin, soyons collectivement sûrs que le régulateur et le payeur sauront adapter leurs politiques de financement pour que le gain financier obtenu au niveau national bénéficie aussi à chaque établissement engagé dans le développement de cette pratique d'excellence qu'est la chirurgie ambulatoire.

Remerciements

CHU Saint-Antoine, AP-HP, Paris

Dr M. BEAUSSIER Anesthésiste
Mme N. MARCZAK Directeur adjoint
Dr N. TARIHAT DIM

CHU de Reims

Pr JM. MALINOVSKI Anesthésiste,
responsable médical de l'unité de chirurgie ambulatoire
Mme C. JOLY Cadre de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire
M. F. FERRIÈRE Cadre supérieur de santé, département anesthésie-réanimation
M. LM ROSE Directeur de la stratégie
Dr B. BLOCQUAUX DIM

Institut Curie, Paris

Dr M. ESTÈVE Anesthésiste, responsable médical de l'hôpital de jour
de chirurgie
Mme P. AMBROS Cadre de santé, département d'anesthésie
M. G. POIRET Cadre de santé de l'hôpital de jour de chirurgie
Mme G. SANGER Contrôleuse de gestion
Dr A. LIVARTOWSKI Responsable du DIM

CHI de Fréjus – Saint-Raphaël

Dr A. TETART Anesthésiste,
coordonnateur médical de l'unité de chirurgie ambulatoire
Mme D. GOEK Cadre de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire
Dr Y. PINIER DIM

CH de Sedan

Dr S. MIANFOUTILA Chirurgien orthopédiste, président de CME
M. P. JEZEQUEL Directeur
M. D. BOULET Responsable DIM

Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine

Mme S. RIBET Responsable qualité
Mme F. DELANYS Directrice des soins infirmiers
Mme E. CALVEYRAC Responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire
M. Y. NOËL Président directeur général
M. CAMPAGNARI Directeur financier
Dr P. JEANNE DIM

CH d'Auxerre

M. B. LABORDERIE Directeur adjoint
Dr C. MILLER Chef de service d'anesthésie
Dr Y. NANDIEGOU Chef de service d'orthopédie
M. D. BRISSON Cadre supérieur de santé
Dr A. CALMELET DIM

CH de Meaux

Mme C. VIGNE Directrice adjointe
Mme F. MOUROT Cadre de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire
Dr M. SEVAL DIM

Consultants

Mmes M. HENRY, C. LECHAPELAIS, A. GUY SANESCO
MM P. SOULIER, C. LE PAIH Groupe Montaigne
M. P. DEVILLERS Vector Services

Table des matières

Glossaire.....	11
Introduction	13
1. Gérer les flux de patients à l'UCA	15
1.1 Améliorer l'organisation physique de l'UCA et favoriser les rotations	17
1.2 Simplifier le parcours du patient en limitant le nombre d'étapes et de files d'attente en amont de son intervention.....	20
1.3 Mettre en place un appel de la veille, ciblé ou systématique (modalité et contenu).....	22
1.4 Vérifier la conformité des dossiers pour limiter les déprogrammations.....	26
1.5 Faire arriver les patients de façon échelonnée.....	27
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	29
1.7 Protocoliser la durée de la prise en charge à l'UCA	33
1.8 Formaliser le circuit des patientes en sénologie	36
1.9 Développer une fiche navette ambulatoire et les documents d'information au patient	38
1.10 Délivrer une information spécifique à la pose d'une chambre implantable.....	42
1.11 Améliorer l'organisation du brancardage des patients de l'UCA vers le bloc....	51
1.12 Permettre le repérage des patients ambulatoires en SSPI	53
1.13 Mettre en place un circuit très court pour les « actes frontières » relevant plutôt des consultations externes	54
1.14 Mettre à disposition une pièce de l'UCA pour y faire les petits actes sous anesthésie locale.....	56
1.15 Réaliser un affichage mural de suivi des patients	58
1.16 Créer un salon de repos pour permettre une meilleure rotation des places....	59
1.17 Ne pas aliter systématiquement les patients avant leur passage au bloc.....	61
1.18 Ne pas utiliser de prémédication systématiquement pour tous les patients....	63
1.19 Utiliser des scores de cotation pour sécuriser la sortie des patients de SSPI et la mise à la rue	64
1.20 Utiliser des comptes rendus opératoires (CRO) types.....	68
1.21 Protocoliser la sortie : qui signe l'aptitude à la rue et quand ?	71
1.22 Formaliser la permanence des soins pour les opérés.....	74
1.23 Rédiger systématiquement des ordonnances d'antalgiques	76
2. Développer l'ambulatoire : Identifier l'activité et convaincre les opérateurs.....	79
2.1 Définir au sein de l'équipe chirurgicale les actes pouvant être pris en charge en ambulatoire	81
2.2 Mettre à la disposition des opérateurs les critères d'éligibilité des patients à l'ambulatoire	83

2.3	Inviter dans l'établissement, un professionnel reconnu pour sa pratique de la chirurgie ambulatoire	85
2.4	Rapatrifier à l'unité de chirurgie ambulatoire l'activité ambulatoire réalisée dans les services d'hospitalisation traditionnelle.....	87
2.5	« Vendre » l'UCA aux équipes chirurgicales.....	91
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.....	96
2.7	Convaincre les opérateurs de pratiquer l'ambulatoire en améliorant le partenariat avec la ville pour les suites de soins	98
2.8	Être capable d'accueillir des patients tout au long de la semaine : négocier l'ouverture de plages ambulatoires supplémentaires	100
3.	Suivre l'activité et manager son unité.....	103
3.1	Mettre en place un tableau de bord.....	105
3.2	Être actif pour remplir l'UCA.....	112
3.3	Mettre en place un suivi en routine des incidents organisationnels.....	118
3.4	Développer un outil de suivi trimestriel de l'activité ambulatoire à partir des données du PMSI (SuivChirAmb et SuivCPOM).....	121
3.5	Préparer et animer une réunion de service	124
3.6	Mettre en place une revue des dossiers	126
3.7	Formaliser le circuit du dossier patient	128
3.8	Mettre en place l'appel du lendemain	132
3.9	Organiser l'exécution et fiabiliser la traçabilité des appels du lendemain.....	135
3.10	Mettre en place une enquête de satisfaction auprès des patients accueillis à l'UCA	139
3.11	Administrer aux patients un questionnaire de satisfaction lors de leur séjour et un questionnaire du lendemain	144
4.	Bâtir son projet d'Unité de Chirurgie Ambulatoire.....	147
4.1	Élaborer un dossier de demande d'autorisation de création de places de chirurgie ambulatoire	149
4.2	Analyser les impacts financiers	152
4.3	Valoriser le travail dans le cadre de la certification HAS.....	154
4.4	Identifier et évaluer le potentiel de substitution de l'activité de chirurgie.....	157
4.5	Définir l'activité cible de l'UCA	160
	Annexes.....	165
	Annexe 1. Projet de règlement intérieur de l'UCA d'Auxerre	166
	Annexe 2. Consignes postopératoires CH Auxerre	172
	Annexe 3. Fiche de poste accueil administratif secrétariat CH de Sedan	173
	Annexe 4. Logigramme de la prise en charge ambulatoire du CHU de Reims	175

Glossaire

AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire	
AG / ALR	Anesthésie générale / Anesthésie locorégionale	
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation	
AS	Aide-soignant	
ASA	American Society of Anesthesiologists	Le score ASA est un instrument prédictif du risque anesthésiologique chez un patient
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	
CH	Centre hospitalier	
CHI	Centre hospitalier intercommunal	
CHU	Centre hospitalier universitaire	
CMD	Catégorie majeure de diagnostic	
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	
CPOM	Contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens	
CR/ CRO	Compte rendu / compte rendu opératoire	
CROSS	Comité régional d'organisation sanitaire et sociale	
DIM	Département d'informatique médicale	
DMS	Durée moyenne de séjour	
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles	
GHM	Groupe homogène de malades	
GHPC	Groupe homogène de prise en charge	Cette terminologie est utilisée pour le codage PMSI des hospitalisations à domicile. C'est l'équivalent des GHM / GHS dans ce contexte
GHS	Groupe homogène de séjours	
HAD	Hospitalisation à domicile	
HDJ	Hôpital de jour	
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État	
IVG	Interruption volontaire de grossesse	
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers	
OAP	Outil d'analyse PMSI	Mode de groupement des séjours hospitaliers utilisé notamment à des fins de planification
ORL	Oto-rhino-laryngologie	
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information	
PNIR	Programme national inter-régime	
RSA	Résumé de sortie anonyme	Correspond à un séjour, contient des informations non nominatives destinées à être transmises à la Direction de l'Établissement et les services de l'État
RSS	Résumé de sortie standardisé	Correspond à un séjour. Est produit systématiquement à l'issue d'un séjour hospitalier
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation	
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile	
SROS	Schéma régional d'organisation des soins	
SSPI	Salle de soins post-interventionnelle	
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire	
UF	Unité fonctionnelle	

Introduction

Un chantier pilote inscrit au programme de travail 2005 de la MeaH

Les hôpitaux et cliniques, en tant que producteurs de soins, font face à une évolution des contraintes les incitant à développer une activité parfois nouvelle pour eux : la chirurgie ambulatoire. Ces contraintes viennent tant du payeur, avec une évolution des modes de tarification, que du régulateur, encadrant les modalités de réalisation et de facturation de cette activité, ou encore des professionnels et des patients, soucieux de la qualité du service produit. Dans ce contexte, le comité de pilotage⁽¹⁾ de la MeaH a décidé d'inscrire l'organisation de la chirurgie ambulatoire à son programme de travail de 2005.

Les objectifs de la démarche, pour les sites engagés bénéficiant d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA), étaient d'améliorer la maîtrise de leurs processus organisationnels et de développer l'activité de leurs unités. Les sites pour lesquels la création d'une UCA était encore en projet se sont efforcés de définir une organisation cible et des objectifs d'activité. Avec l'appui de l'équipe de la MeaH et des trois cabinets de conseil en charge de les accompagner, les professionnels ont travaillé à définir une méthode d'analyse de leur activité et de leur organisation, afin d'identifier puis de mobiliser des marges d'amélioration. D'autres éléments de capitalisation des travaux menés sont disponibles sur le site Internet de la MeaH⁽²⁾ (outils, méthode, rapports intermédiaire et final).

Un certain nombre d'enseignements généraux et de constats a pu être tiré des travaux menés :

- le premier « client » d'une UCA est le chirurgien ;
- il est plus facile de maîtriser le processus de prise en charge que de convaincre les opérateurs, bien que certaines étapes soient difficiles à maîtriser ;
- les critères d'éligibilité des patients à l'ambulatoire sont parfois méconnus des opérateurs ;
- au-delà du débat sur le caractère incitatif des tarifs, c'est la maîtrise des coûts (et notamment des coûts de capacité) qui détermine la rentabilité financière de l'activité ambulatoire, au sein du panel d'établissements engagés dans la démarche, les ressources n'étaient pas un facteur limitant...

ÉTABLISSEMENTS ENGAGÉS	Statut	Date de l'ouverture de l'UCA	Classification PNIR ⁽³⁾
Institut Curie, Paris	PSPH	1991	2 (DG)
Clinique Bordeaux Nord-Aquitaine	Privé	1993	2 (OQN)
CHI de Fréjus – Saint-Raphaël	CH	Oct. 04	6 (DG)
CH de Meaux	CH	Avr. 04	1 (DG)
CH d'Auxerre	CH	-	1 (DG)
CH de Sedan	CH	2002	6 (DG)
CHU Saint-Antoine, AP-HP	CHU	-	9 (DG)
CHU de Reims	CHU	Oct. 05	3 (DG)

(1) Composé de la direction de la MeaH, de la Direction de la sécurité sociale, des représentants des Agences régionales d'hospitalisation, de l'Inspection générale des affaires sanitaires et de la Direction des hôpitaux et de l'offre de soins.

(2) www.meah.sante.gouv.fr

(3) Programme national interrégime de recherche. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. État des lieux et typologies des établissements de santé en 1999. Septembre 2003.

Une capitalisation mise à la disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière

Le présent ouvrage présente l'expérience des équipes des huit établissements engagés avec la MeaH dans le premier chantier sur l'« organisation de la chirurgie ambulatoire ».

Les retours d'expériences proposés ici n'épuisent pas les problématiques qui peuvent se poser à un établissement ou à une unité, ils ne portent que sur les sujets abordés par le groupe de travail. Ils peuvent être des éléments de méthode, des outils, des « bonnes pratiques organisationnelles » ou tout simplement des éléments de réflexion. Ils sont présentés en quatre parties :

- gérer les flux de patients à l'UCA ;
- développer l'ambulatoire : Identifier l'activité et convaincre les opérateurs ;
- suivre l'activité et manager son unité ;
- bâtir son projet d'unité de chirurgie ambulatoire.

Dans chacune de ces quatre parties, une présentation en trois niveaux vous est proposée :

- les bonnes pratiques rencontrées dans les services au cours de la phase de diagnostic des organisations :

CA Bonne pratique observée

- les bonnes pratiques mises en œuvre par vos collègues au cours du chantier proposé par la MeaH :

CA Action mise en œuvre

- les recommandations des consultants ayant accompagné vos collègues :

CA Recommandation

Nous espérons que l'expérience de vos collègues et confrères vous sera utile dans la construction de votre projet ou dans la résolution de certains problèmes que vous rencontrez au quotidien et qu'à votre tour vous ferez bénéficier l'ensemble de la communauté hospitalière des actions d'amélioration que vous avez ou que vous allez mettre en œuvre.

Pour la MeaH :

Dr Maxime CAUTERMAN, chargé de projet, responsable du pôle chantiers pilotes
François ENGEL, enseignant-chercheur, École nationale supérieure des mines de Paris
Dr Ayden TAJAHMADY, chargé de projet, interne de santé publique

Chapitre 1

Gérer les flux de patients à l'UCA

1.1	Améliorer l'organisation physique de l'UCA et favoriser les rotations	17
1.2	Simplifier le parcours du patient en limitant le nombre d'étapes et de files d'attente en amont de son intervention	20
1.3	Mettre en place un appel de la veille, ciblé ou systématique (modalité et contenu)	22
1.4	Vérifier la conformité des dossiers pour limiter les déprogrammations.....	26
1.5	Faire arriver les patients de façon échelonnée	27
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	29
1.7	Protocoliser la durée de la prise en charge à l'UCA	33
1.8	Formaliser le circuit des patientes en sénologie	36
1.9	Développer une fiche navette ambulatoire et les documents d'information au patient	38
1.10	Délivrer une information spécifique à la pose d'une chambre implantable.....	42
1.11	Améliorer l'organisation du brancardage des patients de l'UCA vers le bloc....	51
1.12	Permettre le repérage des patients ambulatoires en SSPI	53
1.13	Mettre en place un circuit très court pour les « actes frontières » relevant plutôt des consultations externes	54
1.14	Mettre à disposition une pièce de l'UCA pour y faire les petits actes sous anesthésie locale	56
1.15	Réaliser un affichage mural de suivi des patients	58
1.16	Créer un salon de repos pour permettre une meilleure rotation des places.....	59
1.17	Ne pas aliter systématiquement les patients avant leur passage au bloc.....	61
1.18	Ne pas utiliser de prémédication systématiquement pour tous les patients	63
1.19	Utiliser des scores de cotation pour sécuriser la sortie des patients de SSPI et la mise à la rue	64
1.20	Utiliser des comptes rendus opératoires (CRO) types.....	68
1.21	Protocoliser la sortie : qui signe l'aptitude à la rue et quand ?	71
1.22	Formaliser la permanence des soins pour les opérés	74
1.23	Rédiger systématiquement des ordonnances d'antalgiques	76

CA Action mise en œuvre

1.1 Améliorer l'organisation physique de l'UCA et favoriser les rotations	
Mise en œuvre	CHU Reims & CH Meaux
Domaine d'application	Augmenter l'activité ambulatoire
Indicateur de suivi	Organisation des processus de prise en charge
Indicateur de résultat	Taux de rotation par place

Rappel de la problématique

Dans une prise en charge ambulatoire, un taux de rotation (rapport du nombre de patients par jour sur le nombre de places installées) supérieur à 1 est un objectif légitime et un indicateur de succès.

Dans la perspective de mise en place d'une telle rotation, l'étude de l'implantation physique des locaux et du circuit des patients de l'entrée à la sortie est cruciale.

Objectifs recherchés

Examiner les modifications à prévoir pour permettre une rotation par place ou une augmentation de capacité.

Mise en œuvre

Tracer les circuits des patients avec chaque étape de la prise en charge.
Imaginer des modifications et les mettre en place.

Détail de la mise en œuvre

Rappel du circuit du CH Meaux (cas n°1)	Rappel du circuit du CHU Reims (cas n°2)
Accès par le bloc hôpital	Accès direct UCA depuis la rue
Accueil des patients au secrétariat de l'anesthésie (mutualisé avec UCA). La secrétaire les aide à trouver la sonnette et leur indique d'attendre. Remarque : avant 8 h 30, les premiers patients découvrent dans le couloir une sonnette pour appeler l'UCA. Ils y restent jusqu'à ce qu'on les appelle.	Accueil des patients au secrétariat de l'UCA. Les secrétaires les font patienter et préviennent les soignants de leur arrivée. Remarque : avant 8 h 30, les premiers patients sont dirigés par une pancarte vers le poste de soin au fond du service. Ils patientent dans l'espace enfant si les soignants sont occupés.
Les soignants font entrer le patient et son accompagnant dans le salon de repos (cuisine). Entretien de vérification de l'identité, de la préparation, des conditions de sortie...	Vérification d'identité. Le soignant emmène patient et accompagnant à la chambre individuelle. Entretien de vérification de la préparation, des conditions de sortie...
Préparation du patient dans un espace commun avec douche et casier à vêtement à pièce.	Préparation du patient dans la salle de bain de sa chambre. Rangement de ses vêtements dans son placard de chambre.
Le patient est accompagné et préparé sur un lit brancard dans une salle commune. Ce lit va jusqu'au sas du bloc.	Le lit brancard de la chambre va jusqu'au bloc.
De retour de bloc, quand le patient est jugé apte à la rue, il se change et va au salon de repos (cuisine). En pratique, les soignants les laissent plus longtemps que nécessaire sur leur brancard, pour le confort.	De retour de bloc, quand le patient est jugé apte à la rue, il peut se déplacer jusqu'au salon de repos.
Lorsque l'accompagnant arrive, il est accueilli dans le salon de repos pour transmission des dernières consignes avant le retour à la rue.	Lorsque l'accompagnant arrive, la transmission des dernières consignes se fait dans la chambre du patient avant le retour à la rue.

Dans le cas n°1

Le salon de repos a cinq finalités :

- l'accès à l'UCA depuis l'extérieur ;
- l'accueil et l'entretien du patient et de son accompagnant lors de son arrivée ;
- le repos du patient ;
- la préparation des repas ;
- la transmission des consignes avant la sortie.

Avec un faible flux de patients, ces usages sont partagés dans le temps. Mais lorsque l'activité augmente et qu'il y a plusieurs rotations par place, les entrées/sorties de patients sont simultanées tout au long de la journée (au moins de 10 h à 15 h). Il est bien sûr impossible qu'un patient séjourne dans ce salon alors même que l'entretien d'accueil se déroule pour un autre patient pour des raisons évidentes de confidentialité.

Dans le cas n°1, la compacité même des locaux est pénalisante. On aurait besoin d'au moins deux espaces séparés pour assurer toutes ces étapes :

- un salon de repos (éventuellement salon-cuisine qui donne un aspect familial qui n'est pas inintéressant...);
- un espace où mener les entretiens avec les patients en toute confidentialité, avec éventuellement plusieurs alvéoles isolées si le flux le justifie. Cet espace est l'endroit le plus « avancé » où l'accompagnant peut pénétrer dans l'unité, à l'exception des parents qui peuvent rester avec leur enfant dans le service (salle commune séparée).

Dans l'implantation actuelle de l'UCA sur ce site, les espaces sont rares. Un projet est d'ailleurs à l'étude pour la nouvelle unité ambulatoire dans le cadre de la reconstruction d'un bâtiment complet pour les blocs opératoires...

Un local aurait pu servir à séparer ces deux activités mais il a été finalement reconverti en bureau de médecin.

Dans le cas n°2

La plupart des activités se déroulent dans les chambres individuelles. Le concept architectural initial a prévu des chambres très spacieuses (plus spacieuses que des chambres d'hospitalisation traditionnelles !).

Une piste pour augmenter l'activité consiste à doubler les lits dans ces chambres. Cette pratique est d'ailleurs parfois retenue par le site qui installe un brancard supplémentaire dans quelques chambres. Elle s'impose du fait de la programmation opératoire (interventions ambulatoires en début de programme des différentes spécialités sans tenir compte des vacances prédéfinies) et un manque de réactivité de l'ensemble des acteurs, pour les signatures de sortie en particulier. On sait que ce débat, crucial pour le fonctionnement de l'activité ambulatoire, est sans doute l'un des plus difficiles à mener...

Ce doublement de capacité d'accueil est générateur de contrainte dans le circuit du patient. La chambre ne peut plus servir de :

- local pour l'interrogatoire patient et accompagnant ;
- zone de déshabillage ;
- lieu de rangement des vêtements patient.

En ce qui concerne l'entretien, les soignants n'ont évidemment pas de problème pour le premier patient de la chambre. Pour le second, il arrive souvent que le premier patient soit au bloc lorsqu'il arrive : le problème est donc résolu *de facto*. Dans les rares cas (pour l'instant) où le problème s'est présenté, l'interrogatoire a été mené dans la salle de repos des soignants.

Le concepteur avait prévu un vestiaire masculin et un vestiaire féminin dans le service. Comme le personnel est entièrement féminin, l'hôpital a reconfiguré le vestiaire masculin en vestiaire patient. Les mobiliers de rangement des vêtements sont sécurisés par des cadenas externes.

Évaluation

Évaluation quantitative

Les deux établissements présentés ici rencontreront, en fonction de leur organisation propre, des difficultés d'adaptation différentes face à une augmentation de la rotation par place.

En fonction de son organisation, chacun des deux sites étudiés s'adaptera plus ou moins facilement à une augmentation de l'activité.

Certains partages de locaux dans le temps, qui peuvent paraître économiques en termes de surface au moment de la conception initiale, se révèlent de véritables freins lorsque l'activité intensifie les rythmes d'arrivée et de départ des patients.

Avis des consultants

Une conception initiale de qualité devrait prévoir une double ou triple rotation de patients par place, même si l'activité ne le justifie pas. Ainsi, une diminution du nombre de chambres patients ou la création d'un vestiaire patient peuvent être envisagées.

CA Action mise en œuvre

1.2 Simplifier le parcours du patient en limitant le nombre d'étapes et de files d'attente en amont de son intervention	
Mise en œuvre	CHU Saint-Antoine
Domaine d'application	Améliorer le circuit patient
Indicateur de suivi	Taux d'annulation
Indicateur de résultat	Évaluation de la satisfaction

Rappel de la problématique

L'analyse du circuit du patient a mis en évidence un circuit préopératoire fastidieux pour le patient, multipliant les files d'attente et illustrant un cloisonnement entre les unités : chaque étape du parcours répond à sa propre logique sans prise en compte du confort du patient.

Le parcours préopératoire est composé de 5 étapes :

- 1 – le patient relevant d'une indication de chirurgie ambulatoire à l'issue de la consultation de chirurgie orthopédique convient d'une date d'intervention avec le chirurgien, qui l'inscrit sur le cahier de bloc ;
- 2 – le patient se rend au secrétariat des consultations. Un dossier de pré-admission lui est alors remis, avec consigne de procéder aux formalités administratives soit le jour même, soit par correspondance ou encore à l'occasion d'une prochaine consultation ;
- 3 – le patient se rend au bureau des consultations d'anesthésie pour programmer la consultation d'anesthésie ;
- 4 – le patient se rend au service d'hospitalisation, pour confirmer la date d'entrée dans le service ;
- 5 – le patient se rend éventuellement au bureau des entrées pour réaliser sa pré-admission administrative.

Ce parcours se déroule dans des étages différents et est rendu difficile en raison d'ascenseurs très sollicités.

À la fin du circuit, les patients sont tentés de reporter cette dernière étape à une échéance ultérieure, au risque de l'oublier, induisant le jour de l'intervention soit un retard, soit une annulation.

Objectif

Simplifier le circuit du patient et favoriser une inscription administrative en amont de l'intervention chirurgicale en centralisant les prises de rendez-vous au secrétariat de consultation.

Action envisagée

Organiser l'ensemble des étapes préparant la prise en charge à partir du secrétariat des consultations de chirurgie orthopédique.

Mise en œuvre

La secrétaire des consultations téléphone :

- au service d'hospitalisation, afin de programmer l'entrée ;
- au secrétariat d'anesthésie, afin de programmer la consultation de préanesthésie.

Enfin, le dossier de pré-admission administrative est remis au patient. Il lui est recommandé de procéder à son inscription le jour même.

Résultats

Le circuit patient ne comporte plus que 3 étapes :

- 1 – consultation médicale – pose de l'indication de chirurgie ambulatoire ;
- 2 – programmation de l'admission auprès du service, prise de rendez-vous en consultation d'anesthésie, remise du dossier de pré-admission par la secrétaire des consultations ;
- 3 – pré-admission administrative au service des entrées par le patient.

En outre, l'étape de pré-admission a été fiabilisée via une meilleure information des patients.

Cette nouvelle organisation s'est mise en place sans difficultés sous l'initiative des cadres de chirurgie orthopédique.

Pour aller plus loin

Il serait souhaitable de programmer également d'emblée les suites de soins (pansements et consultation avec le chirurgien) et d'éviter un passage systématique au bureau des entrées pour chacune des venues des patients.

CA Action mise en œuvre

1.3 Mettre en place un appel de la veille, ciblé ou systématique (modalité et contenu)	
Mise en œuvre	Centre hospitalier de Sedan
Domaine d'application	Améliorer le parcours du patient
Indicateurs de suivi	Taux des patients appelés Taux d'annulations du fait des patients Temps d'attente avant l'entrée au bloc
Indicateur de résultat	Améliorer le respect de la programmation de l'UCA

Rappel de la problématique

Au CH de Sedan, comme dans d'autres établissements ayant participé au chantier MeaH, ont été constatés :

- un fort taux de déprogrammation à J0 ;
- une affluence de patients tôt le matin, générant des dysfonctionnements ;
- des retards de patients, perturbant le programme opératoire et pouvant se solder par des transformations en hospitalisation complète ;
- une insatisfaction des patients liée à un délai important entre leur arrivée à l'hôpital et leur passage au bloc.

Pour agir sur l'ensemble de ces problématiques, la mise en place d'un appel téléphonique en amont de la venue du patient peut présenter quelques avantages.

Objectifs

La mise en place de l'appel systématique de la veille répond à plusieurs objectifs :

- pour le patient, il permet de :
 - être rassuré,
 - connaître l'heure précise d'arrivée en fonction de son heure de passage au bloc,
 - se voir rappeler l'ensemble des consignes préopératoires (arrivée à jeun, consignes d'hygiène, présence de l'accompagnant...)
- pour l'UCA, il permet de :
 - optimiser son fonctionnement et sa fluidité en précisant les horaires de venue des patients selon leur programmation au bloc,
 - repérer les éventuelles annulations à J-1,
 - valider définitivement les interventions et la programmation opératoire du lendemain,
 - vérifier simultanément la complétude du bilan préopératoire,
 - s'assurer des conditions de sortie du patient (présence d'un accompagnant...).

Action envisagée

Appel systématique de tous les patients la veille de l'intervention par une IDE (ou une secrétaire médicale).

Utilisation d'une fiche d'appel type qui est conservée dans le dossier du patient.

Mise en œuvre

Les facteurs clés de succès :

- la volonté des personnels d'améliorer la qualité des prises en charge et la satisfaction des patients ;
- l'amélioration des conditions de travail pour les personnels : le respect des consignes par les patients facilite la prise en charge ultérieure.

Les facteurs de blocage :

- le manque d'adhésion de la part des patients. Au démarrage, il était constaté que, dans 20 à 30 % des cas, le numéro de téléphone ne figurait pas dans le dossier de pré-admission ou bien était erroné ;
- pour 4 à 6 patients par semaine, adressés par des médecins ORL depuis leur cabinet en ville, les numéros de téléphone des patients ne sont pas forcément connus de l'UCA, les formalités de pré-admission n'étant pas systématiquement effectuées.

Résultats

Évaluation quantitative

L'appel de la veille est réalisé à plus de 95 % en 2006 (0 % en 2005).

Le taux de personnes injoignables est faible : 17 %.

La programmation des interventions au bloc s'est très sensiblement améliorée :

- 55 % des interventions commencent avec une attente inférieure à 10 minutes après l'entrée en salle ;
- auparavant, les temps d'attente pouvaient parfois aller jusqu'à 4 heures.

Le taux d'annulation du fait des patients est passé de 18 % en 2005 à moins de 10 % en 2006.

Près de 80 % des patients sont respectueux des horaires indiqués lors de l'appel de la veille (patients arrivant avant l'heure, à l'heure ou avec, au plus, 5 minutes de retard).

Commentaire des professionnels et/ou avis des consultants

« Cette action permet de tester la pertinence de l'organisation de l'UCA et peut s'avérer très payante en termes de fiabilisation du fonctionnement de l'UCA. »

« L'appel de la veille doit s'envisager comme une démarche complémentaire de la démarche d'information délivrée au patient, et ne saurait garantir à lui seul la venue du patient dans de bonnes conditions. »

« En cas d'annulation d'un patient à J-1, sa place et son créneau au bloc ne peuvent cependant pas être réalloués... »

« Cette pratique est transférable aux autres hôpitaux de jour et aux services de chirurgie classiques. »

Pour aller plus loin

La pertinence de l'appel de la veille systématique peut être remise en question localement, car c'est une démarche lourde. Dans ce cadre, il peut être utile de cibler les patients sujets à cet appel (sujets à risque d'annulation et premiers patients de la journée par exemple).

De même, on peut envisager de demander au patient lui-même d'appeler la veille pour confirmer et de le rappeler à défaut (au-delà d'une certaine heure).

Enfin, on peut utiliser de façon combinée appel de la veille et arrivée échelonnée des patients.

Exemple de fiche d'appel de la veille (CH Sedan)

C E N T R E
HOSPITALIER
DE SEDAN

QUESTIONNAIRE AMBULATOIRE DE LA VEILLE



Questionnaire réalisé par :

Date :

Nom du patient :

N° Téléphone

Patient injoignable par téléphone :

Bonjour Monsieur (Madame),

Vous allez être opéré (e) demain au centre hospitalier de Sedan par le Docteur

Vous êtes donc attendu dans le service à Heure précise. (au rez- de -chaussée de chirurgie)

APPORTER :

- Vos radios et examens biologiques en votre possession.
- Votre traitement médicamenteux si vous en avez un en cours.

NE PAS :

- Mettre de bijoux, piercing, vernis à ongle, verres de contact.
- Apporter d'objet de valeur.

Vous devez :

- Etre à jeun, c'est-à-dire n'avoir ni mangé, ni bu, ni fumé depuis minuit. (pas de chewing-gum).
- Prendre une douche ce soir et en reprendre une à votre arrivée dans le service.
- Prévoir un accompagnant véhiculé pour le retour (bien prendre ses coordonnées téléphoniques)
- Prévoir une tierce personne pour la nuit.

Pour un enfant :

- Prendre le carnet de santé.
- S'assurer que l'autorisation d'opérer a été signée et que c'est l'un des parents qui fera la sortie.
- Si l'enfant est en famille d'accueil ou en foyer, s'assurer que l'autorisation d'opérer soit valide et de moins d'un an.

- Votre entrée administrative a-t-elle été faite ?
- Limiter les visites, vous aurez besoin de repos

Exemple de fiche d'appel de la veille (polyclinique Bordeaux Nord-Aquitaine)



QUESTIONNAIRE AMBULATOIRE DE LA VEILLE

Questionnaire réalisé par :

Date :

Nom du patient :

N° Téléphone :

Patient injoignable par téléphone :

Bonjour Monsieur (Madame),

Vous allez être opéré (ée) demain à la polyclinique Bordeaux nord aquitaine par le Dr

Vous êtes donc attendu dans le service ambulatoire entre Heures etheures.

N'oubliez pas d'apporter

- Vos radios éventuelles et les examens biologiques prescrits.
- N'apporter ni bijoux, ni objets de valeur ni aliment.

Une collation vous sera proposée.

- Vous pouvez manger léger ce soir et vous pouvez boire jusqu'à minuit (à adapter si opéré l'AM.....)

Cela ne vous empêche pas de vous brosser les dents demain matin...

- Vous devez prendre une douche ce soir et une demain matin.

- Eviter maquillage- vernis à ongles - retirer verres de contact ou pearcing..

- Apporter éventuellement les médicaments si vous avez un traitement en cours...

- Avez vous bien prévu un accompagnant pour le retour

CA **Recommandation**

1.4 Vérifier la conformité des dossiers pour limiter les déprogrammations	
Mise en œuvre	Recommandations
Domaine d'application	Améliorer le parcours du patient
Indicateur de suivi	Nombre de dossiers incomplets le jour de l'intervention
Indicateur de résultat	Nombre de déprogrammations liées à un dossier incomplet

Rappel de la problématique

L'absence de certaines pièces dans le dossier du patient lors de l'admission à l'UCA est parfois susceptible d'entraîner l'annulation de l'intervention.

Souvent, cette complication n'est pas prise en compte et se traduit par des annulations à J0 ou des transformations en hospitalisation complète susceptibles de désorganiser l'UCA, le bloc et les services d'hospitalisation.

Objectifs

Limiter les déprogrammations le jour même et les transformations en hospitalisation complète dues à un dossier patient incomplet.

Améliorer la qualité des dossiers patients à l'UCA.

Action envisagée

Vérifier lors de l'appel de la veille⁽¹⁾ que tous les éléments nécessaires sont présents dans le dossier. Cette vérification est faite par la personne en charge de l'appel de la veille.

Le cas échéant, demander au patient d'avoir sur lui les éléments manquants lors de sa venue dans le service (ordonnances, examens...).

Commentaires des professionnels

Cette vérification peut permettre d'éviter des annulations ou des retards inutiles dans le programme opératoire et faciliter ainsi la bonne marche de l'UCA.

Le taux d'annulation lié à ces problèmes est un indicateur de qualité de la prise en charge ambulatoire fréquemment suivi dans d'autres pays.

(1) Cf. fiche 1.3 : « Mettre en place un appel de la veille ».

CA Action mise en œuvre

1.5 Faire arriver les patients de façon échelonnée	
Mise en œuvre	Polyclinique de Bordeaux Nord-Aquitaine
Domaine d'application	Améliorer le parcours du patient
Indicateurs de suivi	Temps d'attente au bloc opératoire Taux de transformation de séances d'ambulatoire en hospitalisations complètes
Indicateur de résultat	Taux de satisfaction des patient

Rappel de la problématique

Préalablement au chantier MeaH, tous les patients devant subir une intervention en chirurgie ambulatoire, y compris les personnes opérées en début d'après-midi, étaient convoqués à 8 h quelle que soit l'heure effective de passage au bloc.

Les temps d'attente (allant jusqu'à 4 heures) étaient parfois très mal vécus par les patients et leur entourage.

Objectifs

Éviter aux patients une attente inutile avant leur passage au bloc opératoire.

Gérer au mieux l'espace disponible⁽²⁾.

Assurer un fonctionnement harmonieux de l'unité de chirurgie ambulatoire, en évitant les engorgements du début de journée.

Assurer un meilleur accueil du patient et une fluidité des arrivées dans l'unité.

Action envisagée

Personnaliser l'heure d'arrivée des patients au moment de l'appel de la veille.

Mise en œuvre

La programmation des heures d'arrivée a été mise en œuvre d'emblée par :

- les praticiens eux-mêmes (stomatologues) à partir de leur cabinet de consultation en fonction de leur propre programme opératoire ;
- les IDE de l'UCA pour les autres patients en fonction des heures de passage au bloc opératoire.

Les facteurs de blocage qui ont été constatés sont :

- le non-respect des horaires d'arrivée par les patients qui peut inciter les praticiens à remettre en cause le principe de l'échelonnement ;
- le manque de cohérence dans la gestion des heures d'arrivée à l'UCA : quelques incidents sont à répertorier ;
- l'arrivée de tous les patients dans le service à 8 h permet une flexibilité pour les chirurgiens : un patient peut prendre la place d'un autre si celui-ci est annulé.

(2) Cf. fiche 1.1 : « Améliorer l'organisation physique de l'UCA et favoriser les rotations. »

Les clés du succès :

- les annulations de venue de patients sont exceptionnelles (inférieures à 2 %) : cela ne justifie donc pas le principe d'une arrivée unique des patients quelle que soit leur heure de passage au bloc opératoire ;
- il n'y a pas eu de discours négatif de la part des chirurgiens sur l'échelonnement des heures d'arrivée.

Résultats

Évaluation quantitative

80 % des patients sont opérés entre 8 h et 12 h, 20 % après 12 h dont 5 % entre 14 h et 16 h.

Le temps moyen d'attente entre l'arrivée à l'UCA et l'entrée au bloc est de 1 h 22 (un temps « normal » est évalué à 1 h 30, 2 heures maximum).

44 % des patients passent au bloc moins d'une heure après leur arrivée, en comptant l'installation dans le box et la préparation préopératoire.

Le nombre d'incidents relatifs à des attentes trop longues de patients au bloc opératoire est inférieur à 5 %.

Commentaire des professionnels

« Action simple et payante. »

« On comptabilise moins de plaintes dans les questionnaires de sortie des patients. »

Pour aller plus loin

Il peut être utile de faire arriver les deux premiers patients en même temps afin qu'un patient ne se présentant pas ou se présentant en retard, n'entraîne pas de dysfonctionnements au bloc opératoire.

L'échelonnement de l'arrivée des patients peut être envisageable également dans les services qui n'ont pas mis en œuvre l'appel de la veille.

CA Action mise en œuvre

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	
Mise en œuvre	CH Meaux
Domaine d'application	Améliorer la prise en charge ambulatoire
Indicateur de suivi	Nombre de processus décrits
Indicateurs de résultat	% de report de patients Taux de rotation par place Évolution de la durée moyenne de séjour

Rappel de la problématique

L'ambulatoire repose sur la maîtrise des durées de prise en charge des patients. Afin d'atteindre un objectif optimal pour chaque étape du processus, il est nécessaire de connaître ses différentes étapes et de réaliser une coordination satisfaisante des ressources.

Il peut exister des doutes sur la qualité des prises en charge courtes. Ainsi, si aucun nouveau patient n'est en attente d'un lit, certains ne voient pas l'intérêt de faire sortir le patient présent plus rapidement. Une telle attitude peut constituer un handicap dans une perspective de développement de l'ambulatoire. Une bonne façon de lutter contre ces *a priori* consiste à obtenir le consensus des professionnels en définissant le processus type de prise en charge.

Objectifs recherchés

Les gains d'un travail sur le processus sont :

- une moindre attente des patients ;
- une plus grande satisfaction des patients ;
- une rotation des patients par place plus facile ;
- un développement de l'activité à ressources constantes ;
- un meilleur lissage de la charge de travail pour les équipes.

Mise en œuvre

Définir un support de description du processus.

Définir les principaux gestes à décrire et une catégorie « standard » pour tous les autres.

Comparer la durée actuelle et la durée « souhaitable ».

Identifier les gains potentiels.

Détail de la mise en œuvre

Catégories de gestes

Choisir des gestes représentant des activités importantes pour le site et dont les durées, les processus de prise en charge ou les acteurs concernés sont variables.

Réaliser un processus « standard » qui regroupera tous les autres gestes. Si ces gestes « standard » ne se différencient que par certaines durées (par exemple, durée en salle d'opération), il suffit de noter ces durées comme des variables.

Le CH Meaux a convenu de travailler sur les gestes suivants :

IVG : Interruption volontaires de grossesse – car les appels, tout le processus administratif et l'éventuelle prise en charge psychologique, diffèrent d'une prise en charge standard

LEC : Lithotritie extracorporelle – car la gestion de ces actes est spécifique

CAT : Chambre implantables – car l'anesthésie et le rappel du lendemain sont spécifiques

VAR : Varices – car le marquage est spécifique

PED : Pédiatrie – car les enfants imposent une prise en charge spécifique

GEN : Général – est le processus général

On aurait pu en choisir d'autres :

AMO : Ablation de matériel – car la radio de contrôle est spécifique

STO : Stomatologie – car la restauration est spécifique...

Décrire les éléments du processus et créer un fichier Excel® correspondant

Un exemple est donné ci-dessous, selon la problématique du site, on peut ajouter ou enlever des colonnes. La signification des colonnes est présentée à la page suivante.

IVG				Durée [min.]		Charge [min.]		Ressource								
Étape du Processus	Jour	Patient?	Lieu UCA mobilisé	Actuelle	Cible	Actuelle	Cible	SM	IDE	AS	ASH	CS	BLOC	MAR	CHIR	SSPI
Récupérer la liste des patientes IVG	J-3	non		2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Vérifier les pré-admissions	J-3	non		2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Sortir les dossiers d'anesthésie	J-1	non		2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Récupérer le dossier des consultations	J-1	non		2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Préparer les K7	J-1	non		1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Porter les dossiers à l'UCA	J-1	non		1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Vérifier le dossier	J-1	non		7	7	7	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Analyser le programme et fixer les heures de RDV	J-1	non		1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Appeler le patient, donner l'heure et les consignes	J-1	non		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Préparer le cahier de l'UCA	J-1	non		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Accueillir les patients dans le service	J	oui	Accueil	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Accueillir soignant	J	oui	Salon	3	3	3	3	0	0,5	0,5	0	0	0	0	0	0
Vérifier dossier (patientèle IVG)	J	oui	Salon	8	8	8	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Récupérer les examens (carte de groupe)	J	oui	Poste soin	10	0	10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Doucher / Habiller	J	oui	Vestiaire	5	5	5	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Prémédiquer perfuser	J	oui	Box	10	10	10	10	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Préparer pour la chirurgie	J	oui	Box	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Attendre passage au bloc	J	oui	Box	15	15	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brancarder vers bloc	J	oui	Box	3	3	3	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Étape du processus	L'étape concernée, que nous avons étendue avant l'arrivée du patient et après son départ
Jour	Choix du jour par l'utilisateur dans une liste déroulante paramétrée. On pourrait aussi faire mieux pour le jour à J en autorisant les saisies H-2... pour toutes les prestations à J
Patient ?	« Oui » si le patient est concerné, « Non » sinon. Cette distinction permet de différencier un travail sur la durée de prise en charge et sur la charge des ressources correspondantes
Lieu UCA mobilisé	Choix du lieu par l'utilisateur dans une liste déroulante paramétrée. Cette distinction peut permettre d'identifier des croisements de flux, des mesures d'espace ou des capacités insuffisantes
Durée [min.]	« Actuelle » : durée actuelle de l'étape du processus en minute. Cette durée a été estimée par le terrain avec une petite validation critique. Une mesure pourrait être intéressante sur certains points « Cible » : durée cible de l'étape en minute. Cette durée a été estimée par les acteurs de terrain comme leur objectif
Charge [min.]	« Actuelle » : charge actuelle de l'étape du processus en minute. Cette charge a été estimée par le terrain avec une petite validation critique. Une mesure pourrait être intéressante sur certains points « Cible » : charge cible de l'étape en minute. Cette durée a été estimée par les acteurs de terrain comme leur objectif
Ressource	La ventilation retenue est détaillée sur le personnel de l'UCA et un peu plus globale sur les étapes extérieures : SM = Secrétaire médicale de l'UCA IDE = Infirmière de l'UCA AS = Aide-soignant de l'UCA ASH = ASH de l'UCA CS = Cadre de santé de l'UCA (ou du bloc) BLOC = Équipe soignante et médicale du bloc MAR = Médecin anesthésiste CHIR = Chirurgien SSPI = Équipe soignante de réveil

Pour la partie « ressource », l'utilisateur indique dans les cellules un chiffre traduisant la mobilisation de la ressource sur l'étape de processus. Par exemple :

- 1 si l'étape implique la ressource pour toute la charge correspondante (on peut avoir 1 dans plusieurs cellules si plusieurs ressources sont mobilisées) ;
- 2 si deux personnes du même type de ressource sont mobilisées ;
- 0.5 si la ressource est mobilisée soit la moitié du temps de charge, soit pour la moitié des patients (ex. : l'accueil est fait par une IDE ou une AS, donc 0.5 dans les deux cellules...).

Une synthèse est proposée dans le même fichier. Elle permet de comparer les durées et charges par lieu et par ressource entre la prise en charge actuelle et la prise en charge cible et de calculer les gains potentiels.

Synthèse des processus		IVG	Synthèse des processus		IVG	Synthèse des processus		IVG	
actuel	Durée patient [hr]		Durée patient [hr]		Durée patient [hr]		36 %		
	par lieu	Secrétariat	0,00	par lieu	Secrétariat	0,00	par lieu	Secrétariat	0 %
		Accueil	0,07		Accueil	0,07		Accueil	0 %
		Vestiaire	0,17		Vestiaire	0,17		Vestiaire	0 %
		Poste soin	0,17		Poste soin	0,00		Poste soin	100 %
		Box	5,77		Box	4,27		Box	26 %
		Salon	1,83		Salon	0,58		Salon	68 %
		Charge [min.]			4,43	Charge [min.]		3,80	Charge [min.]
	par ressource	SM	0,62	par ressource	SM	0,62	par ressource	SM	0 %
		IDE	0,96		IDE	0,75		IDE	22 %
		AS	0,40		AS	0,35		AS	11 %
		ASH	0,10		ASH	0,10		ASH	0 %
		CS	0,02		CS	0,02		CS	0 %
		BLOC	0,58		BLOC	0,58		BLOC	0 %
		MAR	0,58		MAR	0,58		MAR	0 %
		CHIR	0,67		CHIR	0,67		CHIR	0 %
SSPI	0,50	SSPI	0,50	SSPI	0 %				

Avis des consultants

Dans le cas du CH de Meaux, la première saisie a été faite avec le cadre, des soignants de l'unité et les secrétaires médicales. Des pistes de gains ont été identifiées et argumentées avec certains des soignants de terrain. Les praticiens médicaux n'ont pas vu ce travail. Le consensus n'est donc pas fait et les améliorations pour les points concernant les médecins ne pourront pas être enclenchées.

Des problématiques spécifiques au CH de Meaux (suractivité chirurgicale, manque de cohésion des praticiens, limite des instances de pilotage de l'organisation chirurgicale, faible encadrement...) ont rendu la démarche extrêmement difficile.

Pour aller plus loin

Renseigner les processus principaux.

Comparer avec une mesure de terrain des séjours des patients.

Organiser le consensus médical / soignant / administratif.

Multiplier les durées et charges élémentaires par geste par le nombre de passages de chaque geste pour en déduire la charge et la durée globale pendant une période.

Comparer la prise en charge actuelle avec les ressources mises en place sur le terrain (lieux et acteurs) et identifier les goulots d'étranglement et les productivités.

Faire le même calcul avec la prise en charge cible et en déduire les écarts en ETP, le taux d'occupation des places (par exemple) en pourcentage d'heures ouvertes ou la capacité d'accueil supplémentaire que permettrait la maîtrise des processus.

Conduire des actions d'amélioration de certains processus.

Mesurer en routine les durées de prise en charge et en maîtriser les évolutions.

Une telle approche est comparable à une démarche de type « chemin clinique ».

CA Action mise en œuvre

1.7 Protocoliser la durée de la prise en charge à l'UCA	
Mise en œuvre	CHU Reims
Domaine d'application	Améliorer la prise en charge ambulatoire
Indicateurs de suivi	Heure d'entrée à l'UCA Heure de sortie de l'UCA Heure d'entrée au bloc Heure de sortie du bloc Heure de sortie de SSPI
Indicateurs de résultat	Durées moyennes de séjour à l'UCA selon les types de gestes Durées moyennes de séjour à l'UCA selon les types d'anesthésies

Rappel de la problématique

Une prise en charge ambulatoire performante se traduit par une durée de séjour à l'UCA la plus courte possible dans le respect de la qualité de la prise en charge et de la sécurité du patient.

Or, dans de nombreuses UCA il existe des dispositions opposées à cette règle :

- « *Je programme tous mes patients à 7 h 30, comme ça, même si un ou deux ne viennent pas, je ne risque pas de n'avoir pas de patients au bloc à 8 h 30 quand je commence...* »
- « *Les infirmières sont occupées par les patients de XX qui sont venus à 8 dès 7 h 30. Les patients de YY n'ont pu être préparés, il est prêt dans son bloc et il râle...* »

Objectifs recherchés

Convoquer les patients à temps pour leur passage au bloc.

Optimiser les durées de séjour des patients pour libérer au plus vite les capacités d'accueil pour d'autres patients.

Optimiser la programmation opératoire.

Mise en œuvre

Mesure en routine pour chaque patient de ses heures d'arrivée et de départ de l'unité ambulatoire.

Interfaçage avec le logiciel de bloc pour avoir ses entrées et sorties de salle et le logiciel de la SSPI pour les heures de sortie.

Détail de la mise en œuvre

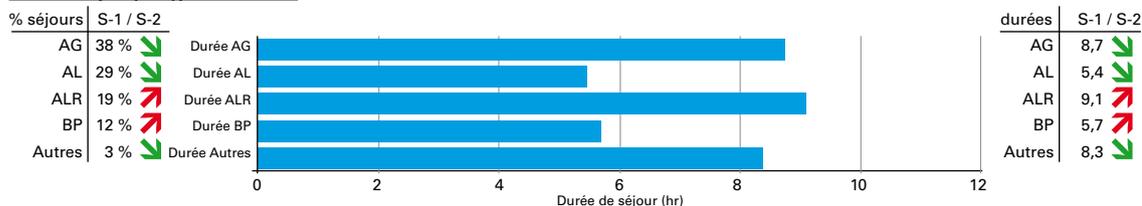
Cette analyse peut être intégrée dans le tableau de bord de l'UCA puisque les informations sont saisies dans le registre des patients à l'UCA.

Date	Date naissance (jj/mm/aa)	IPP	Heure arrivée (hh:mn)	Heure départ (hh:mn)	Durée du séjour (heure)	Annulé O/N	Annulé Motif	Secteur abrégé	Intervention	Complément	Anesthésie : AG, ALP, BP, AL	Transféré en hospitalisation	Unité d'hospitalisation
27/10/06	00/00/00	XXXXXXXX	8:00	16:30	8,50			HGE	COLO		AG		
27/10/06	00/00/00	XXXXXXXX	8:30	17:30	9,00			ORL		REPRISE OTOPLASTIE	AL		
27/10/06	00/00/00	XXXXXXXX	9:00	17:10	8,17			HGE	COLO		AG		
27/10/06	00/00/00	XXXXXXXX	9:20	17:00	7,67			HGE	COLO		AG		
27/10/06	00/00/00	XXXXXXXX	7:00	17:05	10,08			ORL		OTOPLASTIE	AG		
30/10/06	00/00/00	XXXXXXXX	9:40	17:30	7,83			ODONTO	EDM	28/38/7/5	AL		
30/10/06	00/00/00	XXXXXXXX	7:00	17:30	10,50			ORL	DRAINS	BILATERAUX ET VERIF CAEVUM	AG		
30/10/06	00/00/00	XXXXXXXX	10:00	16:30	6,50			ORL	ABLATION DE KYSTE	SPINO PRE AURICULAIRE G	AL	O	RETOUR
30/10/06	00/00/00	XXXXXXXX	7:50	17:30	9,67			URO	ABLATION DE KYSTE	EPIDIDYME D			

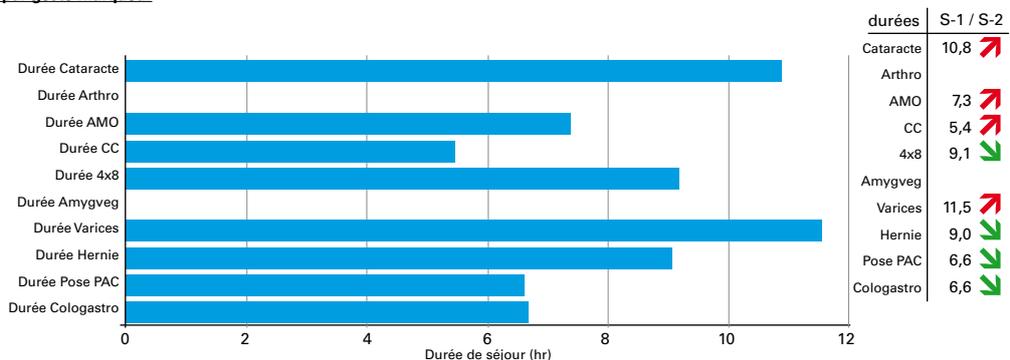
Le tableau de bord produit en routine la durée de séjour pour quelques gestes marqueurs et pour les types d'anesthésie.

Profils de prise en charge

Durée de séjour par type d'anesthésie



Durée de séjour par geste marqueur



Le tableau de bord permet en outre l'analyse de l'évolution d'une semaine sur l'autre des :

- fréquence de types d'anesthésie dans l'activité de l'UCA ;
- durées de séjour en heures des patients à l'UCA selon leur type d'anesthésie ;
- durées de séjour en heures des patients à l'UCA selon les gestes marqueurs. Cette dernière analyse peut souffrir de la faiblesse de l'activité qui fait que certains gestes marqueurs ne sont pas pratiqués certaines semaines.

Évaluation quantitative

L'analyse de la durée de séjour à l'UCA est disponible en routine dans le tableau de bord hebdomadaire.

En revanche, une première analyse effectuée en phase diagnostic pour retrouver les heures de bloc et de SSPI s'était révélée assez complexe. Le service informatique a pris à son compte l'extraction de ces informations pour les patients de l'UCA, de l'activité du bloc et de la SSPI, mais les développements ont été retardés.

Les soignants utilisent leur connaissance de la durée de préparation des patients pour prévoir leur arrivée en fonction de leur heure de passage prévisionnelle au bloc.

Avis des consultants

Les durées de séjour des patients à l'UCA sont parfois assez longues sur certains gestes marqueurs. Le consultant souhaitait s'appuyer sur cette observation pour engager le débat sur les durées de séjour dans le cadre de la rotation des patients. Cependant, cette démarche n'a pas suscité l'adhésion de l'ensemble des praticiens : « *Pourquoi se mettre en difficulté alors que nous avons assez de place pour accueillir tout le monde ?* »

On peut opposer à ces arguments le fait que les durées de séjour vont avoir un impact sur l'organisation médicale (en particulier pour la signature de sortie). Une telle démarche est certes difficile, mais elle peut engendrer une vraie prise de conscience de la spécificité de la prise en charge ambulatoire.

CA Action mise en œuvre

1.8 Formaliser le circuit des patientes en sénologie	
Mise en œuvre	Institut Curie
Domaine d'application	Améliorer le parcours du patient
Indicateur de suivi	Pourcentage de patients bénéficiant de cette modalité de prise en charge
Indicateur de résultat	<i>Idem</i>

Rappel de la problématique

L'institut Curie, centre de lutte contre le cancer, présente une activité très spécialisée. Les équipes chirurgicales ont souhaité faire évoluer leurs pratiques pour développer l'activité ambulatoire en sénologie, avec notamment un objectif de 80 % de patientes opérées pour ganglions sentinelles au bloc ambulatoire.

Cet objectif ne peut être atteint qu'au prix d'une évolution de la technique opératoire elle-même, mais aussi de la maîtrise du parcours des patientes, avant, pendant et après leur hospitalisation.

Objectif

Optimiser le processus de prise en charge des patientes en sénologie en mettant en place un circuit spécifique.

Action envisagée

Afin d'atteindre l'objectif fixé et après avoir quantifié le nombre d'interventions à transférer au bloc ambulatoire, le chef de service de sénologie, très impliqué dans la démarche, a retenu plusieurs actions afin de mettre en œuvre les changements sur l'organisation en amont et en aval du bloc opératoire :

- déterminer de nouvelles techniques opératoires, en adéquation avec ce mode de prise en charge ;
- organiser le circuit des patientes qui bénéficieront de la réalisation de l'exérèse d'un ganglion sentinelle en hospitalisation de jour (technique comprenant l'injection d'un marqueur isotopique).

Mise en œuvre

Un potentiel annuel de 185 patientes a été évalué par le chef de service, en se basant sur l'activité réalisée en 2005.

De nouvelles techniques opératoires ont été définies (utilisation d'isotopes⁽³⁾ ou de bleu⁽⁴⁾), nécessitant de prévoir cette étape de marquage supplémentaire le jour de l'intervention.

Afin accompagner cette progression, de nouvelles modalités de prise en charge ont été définies au niveau du circuit des patients :

- **curage classique** : la sortie de la patiente se fait selon les mêmes procédures que les autres patients ambulatoires ;
- **curage axillaire avec capitonnage** : le risque de transformation complète due à une conversion de technique étant de 7 à 10 %, il est donc nécessaire d'organiser systématiquement le relais en hospitalisation complète, à utiliser en cas de besoin. Un lit est réservé au moment de la programmation opératoire ;

(3) Utilisation d'un isotope radioactif dans la technique chirurgicale.

(4) Utilisation du bleu de méthylène comme colorant dans la technique chirurgicale.

- en cas de nécessité de pose de drains de Redon en postopératoire : à l'heure actuelle, les patientes sont systématiquement hospitalisées, mais dans le futur, un réseau avec les IDE libérales sera organisé pour le suivi postopératoire.

Résultats

Une période test a été décidée pour valider la démarche. La montée en charge progressive, soit 2 à 4 patientes par semaine, a commencé dès la semaine du 20 novembre 2006.

Pour aller plus loin

Après une période d'évaluation sur la prise en charge des patientes en ambulatoire, il a été décidé d'organiser avec les IDE du service des PPP (pansements ponction et prélèvements), les suites opératoires pour que les femmes porteuses de drain de Redon puissent sortir le jour même et bénéficient d'une surveillance opératoire de qualité.

Indication de l'HDJ en chirurgie articulaire. Le ganglion sentinelle (S. Altran, RJ Salmon)

Mercredi 13 septembre 2006, MeaH

Faisabilité du GS en HDJ avec isotopes (rencontre avec M. Benamar et G. Dorial) vendredi 30 juin 2006 :

- Arrivée du technicien médecine nucléaire à 8 h 30
- Temps de préparation des isotopes : 1 h 00
- Injections possibles à partir de 9 h 30, 10 h 00.
Doses 4 x 7,5 Mbq (au lieu de 4 x 15 Mbq)
- Heure d'arrivée de ces patientes au bloc HDJ : à partir de 10 h 30
(minimum de 3/4 - 1 heure après l'injection des isotopes).
Procédure difficile à réaliser le mardi

En conclusion :

2 patientes GS (BLEU + ISOTOPE)/j, ces patientes sont à prévoir à partir de 10 h 30

+ 2 patientes GS BLEU SEUL en plus possible en début de matinée

Prévoir 1 h à 1 h 30 / patiente GS (cet horaire fluctuant inclut l'examen extemporané et un curage axillaire éventuel)

CA **Action mise en œuvre**

1.9 Rédiger une fiche navette ambulatoire et des documents d'information au patient	
Mise en œuvre	CHI Fréjus – Saint-Raphaël
Domaine d'application	Améliorer le circuit du patient
Indicateur de suivi	–
Indicateurs de résultat	% de patients bien informés Taux de patients bien préparés

Rappel de la problématique

Lorsque l'indication d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire est posée, le patient fait face à deux types de questionnements :

- celui relatif à l'acte chirurgical ;
- celui relatif au mode de prise en charge.

Objectif

Informers systématiquement les patients sur les spécificités de l'ambulatoire, par le biais d'une information écrite et orale.

Action envisagée

Réaliser des documents spécifiques à l'ambulatoire et des plaquettes d'informations à délivrer aux patients pour faciliter leur admission, leur séjour et leur retour à domicile.

Mise en œuvre

Avant l'ouverture de la structure, le coordonnateur médical et le cadre de santé de l'UCA ont réuni les futurs professionnels de l'UCA, afin de les sensibiliser sur la nécessité d'informer les patients.

Dans le respect de la réglementation en vigueur et des consignes à respecter, la réflexion s'est engagée à partir de la situation spécifique du CHI et des circuits définis. Ces consignes ont été élaborées par l'équipe de chirurgie, bloc opératoire et hygiène, conformément aux recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France⁽⁵⁾.

L'organisation de la délivrance de l'information a été définie. Les informations spécifiques à chaque étape de la prise en charge sont délivrées soit oralement soit sous forme de documents.

Consultation de chirurgie : décision d'intervention, proposition de l'ambulatoire

Par le chirurgien :

- information orale : sur les modalités de prise en charge en ambulatoire ;
- information écrite : fiche de liaison spécifique à l'ambulatoire.

(5) *Recommandations n°s 60, 62, 63 (Bulletin Épidémiologique hebdomadaire de juin 1992).*

Par la secrétaire :

- remet et explique au patient les documents suivants : questionnaire d'anesthésie, rendez-vous d'anesthésie, préalable à l'intervention, questionnaire sur la maladie Creutzfeldt-Jakob, autorisation d'opérer (s'il s'agit d'un mineur), certificat de pré-admission, afin que le patient puisse faire sa pré-admission dès la sortie de la consultation le jour même, ou à la sortie de la consultation d'anesthésie.

À cette étape de la prise en charge, le patient est informé des modalités de prise en charge de l'ambulatoire.

Consultation d'anesthésie : confirmation de l'ambulatoire

Le médecin anesthésiste :

- informe à nouveau le patient sur les conditions spécifiques liées à la prise en charge en ambulatoire ;
- donne des informations médicales sur l'anesthésie ;
- remet le passeport pour le bloc opératoire (conseils à respecter la veille, le jour de l'intervention) avec des protocoles sur l'épilation, l'hygiène préopératoire, la prise en charge de la douleur...

À l'issue de la consultation d'anesthésie, le patient connaît la date d'hospitalisation.

La veille de l'intervention : appel téléphonique⁽⁶⁾

L'IDE de l'UCA contacte par téléphone chaque patient pour :

- confirmer l'intervention ;
- confirmer l'heure de passage ;
- rappeler les consignes à respecter (référence aux documents remis).

Le jour de l'intervention

L'IDE récupère les documents sur les recommandations signés.

En postopératoire

L'IDE remet et explique au patient les consignes à respecter sur les conduites à tenir, la prise en charge de la douleur, le numéro de téléphone à appeler en cas de problème.

Évaluation

Commentaires des professionnels

« Les patients au CHI de Fréjus – Saint-Raphaël, assez souvent âgés, nécessitent un accompagnement particulier, d'où l'attention soutenue portée en interne à cette démarche. »

(6) Cf. fiche 1.3 : « Mettre en place un appel de la veille ».

Passeport pour le bloc opératoire

**Vous devez subir une intervention :
Quelques conseils..... Quelques consignes**



La veille de l'intervention

Préparer votre mental : détendez vous

Préparez votre corps:

Le soir :

- Faites une toilette méticuleuse selon le protocole ci-joint
- Si votre intervention nécessite une épilation référez vous au protocole que l'IDE vous aura remis
- Mesdames : pensez à enlever votre vernis à ongles
- Mangez léger : pas de charcuterie, ni viande en sauce, PAS D'ALCOOL
- Si le médecin anesthésiste vous a prescrit un traitement, ne l'oubliez pas
- A partir de minuit NE MANGEZ PLUS, NE FUMEZ PLUS, NE BUVEZ PLUS



Le matin de l'intervention

Restez à jeun (ni eau, ni café, ni aliment, ni cigarette) sauf consignes particulières du médecin anesthésiste)

Douchez vous suivant le même protocole que la veille

Lavez vous les dents

Revêtez du linge propre

Enlevez vos bijoux

Mesdames ne vous maquillez pas

Lors de votre admission, signalez à l'IDE le port de prothèse (dentaires, auditives, lentilles de contact : n'oubliez pas le nécessaire de décontamination)

Prochains rendez vous

ETAGE 0 <input type="checkbox"/>		ETAGE 4 <input type="checkbox"/>	
<i>Consultation</i>		<i>Pansement</i>	
Date	Heure	Date	Heure

RENDEZ VOUS AUPRES DU CHIRURGIEN

☞ Marche à suivre :

Vous munir d'une fiche de circulation. Cette pièce est remise au bureau des consultations externes, hall d'accueil, étage 0

❶ **Radiographies à effectuer** : la prescription est remise en même temps que la fiche de circulation. Dans ce cas, vous rendre au **SERVICE DE RADIOLOGIE ETAGE 1**, puis au **SECRETARIAT D'ORTHOPEDIE**.

❷ Votre pathologie ne nécessite pas de radiographie, présentez vous avec votre fiche de circulation au **SECRETARIAT D'ORTHOPEDIE**

LORS DE VOTRE DEPART DE L'HOPITAL REMETTRE LA FICHE DE SORTIE AU BUREAU DES SORTIES ETAGE 0

 LETTRE SORTIE MEDECIN TRAITANT : **Bilan lésionnel** **Compte rendu opératoire** **PRESCRIPTION MEDICALE :** **Pharmacie** **IDE** **Kinésithérapeute** **Cannes anglaises** **Déambulateur** **fauteuil roulant** **Autres** **ARRET DE TRAVAIL :** **Accident de travail**

➔ Les 2 premiers volets sont à adresser à votre organisme d'assurance maladie

➔ Vous conservez le 3^{ème} volet

➔ Le 4^{ème} est destiné à l'employeur

 Maladie

➔ Les 2^{ème} volets sont à adresser à votre organisme d'assurance maladie

➔ Le 3^{ème} volet est à adresser à votre employeur ou à votre agence locale de l'emploi

 DISPENSE DE SPORT **DISPENSE D'ATELIER** (pour enfant scolarisé) **CONVALESCENCE**○ **CERTIFICATS**

- Assurance
- Gendarmerie

○ **FICHE DE LIAISON IDE**○ **CARTE DE GROUPE SANGUIN**

CA Action mise en œuvre

1.10 Délivrer une information spécifique à la pose d'une chambre implantable	
Mise en œuvre	Institut Curie (Paris)
Domaine d'application	Améliorer le circuit du patient
Indicateur de suivi	Nombre de fiches navette remises aux patients/mois
Indicateur de résultat	% de patients ayant eu une information spécifique

Rappel de la problématique

Une proportion non négligeable de patients se plaint du manque d'information à l'annonce de la pose d'une chambre implantable. Les dysfonctionnements suivants ont pu être identifiés :

- l'information orale n'est pas systématique. Elle est donnée au coup par coup par le médecin oncologue, qui n'est pas le poseur, et qui ne se juge pas compétent pour délivrer cette information ;
- le livret de cathétérisme est souvent donné aux patients sans explication ;
- le consentement éclairé sur les risques encourus n'est pas remis systématiquement.

Objectif

Réorganiser le circuit préalable à la pose de chambre implantable pour, dès l'indication posée, informer tout patient sur la chambre implantable, sur la pose du cathéter, sur la chimiothérapie et sur la cure.

Augmenter le pourcentage de patients pris en charge sous AG (passage de 4,8 % à 10 %).

Action envisagée

Lors de la consultation multidisciplinaire définir les acteurs en charge de délivrer l'information, dès la décision de chimiothérapie prise.

Cibler les informations à délivrer et les documents à remettre aux patients.

Détecter dès la première consultation les patients angoissés ou avec des antécédents et mettre en place un circuit adapté pour améliorer leur prise en charge (création d'une consultation IDE, proposition d'hypnose à raison de 12 patients / semaine).

Mise en œuvre

Un document a été élaboré pour délivrer des informations simples aux patients concernant l'intérêt du dispositif, l'appareillage, la pose, la préparation préopératoire et les complications immédiates et à distance. Cette fiche d'information est remise par le médecin qui pose l'indication de chimiothérapie et remplit la demande informatisée de la pose.

Mise en place d'un circuit spécifique à chaque catégorie de patients :

- si pose de cathéter sous AL, le patient est dirigé vers une consultation IDE ;
- si pose de cathéter sous AG, le patient est dirigé en consultation avec un médecin anesthésiste ;
- si le patient est angoissé et/ou avec des antécédents de pose difficile, le patient est dirigé en consultation spécialisée ;
- si le patient est identifié « angoissé » par l'IDE lors de la consultation IDE, il est dirigé en consultation spécialisée, avec un médecin anesthésiste.

Pour permettre la mise en œuvre de ces circuits, il a ensuite été nécessaire de :

- revoir la programmation au bloc opératoire afin d'augmenter le nombre de patients pris en charge sous anesthésie générale (soit 4 patients supplémentaires / semaine) : possibilité de les accueillir au bloc central ;
- délivrer l'information aux staffs de tous les services susceptibles de poser l'indication de pose de cathéter ;
- former les IDE (au nombre de 35) travaillant dans les différentes consultations.

Résultats

Tous les patients sont informés, dès l'indication de chimiothérapie sur l'indication de chambre implantable.

Tous les patients peuvent se référer à un document simple, interactif sur le dispositif (cf. annexe de la fiche).

Une définition claire des responsabilités des différents interlocuteurs a été faite.

Commentaire des professionnels

« Les patients gardent un très mauvais souvenir de leur pose de chambre implantable, souvent par manque d'information. »

Pour aller plus loin

Au regard des objectifs affichés et de la volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge de ces patients, il a été décidé de :

- donner systématiquement les ordonnances d'antalgiques dès la pose de l'indication ;
- refaire une enquête auprès des patients porteurs de cathéters, pour mesurer l'impact de ces mesures ;
- intégrer dans le tableau de bord du service comme critères spécifiques le nombre d'AG programmées pour pose de chambre implantable, ainsi que le nombre de chambres implantables posées au bloc central.

En annexe

- la fiche d'information des patients ;
- la fiche de demande de pose de cathéter veineux central ;
- détail du parcours du patient ;
- la fiche suivi de la douleur patients.

Fiche d'information des patients

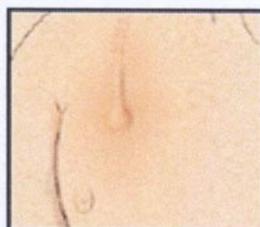
Informations sur le cathéter à chambre implantable

Le cathéter à chambre implantable, encore appelé PAC ou port a cath est un système constitué :

- d'une chambre implantée directement sous la peau du thorax reliée à
- un cathéter. Ce cathéter est un fin tuyau introduit dans une veine du cou (veine jugulaire) ou sous la clavicule (veine sous clavière) et dont l'extrémité distale arrive jusqu'à une grosse veine à l'entrée du cœur.

Ce dispositif peut être utilisée pour des perfusions, des transfusions, des prélèvements sanguins ainsi que l'administration de médicaments comme la chimiothérapie.

Le système est conçu pour pouvoir demeurer des années en place après son implantation et être retiré facilement quand il n'est plus utile.



En pratique comment se passe la pose ?

Il vous sera demandé de prendre une douche avec un antiseptique la veille de l'intervention ainsi que le matin de l'intervention. Elle concerne la totalité du corps (y compris les cheveux). Après cette deuxième douche vous devrez vous habiller avec des vêtements propres.

Il n'est pas nécessaire d'être à jeun et si vous le souhaitez, vous pouvez être accompagné(e).

La mise en place du cathéter est faite par un anesthésiste expérimenté, sous anesthésie locale, dans un bloc opératoire dans des conditions strictes d'asepsie.

A votre arrivée dans la salle d'opération l'infirmière de bloc va vous installer sur la table et pratiquer une première désinfection de la peau avec le même antiseptique que celui que vous avez utilisé pour les douches. Ensuite l'anesthésiste refait un second badigeon puis met en place des draps stériles (champs opératoires). Dans un premier temps, l'anesthésiste fait une anesthésie locale de la peau grâce à des piqûres, le produit anesthésique injecté est souvent désagréable (picotements et chaleur). Cette anesthésie locale permet de supprimer les sensations de douleur mais vous pouvez continuer à « sentir » ce que le médecin vous fait sans que vous ayez mal. La première étape de la pose consiste à repérer la veine profonde. Cette partie du geste peut prendre plus ou moins de temps en fonction de votre anatomie particulière ce qui explique que la durée totale du geste puisse aller de 30 minutes à exceptionnellement plus d'une heure. Une fois cette veine repérée, l'anesthésiste met en place le boîtier. Une incision d'environ 4 cm est faite vers le pli du bras et le cathéter est glissé sous la peau du thorax de l'incision au point de ponction de la veine, le boîtier est ensuite inséré sous la peau sur la paroi thoracique à proximité de l'incision. Le dernier temps consiste alors à descendre le cathéter du point de ponction de la veine (cou ou sous clavicule) jusqu'à l'entrée

du cœur. Les incisions faites sur la peau sont fermées avec du fil résorbable (il n'y a donc pas de fils à enlever). En fin d'intervention le bon fonctionnement du cathéter est vérifié. Le positionnement du cathéter est vérifié par une radiographie de thorax faite dans le service de radiologie ce n'est qu'au vu de cette radiographie que l'on pourra affirmer la bonne position de l'extrémité du cathéter.

Quels sont les risques ?

Les chambres implantables exposent à des complications lors de leur mise en place ou de leur utilisation.

1. Les complications immédiates lors de la pose sont les suivantes :

- La survenue d'un hématome en regard du boîtier ou du trajet sous cutané du cathéter est fréquent et dans la très grande majorité des cas sans gravité. Il disparaît en général tout seul et aucun traitement particulier n'est nécessaire. Exceptionnellement il peut faire l'objet d'une évacuation chirurgicale.
- Il existe un risque très faible d'épanchement dans la plèvre en général d'air (pneumothorax), plus rarement de sang (hémithorax), exceptionnellement de lymphe. Le traitement proposé sera soit une simple surveillance si l'épanchement est de faible abondance sinon l'épanchement sera évacué par un drain qui pourra être laissé plusieurs jours.
- Exceptionnellement la mise en place du cathéter est impossible et l'on vous demandera de revenir pour retenter cette pose sous anesthésie générale avec parfois la réalisation d'exams complémentaires comme un scanner ou un doppler.
- Enfin, parfois lors de la vérification sur la radiographie de thorax le cathéter peut être en mauvaise position et il sera alors nécessaire de le repositionner immédiatement toujours sous anesthésie locale. En principe le repositionnement du cathéter est plus rapide que la pose.

2 - Les risques à distance :

- L'obstruction du cathéter : c'est le principal risque. La lumière du cathéter peut être bouchée : soit par des médicaments (d'où l'importance de bien « rincer » le cathéter après son utilisation), soit par des caillots de sang (thrombus). Des manœuvres de désobstruction pourront être tentées par le médecin spécialiste, en cas d'échec le cathéter devra être entièrement changé.
- Le second risque est une infection soit locale (de la peau et du tissu sous cutanée ou du cathéter) soit générale (septicémie) soit à distance. En fonction des cas soit un traitement par antibiotiques suffira, soit il faudra en plus retirer le cathéter.
- La thrombose (caillot) de la veine est rare. Un doppler et ou un scanner thoracique avec injection permettront de confirmer le diagnostic et de juger de l'étendue de la thrombose. Exceptionnellement le caillot peut aller vers la circulation pulmonaire et donner une embolie pulmonaire. Il peut être nécessaire d'enlever le PAC et un traitement anticoagulant sera mis en route dont la durée sera fonction de l'étendue de la thrombose.
- L'extravasation : Elle survient lors de l'injection accidentelle en dehors du système du PAC par différents mécanismes (mauvaise ponction de la chambre, désunion du raccord entre la chambre et le cathéter ou déplacement secondaire de l'aiguille). En fonction du produit injecté on pourra observer soit une simple rougeur avec un gonflement qui va disparaître spontanément en quelques jours soit une nécrose secondaire plus ou moins étendue des tissus.
- Les autres risques sont exceptionnels, il peut s'agir :
 - D'une compression du cathéter entre la côte et la clavicule.
 - D'une rupture soit du cathéter, soit entre la chambre et le cathéter.
 - D'une érosion de la peau le plus souvent en regard du boîtier.

Quels sont les choses qui doivent vous alerter ?

En dehors de la période postopératoire immédiate, une chambre à cathéter implantable doit être indolore.

Au décours de la pose :

Une fièvre, des frissons, la survenue de douleur thoracique ou un essoufflement.

Un saignement important.

A distance de la pose :

- d'une douleur ;
 - d'un gonflement en regard de la chambre ou du trajet du cathéter ou du bras ou dessus de la clavicule du côté du PAC.

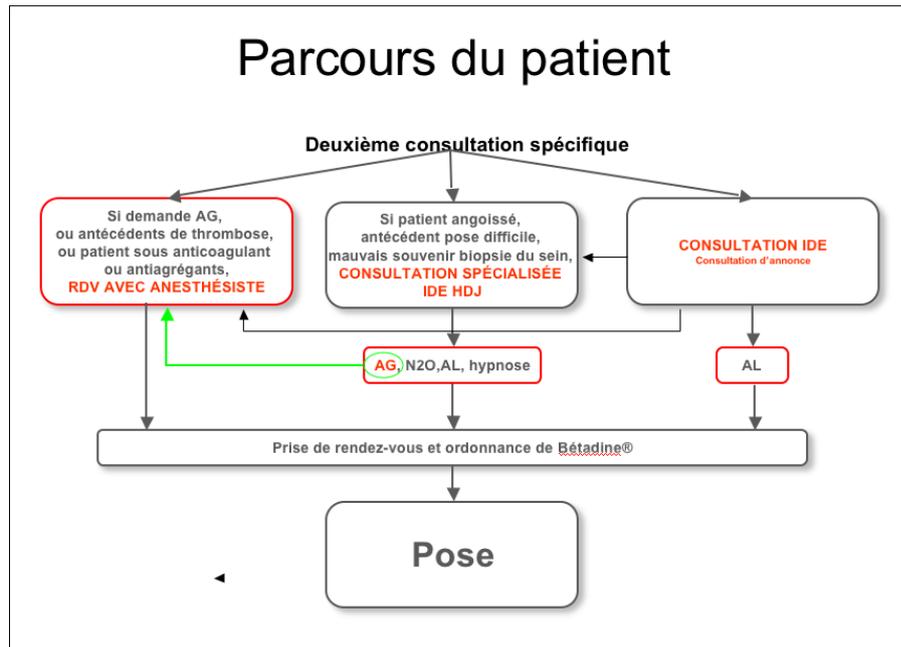
Lors de l'injection dans le PAC : douleur, rougeur, empâtement, et gonflement

Il n'existe aucune contre-indication

- aux bains et aux douches après cicatrisation,
- à l'utilisation de la ceinture de sécurité,
- au passage de portes de détection dans les aéroports ;

Mais il faut éviter les sports trop violents ou entraînant des mouvements de traction important sur la chambre (golf), la plongée sous marine.

Détail du parcours du patient



Fiche de demande de pose de cathéter veineux central

Compte rendu de pose :

Date de pose

Opérateur

Douche bétadinée préopératoire : oui (1) non (0)

Patient : ambulatoire (1) hospitalisé (2)

Geste : unique (0), multiple (1)

Conditions de pose : AL (1), AG (2), N2O (3), hypnose (4)

Préparation de la peau avec double badigeonnage selon protocole

Repérage échographique veine jugulaire : non (0) oui (1)

Anesthésie locale oui (1) non (0)

Ponction de la veine :

Avec repérage échographique oui (1) non (0)

Veine sous-clavière droite (1), gauche (2), jugulaire droite (3), gauche (4), fémorale droite (5), gauche (6)

Facile (1) difficile (2) impossible (3)

Mise en place du guide facile (1), difficile (2), impossible (3)

Mise en place du désilet facile (1), difficile (2), impossible (3)

Confection de la loge du boîtier facile (1), difficile (2)

Mise en place du cathéter

Ampli de brillance

Hémostase facile (1), difficile (2)

Fermeture avec fils résorbables

Fiche de suivi de la douleur des patients

Enregistrement kt sur macro 2/05-
 H:\w en cours\DOULMACROPOSE.docpage 1

Suivi des patients sur le plan de la douleur
après pose de cathéters centraux

NUMDOS : Numéro du dossier □□□□□□□□
NOM : Nom du malade □□□□□□□□□□
PRENOM : Prénom □□□□□□□□□□
DDP : DATE DE LA POSE □□□□□□□□

EVAIDEA : EVA anxiété recueilli par l'IDE à l'hôpital de Jour □□
avant la pose: Intensité de l'anxiété de 0 à 10 :
0 : Correspond à absence totale d'anxiété , et 10 au maximum

CONTA : Patient contacté: (0) non, (1) oui □

Si oui :

DENTRA : Date de l'entretien □□□□□□□□
TYPENTA : type d'entretien : (1) Oral, (2) Téléphonique □

• [QPAA] Avez vous eu une Information sur la pose de
 Chambre implantable (0) non, (1) oui □

Si oui :

[QPAA1] Information suffisante : (0) non, (1) oui □
 [QPAA2] Information compréhensible : (0) non, (1) oui □

• [QPAB] Auriez vous souhaiter rencontrer un spécialiste de la pose
 dans les jours précédents : (0) non, (1) oui □

• [QPAC] L'anesthésie locale vous a-t-elle paru suffisante
 pour lutter contre la douleur l'anxiété : (0) non, (1) oui □

• [QPAD] L'anesthésie locale vous a-t-elle paru suffisante
 pour lutter l'anxiété : (0) non, (1) oui □

• [QPAE] Auriez vous préféré bénéficié d'une anesthésie
 générale : (0) non, (1) oui □

EVAIPRA : EVA anxiété avant la pose recueilli le jour de
 l'entretien : Intensité de l'anxiété de 0 à 10 :
0 : Correspond à absence totale d'anxiété , et 10 au maximum □□

TECHACA : Technique d'accompagnement : (0) non, (1) oui □

QUALSA : Qualité du sommeil : (1) bonne – moyenne, (2) mauvaise,
 (3) très mauvaise □
Pourquoi en clair

Enregistrement kt sur macro
H:\w en cours\DOULMACROPOSE.docpage 2

2/05-

PRSA **Prise de somnifère : (0) non, (1) oui**
Si oui MODE . (1) occasionnel, (2) habituel

Intensité de la douleur de 0 à 10 :

0 : Correspond à absence totale de douleur, et 10 au maximum

DINSTA **Douleur instantanée (précisez le moment ??): coder 0 à 10**
Si douleur localisation douleur :
Site de pose : (0) non, (1) oui
Cou : (0) non, (1) oui
Bras: (0) non, (1) oui
Sein : (0) non, (1) oui
Autre site : (0) non, (1) oui

DAPPA **Douleur après la pose : coder 0 à 10**
Si douleur localisation douleur :
Site de pose : (0) non, (1) oui
Cou : (0) non, (1) oui
Bras: (0) non, (1) oui
Sein : (0) non, (1) oui
Autre site : (0) non, (1) oui

DINSTA **Douleur dans la nuit : coder 0 à 10**
Si douleur localisation douleur :
Site de pose : (0) non, (1) oui
Cou : (0) non, (1) oui
Bras: (0) non, (1) oui
Sein : (0) non, (1) oui
Autre site : (0) non, (1) oui

CIONDA **Suivi médical pour la douleur : (0) non, (1) oui**

DCHIMA **Chimiothérapie en cours : (0) non, (1) oui**

DPRSA **Prescription d'antalgique faite : (0) non, (1) oui**
Si oui PRSUA : Prescription utilisée : (0) non, (1) oui
Si oui : Nombre de prises

DCTA **Conseils de traitement : (0) non, (1) oui**

AUTMA **Automédication : (0) non, (1) oui**
Si oui PMA : prise de médicaments : (0) non, (1) oui
Si oui : Nombre de prises

Enregistrement kt sur macro H:\w en cours\DOULMACROPOSE.docpage 3	2/05-
----------------------------------------------------------------------	-------

EVAIPOA **EVA anxiété après la pose** recueilli le jour de l'entretien : **Intensité de l'anxiété de 0 à 10** :
0 : Correspond à absence totale d'anxiété , et 10 au maximum

SATISA Satisfaction par rapport à la prise en charge entre l'hôpital de jour et le service radio.
0 – non, 1 – plutôt non , 2 – plutôt oui , 3 – oui

SATISEA Satisfaction par rapport à l'entretien
0 – non, 1 – plutôt non , 2 – plutôt oui , 3 – oui

CA Action mise en œuvre

1.11 Améliorer l'organisation du brancardage des patients de l'UCA vers le bloc	
Mise en œuvre	Centre hospitalier de Sedan
Domaine d'application	Améliorer l'interface avec le bloc opératoire
Indicateurs de suivi	Temps d'attente avant l'entrée au bloc Écart entre l'heure d'entrée prévue au bloc et l'heure d'entrée effective Temps de brancardage des patients
Indicateur de résultat	–

Rappel de la problématique

Située au rez-de-chaussée du bâtiment central, l'unité de chirurgie ambulatoire est distante du bloc opératoire, situé au 2^e étage. Le circuit emprunte un couloir puis un ascenseur pour brancarder le patient.

Les transferts sont assurés par le personnel soignant du service. Pendant les temps de brancardage, il arrive que l'hôpital de jour soit laissé sans surveillance. Le brancardage met donc en cause la continuité des soins et constitue ainsi un frein au développement de l'activité de chirurgie ambulatoire.

Objectif

Gérer au mieux le flux des patients et diminuer les temps d'attente avant leur transfert au bloc.

Améliorer les conditions de transport des patients.

Optimiser le temps infirmier dévolu à l'hôpital de jour.

Action envisagée

Substituer du temps de brancardier au temps infirmier pour assurer le transport des patients.

Mise en œuvre

Les étapes suivies

Situation initiale :

- Le transfert des patients sur brancard de l'hôpital de jour vers le bloc – allers et retours (sur appel du bloc) – était effectué par les 2 personnels soignants (IDE + AS), obligeant soit à laisser le service sans surveillance, soit à se faire aider par un agent d'un autre service.

Situation testée :

- 2 brancardiers ont été affectés à mi-temps pour assurer l'accompagnement des patients au bloc central.

Les facteurs de réussite

Le temps de brancardier est moins rare et moins coûteux que le temps d'infirmier.

La volonté de dynamiser l'activité de chirurgie ambulatoire a été affirmée à l'arrivée du nouveau chef d'établissement.

Résultats

Évaluation quantitative

Les temps d'attente avant l'entrée au bloc ont fortement diminué :

- 55 % des interventions commencent avec une attente inférieure à 10 minutes après l'arrivée au bloc alors qu'auparavant, les temps d'attente pouvaient parfois aller jusqu'à 4 heures.

Après réorganisation du brancardage, l'écart entre l'heure d'entrée prévue au bloc et l'heure d'entrée effective est faible :

- 32 % des transferts ne connaissent aucun retard par rapport au planning du bloc ;
- 51 % des transferts accusent un retard compris entre 1 et 25 minutes.

Pour chaque patient conduit au bloc, le temps de transport est de 20 minutes pour l'aller-retour.

Commentaire des professionnels

« À l'occasion de l'ouverture de la salle pour les opérations sous anesthésie locale, du temps de brancardier devrait être récupéré et transformé en temps d'IDE puisqu'une proportion importante des interventions devraient s'y pratiquer, ne nécessitant plus de temps de brancardage. Un demi-poste d'IDE sera alors créé (préparation de la salle et prise en charge des patients). »

CA	Recommandation
-----------	-----------------------

1.12 Permettre le repérage des patients ambulatoires en SSPI	
Mise en œuvre	Recommandé par les consultants
Domaine d'application	Améliorer le parcours du patient
Indicateur de suivi	–
Indicateur de résultat	Temps de passage moyen en SSPI

Rappel de la problématique

La surveillance post-interventionnelle immédiate et la surveillance du réveil postanesthésique jusqu'au rétablissement complet des fonctions vitales sont effectuées en zone opératoire au niveau de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

Si dans certaines structures, l'activité ambulatoire est réalisée au sein d'une unité spécifique disposant de sa (ses) propre(s) salle(s) de surveillance, d'autres bénéficient de salles d'opération et de surveillance communes avec l'hospitalisation complète. Dans ce cas, deux types de patients sont hébergés en SSPI avec des impératifs de délais de prise en charge différents :

- la SSPI peut alors devenir une étape ralentissant la prise en charge ambulatoire ;
- le flux de patients ambulatoires peut provoquer l'engorgement de la SSPI.

Notons que, sans se substituer à une SSPI, l'organisation des UCA permet une surveillance rapprochée des patients en postopératoire.

Objectifs

Raccourcir le temps de prise en charge des patients ambulatoires.

Limiter l'engorgement de la SSPI.

Action envisagée

Permettre en SSPI le repérage rapide des patients ambulatoires.

Propositions

Plusieurs pistes peuvent être identifiées :

- identifier une zone géographique réservée aux patients ambulatoires, avec un personnel IDE affecté en priorité à cette zone ;
- proposer un repérage visuel de ces patients (code couleur sous forme de pancartes sur les brancards...).

CA Action mise en œuvre

1.13 Mettre en place un circuit très court pour les « actes frontières » relevant plutôt des consultations externes	
Mise en œuvre	CHU de Reims
Domaine d'application	Management
Indicateur de suivi	Adéquation des indications dans les différents circuits
Indicateur de résultat	–

Avertissement

Les règles de tarification des actes frontières sont clairement précisées par la circulaire du 31 août 2006⁽⁷⁾, dite circulaire frontière. D'après ce texte, les actes relevant des consultations externes, qui auparavant pouvaient être facturés comme des séjours ambulatoires, doivent être facturés en tant que consultations. Par extension, il est recommandé de ne pas prendre en charge ces consultations à l'UCA.

Il n'est pas question dans la présente fiche de déroger à ce texte, mais plutôt de présenter l'exemple d'un établissement qui, respectant scrupuleusement les dispositions légales, a choisi de différencier les flux ambulatoires et consultations externes au sein de l'UCA. Cette disposition est transitoire et permet de faire face aux clarifications de la nouvelle réglementation.

Bien entendu, de telles modalités ne sont concevables que dans le cas où l'activité de l'UCA le permet et où l'activité de consultation n'est pas assez importante pour justifier la création d'une unité dédiée.

Rappel de la problématique

Dans la création du secteur UCA au CHU de Reims, l'Odontologie, par exemple, est un bon contributeur en termes de nombre de patients. Toutefois, la motivation des praticiens était autant de trouver un bloc opératoire à l'hygiène adaptée qu'une prise en charge ambulatoire proprement dite. À trop accueillir de patients externes dans une unité UCA, on mobilise des ressources coûteuses qui ne sont pas adaptées au nouveau mode de tarification.

Objectif

Rationaliser les prises en charge des patients à l'UCA.

Détail de la mise en œuvre

Une réflexion est menée au niveau du bureau des entrées et du service de gestion afin de déterminer comment pourront être enregistrés les patients venant pour des actes de soins externes réalisés dans un plateau technique de type bloc opératoire (à partir d'un RUM, créer un GHS et GHM sans hospitalisation).

On définit une notion de patient AMBULANT : pas d'hospitalisation / vient pour un acte chirurgical fait dans le bloc opératoire ou dans un parcours coordonné.

(7) Circulaire N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006.

Au sein de l'UCA, le circuit consultations externes / ambulatoire est identifié :

- pas d'hospitalisation / pas de chambre ou de fauteuil ;
- convocation 30 à 15 minutes avant horaire de l'acte ;
- passage au vestiaire patient avant l'acte réalisé dans le bloc opératoire UCA ;
- attente dans la salle de repos ;
- départ juste après l'acte avec les consignes et les ordonnances du chirurgien, pas de repas, pas de courrier de sortie.

Remarque : le vestiaire patient est une notion qui n'existait pas dans le concept initial de l'UCA du CHU de Reims puisque les patients étaient accueillis dans les chambres individuelles munies chacune de leur meuble vestiaire. Cependant, avec la volonté de doubler les patients dans les chambres, et mettant à profit le fait que le personnel de l'unité est entièrement féminin, l'UCA a inventé le vestiaire patient en reconfigurant le vestiaire masculin.

CA Action mise en œuvre

1.14 Mettre à disposition une pièce de l'UCA pour y faire les petits actes sous anesthésie locale	
Mise en œuvre	Centre hospitalier de Sedan
Domaine d'application	Architecture
Indicateurs de suivi	Nombre d'interventions sous anesthésie locale dans la salle dédiée aux petits actes sous AL Nombre d'interventions sous anesthésie locale dans le bloc central Taux d'utilisation de la salle dédiée Taux d'utilisation des salles du bloc central
Indicateurs de résultat	Part de la petite chirurgie sous AL réalisée dans la salle dédiée Augmentation de la chirurgie ambulatoire « qualifiée » au bloc central

Rappel de la problématique

Au sein de ce site, la majorité des actes réalisés en chirurgie ambulatoire (59 % de l'activité) relève d'une anesthésie locale (« petite » chirurgie de la peau et des tissus sous-cutanés). Or, toutes les interventions sont réalisées au bloc opératoire central. Le bloc comporte 4 salles dont trois peuvent fonctionner simultanément. La plage d'ouverture du bloc opératoire est de 8 h à 15 h 30.

Il s'ensuit que les programmes opératoires subissent des aléas de deux ordres :

- la multiplicité des petites interventions (35 % des actes chirurgicaux en ambulatoire durent moins de 5 minutes), qui « rigidifie » le planning ;
- les actes les plus lourds ou réalisés en urgence peuvent entraîner la déprogrammation des opérations bénignes.

Objectifs

Réaliser la totalité des interventions relevant d'une anesthésie locale dans une salle dédiée.

Permettre une sortie plus rapide du patient.

Mieux gérer les flux du bloc central.

Action envisagée

Aménager une salle d'intervention à rotation rapide dédiée à ce type d'interventions.

Localiser cette salle dans l'hôpital de jour (unité de chirurgie ambulatoire).

Mise en œuvre

Lister les interventions sous anesthésie locale pouvant être réalisées dans cette salle dédiée.

Définir les processus (jours et horaires d'intervention des opérateurs, personnel infirmier affecté au fonctionnement de la salle, protocoles de nettoyage).

Réaliser les travaux d'aménagement et équiper la salle (fluides médicaux, climatisation, paillasse de désinfection, hotte d'extraction des émanations des produits toxiques utilisés).

Résultats

Évaluation quantitative

Ouverture de la salle en janvier 2007.

Avis des consultants

Pour ne pas ajouter de complexité (éclatement des sites d'anesthésie) cette salle a été conçue de façon à ne pas constituer un site d'anesthésie, celle-ci sera réalisée par le chirurgien lui-même. Aucun anesthésiste n'interviendra dans cette salle, sauf cas d'urgence.

La création de cette salle ne dispense pas l'établissement d'optimiser la planification des interventions au bloc central, pour la partie UCA. En outre, il y a lieu de souligner le taux de dépendance de l'activité ambulatoire à l'égard de la « petite » chirurgie, susceptible d'être tarifée en actes externes.

Pour aller plus loin

En lien avec les travaux de la MeaH sur la programmation opératoire, l'intérêt de cette action est d'autant plus grand que le taux d'occupation des blocs opératoires est élevé. Pour toute information à ce sujet, se reporter aux documents disponibles sur le site Internet de la MeaH⁽⁸⁾.

(8) www.meah.sante.gouv.fr

CA **Recommandation**

1.15 Réaliser un affichage mural de suivi des patients	
Mise en œuvre	Recommandation
Domaine d'application	Améliorer les flux de patients
Indicateur de suivi	DMS des patients à l'UCA
Indicateur de résultat	-

Rappel de la problématique

Le bon fonctionnement de l'UCA nécessite une maîtrise des flux des patients. Cette maîtrise est facilitée par la capacité de pouvoir les suivre et les adapter en temps réel.

Avant d'être informatisés, de nombreux services des Urgences qui, comme les UCA, sont amenés à prendre en charge des flux importants de patients et à gérer dans un temps réduit une succession d'étapes de prise en charge, utilisent un affichage mural pour embrasser d'un seul regard l'ensemble des patients de leur file active et pour être capables de situer l'avancement de la prise en charge de chacun d'eux.

Objectifs

Suivre en temps réel la situation des patients présents à l'UCA.

Adapter l'activité et le fonctionnement de l'UCA en temps réel.

Actions envisagées

Installer un tableau blanc à un endroit accessible à tous les professionnels.

Matérialiser à l'aide de ruban adhésif, une ligne par place et une colonne par étape⁽⁹⁾.

Chaque professionnel qui intervient dans le circuit du patient reporte sur le tableau, pour chaque patient toutes les informations pertinentes (situation du patient dans l'UCA, heure des actes, retards...).

Ainsi, toute l'équipe de l'UCA peut suivre l'activité en temps réel, détecter des anomalies et adapter sa conduite en conséquence.

Évaluation

Avis des consultants

« C'est une action simple et peu coûteuse qui peut permettre de fluidifier le circuit du patient, mais aussi de renforcer la cohésion de l'équipe de l'UCA autour de ce tableau. »

⁽⁹⁾ Cf. fiche 1.6 : « Décrire les principaux processus de prise en charge à l'UCA. »

CA	Recommandation
-----------	-----------------------

1.16 Créer un salon de repos pour permettre une meilleure rotation des places	
Mise en œuvre	Recommandation des consultants
Domaine d'application	Organisation de l'UCA / Gestion des flux
Indicateur de suivi	–
Indicateur de résultat	Nombre de passages par jour et par place

Rappel de la problématique

L'un des enjeux de l'organisation à l'UCA est de permettre au patient de ne passer à l'hôpital que le temps nécessaire. Cet enjeu a un sens pour le patient (satisfaction liée à des temps de passage courts), mais aussi pour l'institution (réaliser plusieurs rotations par jour et par place).

S'il existe des « astuces » organisationnelles pour atteindre cet objectif (ne pas systématiquement installer un patient dans un lit avant son passage au bloc, ne pas dédier une chambre à un patient...), une bonne conception architecturale est aussi utile : mettre à disposition une salle de repos permettant au patient de quitter son box / sa chambre avant de quitter définitivement le service. L'utilisation de ce salon de repos s'avère utile les jours de forte affluence ou aux périodes de « chevauchement » de patients au cours de la journée.

Cette solution est en outre moins consommatrice de surface, dans le cas où il n'existe pas suffisamment de place pour proposer autant de box que de patients prévus par jour.

Objectifs

Proposer un salon de repos pour permettre de faire face aux pics d'activité et de réaliser plusieurs passages par jour et par place.

Mise en œuvre

Un salon de repos pour la surveillance post-interventionnelle doit présenter les caractéristiques suivantes :

- s'accompagner de casiers/vestiaires fermés à clé pour que les patients puissent entreposer leurs effets personnels en toute sécurité ;
- être dans le champ de vision du poste de soins central pour une surveillance continue ;
- prévoir des capacités permettant d'accueillir les accompagnants ;
- être distinct de l'espace consacré aux patients en attente d'intervention afin qu'ils ne soient pas confrontés à la prise en charge d'un malaise post-interventionnel, à la prise du repas.

Résultats

Expérience du Kremlin-Bicêtre

Pour le Dr Sales du CHU du Kremlin-Bicêtre, l'application de ces principes entraîne une plus grande fluidité et une plus grande souplesse de fonctionnement de l'UCA, ce qui permet d'assurer un grand nombre de passages dans le respect des horaires.

Commentaires des professionnels

« Le gain de place est très important en substituant des fauteuils de repos aux lits. Il peut être utile de préserver quelques espaces isolés pour les patients qui nécessiteraient davantage de repos et les enfants. »

CA	Recommandation
-----------	-----------------------

1.17 Ne pas aliter systématiquement les patients avant leur passage au bloc	
Mise en œuvre	Recommandation des consultants
Domaine d'application	Organisation de l'UCA / Gestion des flux
Indicateur de suivi	–
Indicateur de résultat	Nombre de passages par jour et par place

Rappel de la problématique

Dans la perspective de réaliser plusieurs passages par jour et par place, la problématique du croisement entre patients postopératoires et patients préopératoires se pose rapidement. Si l'installation d'un patient dans un lit est indispensable en postopératoire, il n'en est pas forcément de même pour certains patients avant leur intervention.

Objectif

Permettre plusieurs passages par place et par jour, sans dégrader la qualité de la prise en charge.

Actions proposées

Identifier les interventions pour lesquelles il est possible de ne pas installer un patient dans un lit dans une chambre/box en amont de son passage au bloc.

Appareiller sur une même place au cours de la journée, une prise en charge plus « lourde » le matin et plus « légère » l'après-midi.

Mise en œuvre

L'UCA doit disposer d'un vestiaire permettant le respect de l'intimité du patient lors de sa préparation pour son passage au bloc.

Les conditions d'attente du patient doivent ensuite être particulièrement soignées.

Résultats

Résultats quantitatifs

Pour le Dr Sales, du CHU de Kremlin-Bicêtre, cette organisation est compatible avec le respect de l'intimité des patients.

Les patients semblent apprécier cette organisation, puisqu'une enquête satisfaction réalisée auprès de ceux-ci montrait qu'ils estimaient que leur intimité était tout à fait respectée (92,9 % des patients interrogés) ou presque respectée (5,4 %).

Commentaires des professionnels

« Cette action vient en plus des autres actions permettant d'améliorer la gestion du flux de patient. »

« Ce type de programmation à l'UCA est cohérent avec la programmation au bloc opératoire et avec les modes d'anesthésie et permet d'être en mesure de garantir la remise à la rue de patients pris en charge en deuxième partie de journée. »

« L'absence d'alitement systématique permet de ne pas réserver un box à un patient et d'utiliser au mieux les capacités de l'UCA. Des lits à barreaux sont disponibles pour les enfants. Après l'intervention, le patient peut être placé dans un box individuel ou dans un salon comprenant plusieurs fauteuils. »

« Le fait que le patient se rende au bloc opératoire en marchant nous semble innovant, respectueux de l'autonomie du patient, et permettant de minorer les facteurs d'anxiété. Cette pratique est particulièrement adaptée dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire.»

« On peut même envisager appliquer ce principe en postopératoire pour certains patients en les faisant passer directement de la SSPI au salon de repos. »

CA	Recommandation
-----------	-----------------------

1.18 Ne pas utiliser de prémédication systématiquement pour tous les patients	
Mise en œuvre	Recommandation des consultants
Domaine d'application	Organisation médicale
Indicateur de suivi	% de patients prémédiqués
Indicateur de résultat	% de conversions en hospitalisation complète dues à la prémédication

Rappel de la problématique

L'usage de la prémédication pour la chirurgie ambulatoire est assez répandu. Il s'agit d'améliorer le confort des patients en limitant l'anxiété préopératoire ainsi que les nausées et douleurs postopératoires.

Certaines molécules utilisées ont cependant une demi-vie assez longue, qui peut nécessiter une surveillance postopératoire prolongée, difficilement compatible avec une remise à la rue le jour même de l'intervention. De plus, grâce aux progrès récents des anesthésies régionales et locorégionales, une telle prémédication n'est plus indispensable pour prévenir les nausées et douleurs postopératoires.

Ainsi, l'anxiété des patients ne nécessite pas le recours systématique à une prémédication. Des moyens non pharmacologiques, en particulier l'information des patients, ont prouvé leur efficacité dans ce domaine.

Objectifs

Diminuer la durée de séjour des patients en limitant la prémédication aux patients qui en ont réellement besoin.

Ne pas diminuer le confort des patients.

Action proposée

Pour tous les patients, prendre en compte la problématique de l'anxiété préopératoire en dispensant une information claire et adaptée et en organisant l'UCA de manière à diminuer les facteurs de stress potentiels.

Commentaire des professionnels

« Cette dimension est à prendre en compte lors dans la réflexion globale sur l'évolution des pratiques d'anesthésiologie. »

CA Bonne pratique observée

1.19 Utiliser des scores de cotation pour sécuriser la sortie des patients de SSPI et la mise à la rue	
Mise en œuvre	CHU de Reims
Domaine d'application	Organisation médicale
Indicateur de suivi	Taux de patients chez qui les scores de cotation ont été utilisés
Indicateur de résultat	–

Rappel de la problématique

La sortie est une étape à risque du parcours du patient en chirurgie ambulatoire, qui suscite de nombreuses appréhensions chez les professionnels. Il faut distinguer la sortie de SSPI et la mise à la rue, la sortie proprement dite.

L'enjeu lors de ces étapes est d'allier la sécurité des soins, la maîtrise organisationnelle du parcours du patient et la confiance des professionnels.

L'utilisation de scores pour la sortie de SSPI des patients ambulatoires est une pratique répandue. Le score le plus fréquemment utilisé en France est celui d'Aldrete et Kroulik modifié.

De façon analogue, des scores d'« aptitude à la rue » ont été proposés dans la littérature. Le plus fréquemment utilisé en France est celui de Chung, ou sa version modifiée, souvent accompagnés des critères de Kortilla.

Objectifs

Sécuriser la décision de sortie de SSPI et de mise à la rue en utilisant des scores validés par la communauté scientifique.

Fluidifier le circuit patient en basant la décision de sortie de SSPI et de mise à la rue sur des critères fiables, partagés et reproductibles.

Rassurer les professionnels sur la qualité de la prise en charge ambulatoire.

Mise en œuvre

Utiliser le score d'Aldrete et Kroulik modifié pour autoriser la sortie de SSPI et l'intégrer au dossier d'anesthésie.

Utiliser le score PADSS⁽¹⁰⁾ de Chung pour autoriser la mise à la rue et l'intégrer au dossier d'hospitalisation. Le calcul du score peut être réalisé par des IDE, la décision restant *in fine* une décision médicale.

(10) « PostAnesthesia Discharge Scoring System ».

Détail de la mise en œuvre au CHU de Reims

Sortie de SSPI

La durée de prise en charge du patient en SSPI dépend du score d'Aldrete, qui est évalué régulièrement. Si le passage des patients en SSPI reste obligatoire en France, ce passage peut être très court. Pour autoriser la sortie de SSPI, il suffit que le score d'Aldrete et Kroulik modifié soit égal à 9 ou 10. Les critères utilisés pour ce score sont présentés à la fin de cette fiche.

Il est important de faire mention de ce score dans le dossier d'anesthésie pour des raisons médico-légales.

Mise à la rue

Lors du passage à l'UCA, le médecin visite ses patients et les déclare « sortants dans XX heures ». Le moment venu, l'IDE calcule le score de Chung du patient. Si la note est supérieure à 8 (9 ou 10), le patient est déclaré sortant et le médecin averti.

Sinon, l'IDE appelle le médecin au téléphone et lui indique sur quel point (vomissement, saignement...) le patient n'atteint en particulier pas les 2 points. Dans ce cas, le médecin, faisant confiance à l'IDE ne se déplace pas pour voir le patient et souvent décide de son transfert en hospitalisation complète sous le motif de « complication médicale ».

Si le score a été calculé, il est important de mettre la fiche utilisée dans le dossier d'hospitalisation pour des raisons médico-légales.

Résultats

Évaluation quantitative

Aujourd'hui, 100 % des patients pris en charge à l'UCA du CHU de Reims ont un score de Chung dans leur dossier.

Commentaires des professionnels

« Parfois, on prend la décision d'hospitaliser des patients ambulatoires en hospitalisation complète dès 16 h, alors qu'on pourrait les garder en surveillance à l'UCA et réévaluer leur situation un peu plus tard. La seconde attitude nécessiterait cependant l'avis d'un médecin référent présent en permanence dans l'UCA. Ce n'est pas le cas au CHU de Reims. Donc, par précaution, et sans protocole pour faire autrement, on hospitalise. »

Pour aller plus loin

Il existe une version modifiée du score de Chung (« modified PADSS »), qui se distingue essentiellement par l'abandon du critère « boisson et/ou miction ». Ce score modifié permet de diminuer nettement la durée de prise en charge sans augmenter le risque d'événements indésirables. Cependant, l'existence d'un risque, même minime, de rétention urinaire conduit certaines équipes à préférer la version initiale du score. Il n'y a pas à l'heure actuelle de consensus sur ce point, c'est pourquoi les deux versions du score sont présentées ici.

On peut utiliser les critères de Kortilla (présentés ci-dessous) en complément du score de Chung. Ces critères comprennent la capacité d'uriner et de boire et introduisent des éléments organisationnels intéressants (sortie autorisée par chirurgien ou anesthésiste, information du patient...).

Score modifié d'Aldrete (Sortie de SSPI)⁽¹¹⁾	
Motricité spontanée ou à la demande	
Bouge les 4 membres	2
Bouge 2 membres	1
Immobile	0
Respiration	
Peut respirer profondément et tousser	2
Dyspnée, respiration superficielle ou limitée	1
Apnée	0
Pression artérielle (écart par rapport à la valeur préopératoire)	
20 mm Hg ou moins	2
20 à 50 mm Hg	1
50 mm Hg ou plus	0
État de conscience	
Parfaitement réveillé	2
Se réveille à la demande	1
Ne répond pas aux ordres simples	0
Saturation en oxygène	
> 92 % en air ambiant	2
nécessité d'un apport en oxygène (O ₂) pour maintenir la SpO ₂ > 90 %	1
SpO ₂ < 90 % malgré l'apport d'O ₂	0
Total	10

Un score ≥ 9 est exigé pour la sortie de la SSPI

(11) Aldrete JA. The post anesthesia recovery score revisited [letter]. J Clin Anesth 1995 ; 7 : 89-91.

PADSS de Chung⁽¹²⁾	Modified PADSS de Chung (mise à la rue)	
Constantes vitales (température, pouls, respiration)	Constantes vitales (température, pouls, respiration)	
Variation inférieure à 20 % par rapport aux valeurs préopératoires	Variation inférieure à 20 % par rapport aux valeurs préopératoires	2
Variation comprise entre 20 et 40 %	Variation comprise entre 20 et 40 %	1
Variation supérieure à 40 %	Variation supérieure à 40 %	0
Activité et état mental	Déambulation	
Bonne orientation (3 fois de suite) et démarche assurée	Démarche assurée, sans vertige	2
Bonne orientation ou démarche assurée	Marche possible avec assistance	1
Ni l'un ni l'autre	Démarche non assurée, vertiges	0
Douleurs, nausées et/ou vomissements	Nausées et/ou vomissements	
Minimes	Minimes	2
Modérés	Modérés	1
Sévères	Sévères	0
Saignement chirurgical	Douleurs	
Minime	Minimes	2
Modéré	Modérés	1
Sévère	Sévères	0
Entrées/sorties	Saignement chirurgical	
A bu <u>et</u> uriné	Minime	2
A bu <u>ou</u> uriné	Modéré	1
Ni l'un ni l'autre	Sévère	0
Total	Total	10

Dans les deux cas, la sortie est compatible avec un score de 9 ou 10.

(12) Marshall S. Chung F, Discharge criteria and complications after ambulatory surgery, *Anesth Analg* 1999 ; 88 : 508-17.

Recommandations de Kortilla ⁽¹³⁾
1. Les signes vitaux* doivent être stables depuis au moins 1 heure
2. Le patient doit être :
orienté dans le temps et dans l'espace
capable de ne pas vomir des boissons**
capable d'uriner**
capable de se vêtir seul
capable de marcher seul
3. Le patient ne doit pas avoir :
de nausées ou de vomissements
de douleur importante
de saignement
4. La sortie doit être autorisée à la fois par l'anesthésiste ayant pratiqué l'anesthésie et par le médecin ayant pratiqué l'intervention***. Des instructions écrites doivent être fournies au patient concernant la période postopératoire, ainsi que les coordonnées précises des personnes à joindre en cas de nécessité
5. Un adulte responsable doit raccompagner le patient à domicile et rester avec lui

* Signes vitaux = fréquence cardiaque, pression artérielle, fréquence respiratoire.

** L'importance réelle de ces recommandations n'est pas clairement établie.

*** ou de son représentant.

(13) Kortilla K. Recovery from outpatient anaesthesia: factors affecting outcome. *Anesthesia* 1995 ; 50 : 22-8.

CA Action mise en œuvre

1.20 Utiliser des comptes rendus opératoires (CRO) types	
Mise en œuvre	CHI Fréjus – Saint-Raphaël, Institut Curie (Paris)
Domaine d'application	Améliorer le circuit patient
Indicateur de suivi	Nombre d'actes réalisés en ambulatoire par les chirurgiens qui font l'objet d'un compte rendu type formalisé
Indicateurs de résultat	Délais de réalisation de l'étape CRO entre le bloc et l'aptitude à la rue Taux d'utilisation des CRO types par les praticiens

Rappel de la problématique

La remise du compte rendu opératoire au patient avant sa sortie est un élément important de son circuit au sein de l'UCA qui peut parfois retarder sa sortie.

Dans le contexte organisationnel d'une UCA, cette étape peut être génératrice de désorganisations et de délais évitables dans la prise en charge du patient. Selon les sites, des organisations différentes ont été mises en place pour parer à ce problème.

Au CHI de Fréjus – Saint-Raphaël

Dès l'ouverture de l'UCA, des comptes rendus opératoires types ont été élaborés pour chaque acte. Une cassette est mise dans le dossier de chaque patient et le chirurgien dicte dès la fin de l'intervention le compte rendu, qui retourne avec le patient et son dossier, au sein de l'UCA.

Certains chirurgiens réfractaires à la procédure commune dictent leurs comptes rendus opératoires à la fin de leur vacation, dans leur service, auprès d'une secrétaire qui n'est pas celle de l'UCA.

Cette pratique entraîne une désorganisation du circuit du patient et peut compromettre l'heure de sortie des patients.

A l'Institut Curie

Il n'existe de comptes rendus types que pour certains actes, sur la base de pro-formats. Les chirurgiens dictent leurs comptes rendus directement à la secrétaire entre deux interventions.

Objectifs

À partir de l'élaboration des comptes rendus opératoires types, l'objectif recherché est de faciliter la préparation du dossier de sortie par la secrétaire de l'UCA, sans intermédiaire.

Action envisagée

Pour le CHI Fréjus – Saint-Raphaël

Faire adhérer les réfractaires aux procédures en place, pour que la secrétaire de l'UCA puisse préparer le dossier de sortie des patients dans les délais impartis.

Pour l'Institut Curie

Finaliser la création de comptes rendus opératoires types, pour tous les actes réalisés en ambulatoire, afin de faciliter le travail de la secrétaire et lui permettre de préparer les dossiers de patients dans les délais impartis.

Mise en œuvre

Au CHI de Fréjus – Saint-Raphaël

Les chirurgiens qui ne souhaitent pas se conformer à la procédure de dictée et à l'utilisation de comptes rendus types ont été identifiés par le cadre et la secrétaire de l'UCA. Pour les convaincre, la coordinatrice médicale de l'unité a utilisé les arguments suivants :

- difficultés dans l'organisation du travail liées à leur recherche pour obtenir d'eux les comptes rendus opératoires ;
- insatisfaction de la clientèle estimant avoir trop attendu après l'intervention dans près de 11 % des cas.

A l'Institut Curie

Le coordonnateur médical a rencontré ses collègues chirurgiens pour finaliser l'élaboration de pro-formats dans les différentes spécialités.

Résultats

Dans ces deux établissements, les secrétaires sont dorénavant en capacité de préparer les comptes rendus opératoires sans devoir attendre le chirurgien.

Pour aller plus loin

Dès que de nouveaux actes sont réalisés en ambulatoire, il est souhaitable de prévoir systématiquement les comptes rendus opératoires types correspondants.

CA Action mise en œuvre

1.21 Protocoliser la sortie : qui signe l'aptitude à la rue et quand ?	
Mise en œuvre	Polyclinique de Bordeaux Nord-Aquitaine, CHI Fréjus – Saint-Raphaël, Institut Curie
Domaine d'application	Améliorer le parcours du patient
Indicateurs de suivi	Taux de dossiers signés et qualité du signataire Durée de la séance de chirurgie ambulatoire Nombre d'IDE formées aux critères de sortie en ambulatoire
Indicateurs de résultat	Taux de rotation par place Temps moyen pour réaliser la sortie

Rappel de la problématique

Une des conditions d'un fonctionnement satisfaisant d'une UCA est l'optimisation des flux de patients, notamment pour pouvoir assurer des rotations quotidiennes. Au sein du circuit du patient à l'UCA, la signature de la remise à la rue est une étape limitante, susceptible de générer attentes et retards évitables.

Si la réglementation prévoit simplement que cette étape soit réalisée par un médecin, les pratiques diffèrent selon les sites quant à la personne, le moment et les conditions de cette signature. Doit-il s'agir du chirurgien et de l'anesthésiste ayant pris en charge le patient ? Dans ce cas, la réalisation de cette étape ne peut se faire qu'en « lots », à la fin du programme opératoire, entraînant un retard dans le départ du patient et parfois dans l'accueil du suivant. Doit-il s'agir d'un autre médecin ne subissant pas les contraintes du bloc et pouvant intervenir au fil de l'eau ? Les praticiens ayant pris en charge les patients sont-ils dans ce cas prêts à lui confier leur patient ?

La rédaction et l'application d'un protocole peuvent permettre d'améliorer ce point en définissant clairement les rôles de chacun et la procédure de signature.

Objectifs

Organiser le partage des responsabilités entre opérateurs d'une même équipe (chirurgiens et anesthésistes) pour la signature de sortie (signatures croisées...).

Réaliser les sorties des patients au fil de l'eau et dès qu'ils sont aptes à la rue, afin d'éviter des temps d'attente inutiles à l'issue de l'intervention.

Être capable de prendre en charge plusieurs patients par jour et par place.

Action envisagée

Établir un protocole entre les praticiens définissant les règles de signature de sortie :

- le médecin qui signe l'aptitude à la rue ;
- le moment de la signature ;
- les critères permettant cette signature.

Mise en œuvre

Polyclinique de Bordeaux Nord-Aquitaine

Les étapes suivies :

A l'origine, l'autorisation de sortie est signée par le chirurgien. Le passage du chirurgien se fait en fin d'après-midi pour tous les patients quelle que soit l'heure d'intervention (patients du matin ou d'après-midi).

Les praticiens se sont concertés :

- en janvier 2006, confrontation entre chirurgiens et anesthésistes : pas de résultats concrets ;
- la poursuite d'une approche négociée entre praticiens ne débouchera pas : constat d'échec en juillet 2006.

Le souhait par la direction de l'établissement d'instaurer un protocole obligatoire sur ce sujet en cas d'échec de la négociation n'aura pas non plus de suite.

En juillet, le contrôle aléatoire de dossiers révèle un nombre non négligeable d'anomalies (absences de signature).

Le personnel infirmier, face à ce constat, incite alors les praticiens à délivrer l'aptitude à la rue selon le formalisme requis.

Les professionnels mobilisés :

Les chirurgiens.

Les anesthésistes.

Le personnel soignant de l'UCA.

Les facteurs clés de succès :

La volonté du personnel soignant de clarifier les responsabilités respectives des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients.

L'intérêt des praticiens pour la rotation par place.

Les facteurs de blocage :

Le manque d'intérêt des praticiens pour cette question considérée comme relevant d'un simple formalisme lié au faible risque post-interventionnel.

L'absence de contrôle régulier de la tenue des dossiers jusqu'en juillet 2006.

Fréjus – Saint-Raphaël

Les IDE utilisent le score de Chung pour évaluer l'aptitude à la sortie du patient⁽¹⁴⁾. Comme elles aspiraient à ne plus avoir à attendre le chirurgien et l'anesthésiste ayant pris en charge le patient, un médecin référent a été nommé : le médecin anesthésiste affecté au bloc ambulatoire.

En complément le chirurgien signe les papiers de sortie des patients qu'il a opérés, soit en fin de matinée, soit en début d'après-midi. Il n'y a pas eu de consensus entre anesthésistes et chirurgiens pour simplifier ce circuit qui est parfois contraignant et source d'attente pour le patient, voire de difficultés pour les IDE.

A la sortie du patient, les fiches de score d'aptitude à la sortie sont rangées dans les dossiers des patients.

(14) Cf. fiche 1.19 : « Utiliser des scores de cotation pour la sortie des patients ».

Institut Curie

Les IDE utilisent également le score de Chung pour évaluer l'aptitude à la sortie du patient. L'anesthésiste présent à l'UCA est chargé, sur appel de l'IDE en SSPI, de signer l'aptitude à la rue.

À la sortie du patient, les fiches de score d'aptitude à la sortie sont rangées dans les dossiers des patients.

Résultats

Évaluation quantitative

PBNA

L'autorisation de sortie est signée dans 90 % des cas et principalement par le chirurgien. La signature intervient encore très souvent à l'issue de la demi-journée opératoire du chirurgien.

La signature de l'anesthésiste est apposée lors de la sortie de la salle de soins post-interventionnels.

Fréjus – Saint-Raphaël et Institut Curie

A ce jour, aucune évaluation quantitative n'a été réalisée, car cette procédure vient d'être instaurée.

Commentaires des professionnels et/ou avis des consultants

PBNA

Le résultat obtenu n'est pas encore optimal : la situation s'est améliorée mais davantage sous l'effet de la pression du personnel soignant que d'une démarche rationnelle et formalisée des praticiens.

Fréjus – Saint-Raphaël et Institut Curie

Les scores de sortie permettent aux IDE de connaître les critères de sortie permettant le retour à domicile et de travailler ainsi en toute sécurité. Les médecins s'appuieront sur ces scores pour signer la sortie, surtout quand l'un d'entre eux est chargé de signer toutes les sorties du jour.

Pour aller plus loin

Au CHI de Fréjus – Saint-Raphaël, il sera nécessaire, à terme, de simplifier la procédure car la double signature est contraignante.

CA **Action mise en œuvre**

1.22 Formaliser la permanence des soins pour les opérés	
Mise en œuvre	CHU de Reims
Domaine d'application	Organisation médicale
Indicateur de suivi	-
Indicateur de résultat	Nombre de patients ayant eu une réponse adaptée

Rappel de la problématique

Les praticiens préfèrent que leurs patients, en cas de problème pendant la nuit de leur jour de sortie, soient traités autrement que par le service d'accueil des urgences ou le centre 15.

Pour autant, ils ne souhaitent en général pas communiquer leurs coordonnées personnelles (portables) ni celles du médecin de garde, comme cela se pratique parfois.

Objectifs

Permettre à chaque patient de contacter, si nécessaire, de manière fiable 24h/24 (les problèmes surviennent en général la nuit suivant la sortie), un soignant ou un clinicien compétent par rapport au geste opératoire pratiqué.

Mise en œuvre

La décision a été prise au CHU de Reims de donner le numéro de l'unité d'hospitalisation conventionnelle de chaque spécialité qui est ouverte 24 h/ 24. Le patient peut ainsi être en contact avec un soignant qui est compétent pour le type d'intervention qu'il a eu à l'UCA.

Si le problème dépasse ses compétences, l'IDE peut appeler le médecin de garde de son secteur.

Une organisation a été mise en place pour que le dossier de passage du patient à l'UCA soit mis à disposition des secteurs le soir même.

Détail de la mise en œuvre

Définition de documents de sortie spécifiques à chaque spécialité constitués d'un document générique rappelant les consignes postopératoires et d'une ou plusieurs feuilles spécifiques rappelant les problèmes possibles et le numéro à appeler. Le CHU de Reims compte 8 documents de ce type.

Les dossiers d'anesthésie de tous les patients sont gardés dans la salle de réveil.

Dans l'organisation initiale, en fin de journée, les secrétaires de chaque secteur passent à l'UCA prendre les dossiers des patients de leur spécialité. Dans la pratique, cela reste le point le plus fragile de cette organisation.

La décision a été prise récemment, que les dossiers arrivent par les secrétaires des services et soient remontés par les secrétaires UCA.

Afin de fiabiliser les renseignements donnés par le patient au téléphone, en cas de complications, une lettre de sortie lui a été remise et comporte un résumé de son séjour reprenant le nom du chirurgien, le nom du médecin anesthésiste, l'acte pratiqué et le type d'anesthésie. Ainsi le patient peut mieux informer son médecin traitant ou tout autre interlocuteur médical.

Résultats

Évaluation quantitative

Il n'y a eu qu'un problème à ce jour. Un patient a appelé le service et s'est entendu répondre de s'adresser au SAMU. Il n'a jamais pu être déterminé qui avait décroché. C'était en journée et le week-end : n'importe qui a pu répondre.

Commentaires des professionnels et/ou avis des consultants

Ce système apporte une grande fiabilité post-séjour du patient à l'UCA. Le seul point difficile reste la prise en compte de la douleur. Les patients ne prennent pas toujours les médicaments prescrits et laissent la douleur s'installer. Les patients appellent peu pour la douleur *a priori*. C'est pourtant le facteur n°1 qui ressort de très loin dans les questionnaires du lendemain : 50 % des patients déclarent une douleur, d'intensité « moyenne à forte » pour 10 % d'entre eux. La prescription d'antalgiques en postopératoire est difficile car les seuils de douleur sont variables en fonction des individus.

CA Action mise en œuvre

1.23 Rédiger systématiquement des ordonnances d'antalgiques	
Mise en œuvre	Institut Curie (Paris) et CHI Fréjus – Saint-Raphaël
Domaine d'application	Améliorer le circuit patient
Indicateur de suivi	Nombre d'ordonnances délivrées sur le nombre de patients accueillis
Indicateurs de résultat	Enquête de satisfaction Enquêtes sur la prise en charge de la douleur

Rappel de la problématique

La prise en charge de la douleur est un élément capital pour les suites opératoires en ambulatoire. N'ayant plus la possibilité d'apprécier directement avec le patient sa douleur dans la nuit qui suit l'intervention, il peut être utile de rédiger systématiquement des ordonnances d'antalgiques afin de parer à toutes les situations.

Objectifs

Prévenir, soulager et traiter la douleur postopératoire grâce à la prescription systématique d'antalgiques.

Action envisagée

Rédiger systématiquement des ordonnances d'antalgiques, quelle que soit l'intervention programmée.

Mise en œuvre

Dans ces 2 établissements, les problématiques rencontrées sont similaires, en dépit de pathologies différentes. Les coordonnateurs des deux UCA (qui sont anesthésistes) ont constaté que les patients souffraient en postopératoire et que certains n'avaient pas eu d'ordonnance d'antalgiques remise à la sortie.

Afin de prendre en compte cette problématique et d'améliorer la qualité des soins, il a été décidé :

A l'Institut Curie

Anticiper la prise en charge de la douleur : le médecin anesthésiste remet systématiquement à chaque patient une ordonnance d'antalgiques, dès la confirmation de l'intervention en ambulatoire. Cette mesure permet à tout patient d'anticiper l'achat de ces antalgiques avant de se faire opérer et de les avoir dès sa sortie de l'UCA (mesure de confort).

Au CHI Fréjus – Saint-Raphaël

Délivrer deux ordonnances d'antalgiques, graduées en fonction de l'intensité de la douleur, pour assurer une meilleure prise en charge de la douleur. Ces ordonnances sont délivrées en fonction de l'évaluation faite par l'anesthésiste validant l'aptitude à la rue et ne sont pas systématiques. Le médecin anesthésiste donne des explications claires au patient dès que ces deux ordonnances sont délivrées.

Résultats

Évaluation quantitative

A l'Institut Curie

Réalisation d'une enquête téléphonique le lendemain d'une intervention pour pose ou dépose de cathéters centraux. Cette enquête a été réalisée avant que les ordonnances d'antalgiques soient délivrées systématiquement.

Enquête sur le mois de mars 2006 : 24 patients, 18 réponses, dont 13 patients ayant eu une pose de cathéter et 5 patients ayant eu une dépose.
Patients qui ont bénéficié d'une technique d'accompagnement : 7 %
La qualité du sommeil de la nuit passée a été
Bonne : 50 %, Moyenne : 43 %, Mauvaise : 7 %
Prise de somnifère : 5 % (traitement habituel)
Localisation de la douleur
50 % site, 43 % cou, 22 % bras
Patients dont l'intensité de la douleur est supérieure à 3 (amplitude de 0 à 5)
50 % après la pose, 33 % la nuit, 8 % Au moment de l'appel
Patients qui n'ont pas de suivi médical pour un problème de douleur : 70 %
Traitements médicamenteux
36 % des patients ont eu une prescription d'antalgique après la pose ou la dépose
70 % des patients ont eu des conseils de traitements contre d'éventuelles douleurs
33 % de patients ont fait de l'automédication

Au CHI Fréjus – Saint-Raphaël

Traçabilité assurée par le biais de l'appel téléphonique du lendemain⁽¹⁵⁾ mis en place depuis janvier 2006. La première cause de plaintes des patients est liée à la douleur postopératoire.

Pour aller plus loin

A l'Institut Curie

Il sera nécessaire de renouveler cette enquête, afin de mesurer l'impact de cette action.

Au CHI Fréjus – Saint-Raphaël

Certains patients sortent parfois tard de l'UCA et leur pharmacie peut être fermée au moment de leur retour à domicile. Le patient peut ainsi se retrouver sans antalgique dans la nuit qui suit l'opération, qui est souvent la plus douloureuse.

Il peut être utile de faire acheter les antalgiques par le patient avant le jour de son opération de façon à éviter la survenue de tels problèmes.

(15) Cf. fiches 3.8 et 3.9 : « L'appel du lendemain ».

Chapitre 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	81
2.2	Mettre à la disposition des opérateurs les critères d'éligibilité des patients à l'ambulatoire	83
2.3	Inviter dans l'établissement un professionnel reconnu pour sa pratique de la chirurgie ambulatoire.....	85
2.4	Rapatrier à l'unité de chirurgie ambulatoire l'activité ambulatoire réalisée dans les services d'hospitalisation traditionnelle.....	87
2.5	« Vendre » l'UCA aux équipes chirurgicales.....	91
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	96
2.7	Convaincre les opérateurs de pratiquer l'ambulatoire en améliorant le partenariat avec la ville pour les suites de soins	98
2.8	Être capable d'accueillir des patients tout au long de la semaine : négocier l'ouverture de plages ambulatoires supplémentaires	100

CA Action mise en œuvre

2.1 Définir au sein de l'équipe chirurgicale les actes pouvant être pris en charge en ambulatoire	
Mise en œuvre	CH d'Auxerre
Domaine d'application	Accompagner les opérateurs dans l'évolution de leurs pratiques
Indicateur de suivi	Nombre d'équipes chirurgicales engagées dans la démarche
Indicateur de résultat	Potentiel de substitution identifié par les chirurgiens

Rappel de la problématique

Il existe une liste de gestes marqueurs de la chirurgie ambulatoire. Cette liste permet de réaliser des comparaisons ou d'aider à la détermination d'objectifs contractuels entre direction et ARH⁽¹⁾. Pour autant, aucune liste d'actes ou de séjours à caractère exhaustif n'a été éditée, par souci de ne pas créer de liste limitative, mais aussi parce qu'il revient à chaque équipe, selon la maîtrise du geste opératoire et du mode d'anesthésie, de déterminer si elle souhaite ou non proposer des prises en charge ambulatoires.

Cependant, les vertus d'une liste d'actes éligibles développée de façon consensuelle au niveau local peuvent être multiples :

- diffuser la connaissance à l'intérieur des équipes et homogénéiser les pratiques ;
- faciliter l'appropriation collective des enjeux ;
- assurer la maîtrise médicalisée du développement de cette nouvelle activité ;
- établir un référentiel collectif aidant à la prise de décision lors de la pose de l'indication.

Objectif et action

Établir une liste d'actes éligibles à l'ambulatoire par spécialité, entre professionnels concernés.

Mise en œuvre

À partir du travail présenté dans la fiche « évaluer le potentiel de substitution »⁽²⁾, chaque équipe développe sa liste d'actes éligibles à l'ambulatoire.

Résultats

Principaux actes réalisés en ambulatoire et/ou actes substituables en ambulatoire, analysés à partir de l'activité actuelle (hors pôle gynécologie) :

Pôle : orthopédie, rhumatologie
Chirurgie main/poignet
Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct
Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main par broche, à foyer fermé
Exérèse de kyste synovial du poignet, par abord direct
Ostéosynthèse de fracture extra-articulaire d'un os de la main par broche, à foyer fermé

(1) Source DHOS.

(2) Cf. fiche 4.4 : « Identifier et évaluer le potentiel de substitution de l'activité de chirurgie ».

Pôle : orthopédie, rhumatologie – suite
Ablations de matériel
Ablation de matériel d’ostéosynthèse des membres, par abord direct
Ablation de matériel d’ostéosynthèse sur un rayon de la main, par abord direct
Rhumatologie / orthopédie (séjours < 2 nuits)
Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l’extrémité distale d’un os de l’avant-bras par broche, à foyer fermé
Arthroscopies, biopsies
Exploration de l’articulation du genou, par arthroscopie
Ménissectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie
Chirurgies autres membres
Pôle : uro-néphrologie
Circoncisions
Posthectomie
Chirurgie appareil génital masculin
Pôle : tissu cutané et tissu sous-cutané
Peau (séjours < 2 nuits)
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de plus de 5 zones cutanées de moins de 5 cm ²
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d’une zone cutanée de moins de 5 cm ²
Pôle : digestif
Hernies
Chirurgie rectum / anus
Pôle : vasculaire périphérique

Cette liste complète a ensuite été revue afin de se fixer des objectifs de substitution quantifiés⁽³⁾.

Avis des consultants

« La diffusion de l’ensemble des informations sur la pratique et les conditions relatives à la chirurgie ambulatoire (réglementation, recommandations, études...) apparaît essentielle dans des établissements où ce mode de prise en charge est encore relativement peu pratiqué et en projet de développement. Cela permet une uniformisation des connaissances chez les opérateurs et, parfois, d’écarter les idées reçues sur la pratique (ex : existence d’une durée minimale de surveillance, d’une durée de « sécurité » avant la sortie du patient...). »

Pour aller plus loin

Le chef de service peut décider que les actes de la liste doivent être pris en charge en ambulatoire « par défaut ». Il reviendrait, dans le cas contraire, à chacun des praticiens de justifier l’hospitalisation complète d’un patient éligible.

(3) Cf. fiche 2.1 : « Le périmètre de la chirurgie ambulatoire ».

CA **Action mise en œuvre**

2.2 Mettre à la disposition des opérateurs les critères d'éligibilité des patients à l'ambulatoire	
Mise en œuvre	CH d'Auxerre
Domaine d'application	Accompagner les opérateurs dans l'évolution de leurs pratiques
Indicateur de suivi	Taux de patients éligibles et pris en charge en ambulatoire
Indicateur de résultat	Taux de l'activité chirurgicale réalisée en ambulatoire

Rappel de la problématique

Lors de la réalisation du diagnostic, et bien que les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire et les recommandations soient globalement connus, une plus large diffusion de ces critères a semblé nécessaire au groupe de travail. En effet, des critères non maîtrisés peuvent être une cause d'un recours insuffisant à l'ambulatoire.

Objectifs

Mettre à la disposition de l'ensemble des opérateurs les critères d'éligibilité des patients à l'ambulatoire.

Action réalisée

Constitution et diffusion d'une liste de critères d'éligibilité à l'ambulatoire à partir des informations issues des diverses recommandations⁽⁴⁾.

Pour aller plus loin

La qualité de l'évaluation de l'éligibilité du patient et l'analyse des raisons de sa non prise en charge en ambulatoire peuvent être évaluées à l'aide de revues de dossier. C'est un outil puissant pour l'accompagnement des opérateurs dans l'évolution de leurs pratiques, il peut aussi s'agir d'un thème d'EPP.

(4) Le texte de ces recommandations ou leurs références peuvent être trouvés sur les sites respectifs de l'Association française de chirurgie ambulatoire (www.chirambu.org) et sur le site de la Société française d'anesthésie réanimation (www.sfar.org).

Actes
D'une façon générale il s'agit d'interventions :
- programmées
- de courte durée (jusqu'à environ 1 h 30)
- à risque faible, notamment hémorragique et respiratoire
- aux suites simples, peu douloureuses, et n'impliquant pas de handicap important
Critères élargis en fonction de l'expérience acquise et après évaluation des résultats :
- à certaines urgences simples
- à des interventions plus prolongées, sous réserve d'une durée de surveillance postanesthésique compatible avec l'horaire de fonctionnement de la structure
Patients
Critères sociaux :
- compréhension suffisante de ce qui est proposé
- aptitude à observer les prescriptions médicales
- conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celles qu'offre une hospitalisation
- disponibilité d'une personne accompagnante, responsable et valide (raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui)
- éloignement géographique < 1h d'une structure de soins adaptée
- accès rapide à un téléphone
Critères médicaux :
Âge :
- AG contre indiquée en ambulatoire chez le nouveau-né
- prise en compte nécessaire des problèmes spécifiques des enfants de moins d'un an dans la décision de pratiquer une anesthésie en ambulatoire,
- prise en compte de l'éventualité d'une grossesse, et informations sur les relations grossesse et médicaments anesthésiques.
État du patient :
- préférentiellement des sujets ASA 1 ou 2
- ASA 3 acceptés sous certaines réserves : pathologie stabilisée sous traitement, interférence intervention / pathologie ou traitement négligeable, accord anesthésiste et opérateur
Anesthésie
Consultation préanesthésique : plusieurs jours avant l'acte, fiche information, recommandations préanesthésiques
Conditions de l'anesthésie ⁽⁵⁾
Réveil : salle de réveil, surveillance
Sortie : autorisation de l'anesthésiste, aptitude à la rue, instructions remises au patient, possibilité de joindre l'anesthésiste
Structure organisation et fonction
Information : CR...
Possibilité d'hospitalisation du patient

(5) <http://www.sfar.org/recomambul.html>

CA Action mise en œuvre

2.3 Inviter dans l'établissement un professionnel reconnu pour sa pratique de la chirurgie ambulatoire	
Mise en œuvre	CH de Sedan
Domaine d'application	Développer l'activité ambulatoire à l'UCA
Indicateur de suivi	Présence aux sessions d'information
Indicateur de résultat	Taux d'occupation de l'hôpital de jour (chirurgie ambulatoire)

Rappel de la problématique

Au CH de Sedan le constat initial fait ressortir en 2006 :

- un faible niveau d'activité en chirurgie ambulatoire bien qu'en progression : il n'y a pas d'adhésion à ce type de prise en charge hormis pour quelques indications (syndrome du canal carpien, maladie de Dupuytren, interventions en stomatologie, ablation de matériel en orthopédie). Les taux d'occupation de l'unité sont respectivement de 37 % et 53 % pour 2004 et 2005 ;
- une absence de motivation des opérateurs pour ce type de prise en charge. Les chirurgiens et anesthésistes ne voient pas l'apport de la promotion de la chirurgie ambulatoire dans leur pratique quotidienne :
 - des médecins à temps partiel ne souhaitent pas devoir repasser en fin de journée pour signer les sorties des patients de chirurgie ambulatoire,
 - certains opérateurs « ignorent » l'hôpital de jour et ne veulent pas changer leurs habitudes : des actes pourtant éligibles (arthroscopie, varices, endoscopies...) ne se font pas du tout en ambulatoire,
 - le conseil de bloc central (pilote par un anesthésiste) s'occupe peu de la coordination de l'activité ambulatoire ;
- seule, la rivalité avec un établissement de santé voisin favorise le développement de l'ambulatoire en tant que moyen de défense.

Le corps médical étant plus sensible aux échanges et aux conseils d'un pair plutôt qu'aux objectifs gestionnaires ou économiques, il a été décidé d'organiser une réunion d'échange entre équipes médicales.

Objectifs

Engager la dynamique au niveau des équipes chirurgicales et anesthésiques.

Mobiliser le potentiel de substitution : en 2004, l'ambulatoire représente 17 % de l'activité chirurgicale totale, son potentiel est estimé entre 35 et 42 %.

Action envisagée

Organiser la venue d'un médecin anesthésiste spécialiste de la chirurgie ambulatoire pour présenter des expériences réussies de développement de chirurgie ambulatoire.

Mise en œuvre

Réunion annoncée et préparée par le président de la CME et le directeur du centre hospitalier : la venue d'intervenants extérieurs – médecins de surcroît – n'est pas fréquente, elle suscite d'autant plus l'intérêt du corps médical.

Intervention du Dr Jouffroy, médecin anesthésiste membre de l'Association française de chirurgie ambulatoire, en février 2006 qui permet d'engager un dialogue de médecin à médecin.

L'exposé a été illustré par des cas concrets, des données chiffrées et l'expérience de centres hospitaliers de la région.

L'exposé a parfaitement crédibilisé une démarche de développement et a entraîné une réelle prise de conscience des médecins de l'hôpital de Sedan à l'égard des enjeux de la chirurgie ambulatoire.

Résultats

Évaluation quantitative

Présence de tous les opérateurs et de tous les anesthésistes concernés : intérêt manifeste pour cette intervention.

Le taux d'activité réalisée en « forain » a chuté, le pourcentage de l'activité « chirurgicale » de moins de 24 h réalisée à l'UCA est passé de 71 % en 2004 à 93 % en 2006.

Le nombre moyen de patients à l'UCA a presque doublé sur la durée de l'étude (de 2,8 en 2004 à 4,1 en 2006).

Commentaires des professionnels et/ou avis des consultants

L'intervention a favorisé de réels échanges dans un contexte technique « froid » : elle apporte une validation médicale de la chirurgie ambulatoire qui complète la seule approche gestionnaire ;

Cet « électrochoc » a constitué le moteur du développement de la chirurgie ambulatoire ;

Le climat créé par cette intervention a favorisé :

- l'implication d'un gynécologue dans la gestion de l'information médicale ;
- l'implication d'un urologue dans le pilotage de la gestion des blocs.

CA Action mise en œuvre

2.4 Rapatrier à l'unité de chirurgie ambulatoire l'activité ambulatoire réalisée dans les services d'hospitalisation traditionnelle	
Mise en œuvre	CH de Meaux
Domaine d'application	Développer l'activité ambulatoire à l'UCA
Indicateurs de suivi	Nb de séjours de 0 nuit dans les services Nb de séjours à l'UCA
Indicateurs de résultat	Activité ambulatoire augmentée Ambulatoire « forain » diminué

Rappel de la problématique

L'ambulatoire réalisé dans les services d'hospitalisation traditionnelle, appelé ambulatoire « forain », concerne parfois de grands nombres de patients. Cet état de fait constitue une déviance car le processus très spécifique de prise en charge qu'impose l'ambulatoire⁽⁶⁾ n'est en général pas appliqué.

Cette déviance peut être motivée par :

- la crainte pour les praticiens qu'une moindre occupation des lits d'hospitalisation traditionnelle mène à la fermeture de lits ;
- le souhait des praticiens de disposer de leurs patients dans leur service (ne pas se déplacer pour la signature de sortie...) ;
- l'insuffisance ressentie de capacité d'accueil à l'UCA (même si elle n'a pas été observée sur le terrain) ;
- la fermeture de l'UCA certains jours (par une sorte de cercle vicieux : l'UCA ferme les jours où le nombre prévisionnel de patients est « insuffisant », certains médecins se voient donc refuser des patients à l'UCA et les prennent dans leur service, ce qui décrédibilise l'UCA...).

Les réponses peuvent être de :

- développer l'activité chirurgicale lourde de concert avec l'ambulatoire, ce phénomène étant observé naturellement sur certains sites par un effet « produit d'appel » ;
- souligner qu'une moindre charge des infirmières du service d'hospitalisation complète permettrait de développer d'autres activités ;
- assurer les praticiens que leurs patients sont mieux traités à l'UCA ;
- proposer aux médecins des prestations supplémentaires grâce à une organisation optimisée à l'UCA (courrier envoyé plus vite, mesure de la satisfaction des patients, prise en charge de la douleur...).

Objectifs recherchés

Augmenter le transfert d'activité ambulatoire du forain vers l'UCA.

Augmenter l'activité de l'UCA.

(6) Cf. fiches 1-3 : « Appel de la veille » et 3-8 : « Appel du lendemain ».

Mise en œuvre

Cette action est mise en œuvre par le responsable médical de l'UCA, qui pourra se faire assister par le DIM pour réaliser l'analyse des données PMSI :

- identifier, par l'analyse des données PMSI, l'activité d'ambulatoire « forain » et objectiver les raisons de cette déviance ;
- rapprocher l'ambulatoire forain de l'ambulatoire UCA pour les mêmes gestes / opérateurs et présenter ces informations aux opérateurs ;
- analyser les chiffres d'ambulatoire forain en regard des jours de fermeture de l'UCA et ouvrir l'UCA tous les jours si nécessaire.

Détail de la mise en œuvre

Méthodologie pour identifier l'ambulatoire forain

Extraction des passages au bloc opératoire pendant une période significative (> 6 mois) avec les informations suivantes :

- patient ;
- date du passage ;
- heure d'entrée au bloc ;
- heure de sortie du bloc ;
- geste pratiqué ;
- opérateur.

Extraction des hospitalisations par UF pendant la même période avec les informations suivantes :

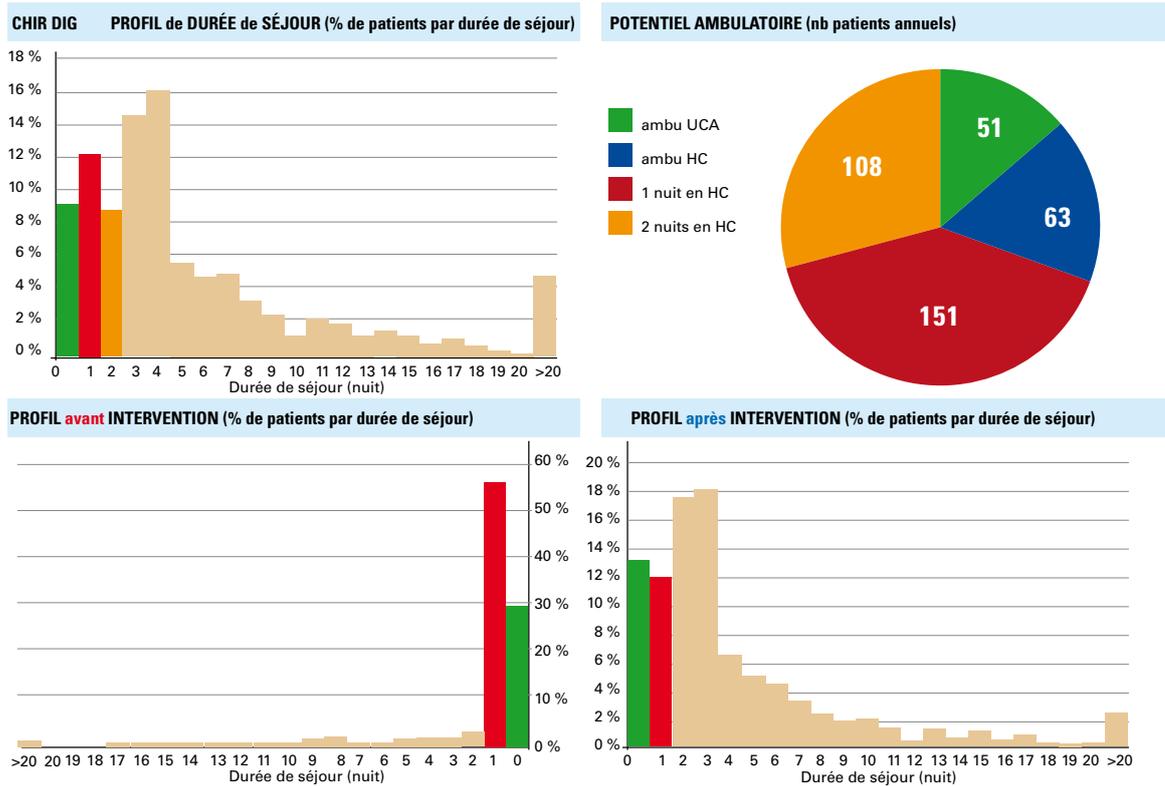
- patient ;
- UF ;
- date d'entrée ;
- date de sortie.

Le traitement des deux informations permet d'isoler tous les patients du bloc entrés et sortis le même jour (durée de séjour = 0 jour, donc ambulatoire). L'identification de l'UF permet de savoir si le patient est « forain » ou « UCA ». L'identification du geste et de l'opérateur permet de mener des comparaisons et des recoupements.

Les jours où l'UCA n'a vu aucun patient sont considérés comme des jours de fermeture.

Présentations possibles

L'analyse du « comportement » d'une spécialité vis-à-vis de l'ambulatoire par le responsable médical de l'UCA peut être faite à l'aide d'un graphique comme celui présenté ci-après. La partie bleue du disque correspond au nombre de patients pris en charge en ambulatoire « forain » et la partie verte au nombre de patients ambulatoires pris en charge à l'UCA. Les histogrammes présentent la durée moyenne de séjour globale, avant et après intervention pour le service considéré.



Une analyse par geste (identique à celle présentée dans le tableau suivant) permet au responsable médical de discerner des circuits spécifiques. Dans l'exemple présenté ici, la pose de chambre implantable, on voit que seul un petit nombre des patients ambulatoires (DS = 0) est confié à l'UCA (UF = 4211).

Un niveau fin d'analyse comme celui-ci permet d'identifier les plus gros pourvoyeurs d'actes, afin de cibler les efforts de compréhension et de conviction vers eux.

n° interv	date interv	jour	date naissance	nom chirurgien	service	K OP	K anes	K OPE secu	K anes secu	salle n°	arrivée SOP	sortie SOP	urgence	gestes	Nor gestes	Durée sale	Arrivée sspl	Départ sspl	UF	DS
37508	08/02/05	mardi	xx/xx/xx		DIG	60.00	0.00	60.00	0.00	S1	14:25	15:10	0	chambre implantable (pose)	1	0,75	#N/A	#N/A	4211	0
37604	11/02/05	vendr	xx/xx/xx		DIG	60.00	0.00	60.00	0.00	M3	10:15	11:20	0	chambre implantable (pose)	1	1,08	#N/A	#N/A	4011	2
37605	11/02/05	vendr	xx/xx/xx		DIG	60.00	0.00	60.00	0.00	M3	12:47	14:20	0	chambre implantable (pose)	1	1,55	#N/A	#N/A	3111	17
37848	01/03/05	mardi	xx/xx/xx		DIG	80.00	0.00	70.00	0.00	S1	14:00	16:40	0	chambre implantable (pose)	2	2,67	#N/A	#N/A	4011	5
37877	02/03/05	mercr	xx/xx/xx		DIG	60.00	0.00	60.00	0.00	S5	13:15	14:35	0	chambre implantable (pose)	1	1,33	#N/A	#N/A	3111	2
37949	04/03/05	vendr	xx/xx/xx		DIG	60.00	0.00	60.00	0.00	M6	14:45	16:40	0	chambre implantable (pose)	1	1,92	#N/A	#N/A	3231	10
38101	10/03/05	jeudi	xx/xx/xx		DIG	60.00	0.00	60.00	0.00	S1	13:20	15:00	0	chambre implantable (pose)	1	1,67	#N/A	#N/A	4011	0
38207	15/03/05	mardi	xx/xx/xx		DIG	60.00	0.00	60.00	0.00	M6	13:10	14:00	0	chambre implantable (pose)	1	0,83	#N/A	#N/A	4011	0
38355	22/03/05	mardi	xx/xx/xx		DIG	60.00	0.00	60.00	0.00	S1	13:10	14:22	0	chambre implantable (pose)	1	1,20	#N/A	#N/A	4141	54
38424	24/03/05	jeudi	xx/xx/xx		DIG	60.00	0.00	60.00	0.00	S2	13:10	14:40	0	chambre implantable (pose)	1	0,42	#N/A	#N/A	4011	0

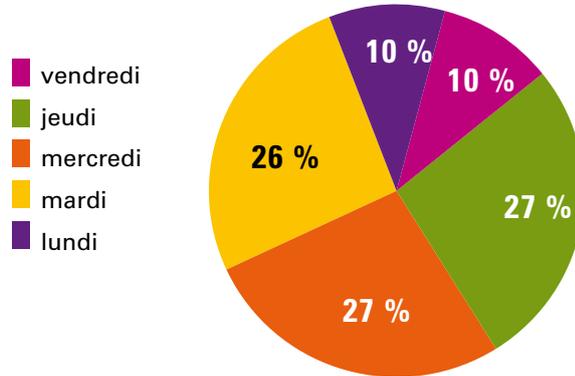
Rapprocher l'ambulatoire forain des jours de fermeture de l'UCA

Le tableau ci-dessous donne la synthèse des démarches par spécialité. L'ambulatoire forain correspond ici à 327 séjours qui pourraient être confiés à l'UCA.

	séjour	DIG	VAS	ORT	ORL	OPH	STO	URO	GYN	PED	Total	GAS
	0 nuit UCA	51	27	227	54	128	2	200	338	0	1 025	0
	0 nuit HC	63	17	64	50	10	5	17	47	59	327	515
	1 nuit HC	151	33	165	41	26	18	19	108	75	636	83
	2 nuits HC	108	181	144	29	252	140	70	153	70	1 147	61

Mais l'UCA est-elle ouverte lorsque ces spécialités opèrent ? Le graphe ci-dessous montre que l'UCA est effectivement fermée fréquemment les lundi et vendredi. Il faut vérifier si les spécialités qui ont un ambulatoire forain important sont celles dont les vacances opératoires sont planifiées ces jours-là.

Activité par jour de la semaine



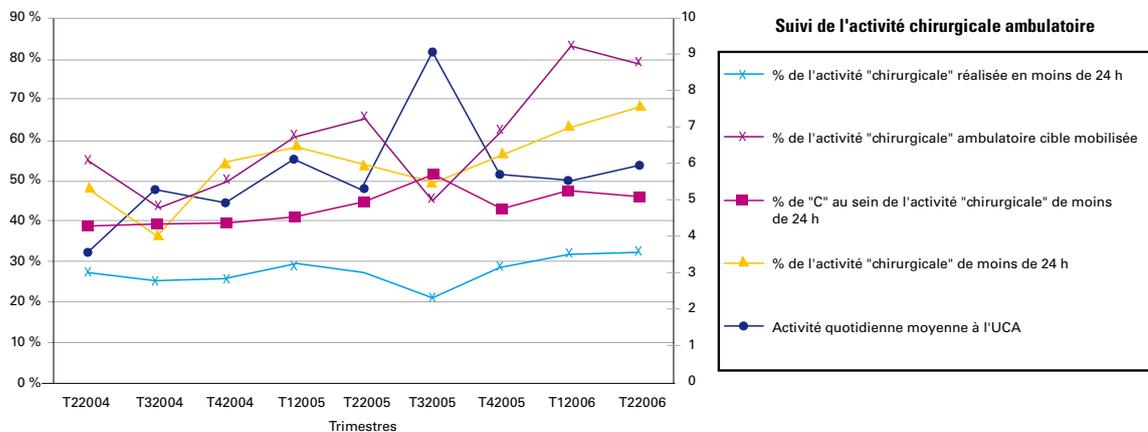
Ouvrir l'UCA tous les jours de la semaine

Afin de briser le cercle vicieux : « on ne met pas nos patients à l'UCA parce qu'ils les refusent » / « on ferme l'UCA ces jours-là car ils ne nous confient pas assez de patients », la direction du site doit adopter une démarche volontariste et, considérant que l'ambulatoire est un enjeu stratégique, ouvrir l'UCA tous les jours. Cet effort doit être maintenu aussi longtemps que possible, les évolutions des pratiques étant très lentes.

Évaluation

Évaluation quantitative

Sur ce graphique, on constate une augmentation d'environ 20 % de la proportion de l'activité de moins de 24 h qui est réalisée à l'UCA (courbe jaune), correspondant à une diminution de l'ambulatoire forain, lors du chantier MeaH.



CA Action mise en œuvre

2.5 « Vendre » l'UCA aux équipes chirurgicales	
Mise en œuvre	CHU de Reims
Domaine d'application	Augmenter l'activité ambulatoire
Indicateur de suivi	Nombre et type de démarches de communication lancées
Indicateur de résultat	Nombre de spécialités connaissant leur activité ambulatoire

Rappel de la problématique

Une communication intensive permet de renforcer la visibilité du service en terme d'organisation mise en place auprès de l'ensemble des acteurs, sachant que la programmation d'un patient en ambulatoire tient à divers facteurs :

- conseil du médecin traitant ;
- demande du patient ;
- acceptation du chirurgien ;
- acceptation de l'anesthésiste ;
- soutien de la direction.

Certains praticiens, qui représentent une partie importante du potentiel, confient peu de patients à l'ambulatoire. Devant une telle situation, il semble bien que le premier client de l'UCA ne soit pas le patient mais le chirurgien...

Objectifs

Motiver les équipes chirurgicales pour qu'elles acceptent de confier leurs patients à l'UCA.

Mise en œuvre

Communication :

- de lancement : journée porte ouverte ;
- pour la direction : conseils de fédération (2 fois par an) ;
- pour les chirurgiens : conseils de gestion (4 fois par an) ;
- pour les cadres des services de chirurgie :
 - entretiens sur rendez-vous avec le cadre UCA (présentation de l'UCA à son ouverture puis bilan de fonctionnement à 10 mois de l'ouverture),
 - messages informatifs intranet (fiches des contre-indications à l'ambulatoire, tableau du suivi de l'activité) ;
- au sein du service : réunions de service (2 fois par an avec les coordonnateurs, les cadres, le personnel), réunions de soins infirmiers (4 fois par an) ;
- entre les membres de la coordination de l'UCA : le staff (2 lundis par mois : étude et analyse de l'activité, des annulations, des hospitalisations postopératoires, des événements indésirables...).

Détail de la mise en œuvre

Exemple de préparation d'un conseil de gestion

- satisfaction du patient pour la qualité des soins, pour les informations données, pour la vie dans l'unité ;
- activité par secteurs chirurgicaux ;
- taux d'occupation de l'unité ;
- les annulations et les conversions en hospitalisation traditionnelle ;
- conclusion faite en commun.

Support à l'entretien individuel entre le cadre de l'UCA et chaque cadre des services de chirurgie

Programmation

Les documents de l'UCA sont-ils connus et utilisés ?

Que devient un patient en cas d'annulation après la consultation d'anesthésie ?

Quels sont les critères de sélection des patients pour l'ambulatoire ?

Comment utilise-t-on le logiciel de programmation pour un patient ambulatoire ?

Circuit du dossier

Modalités de transmission.

Modalités de retour des dossiers.

Modalités de tri des dossiers.

Suivi postopératoire

Quelles sont les consignes postopératoires ?

Comment prendre le RDV postopératoire ?

Commentaires

Points forts / points à améliorer

« Vendre »

Ce terme, peu traditionnel en environnement hospitalier, traduit le fait que la mise à disposition d'une capacité de prise en charge des patients en ambulatoire, aussi moderne soit-elle, ne suffit pas à la remplir. En effet, dans l'hôpital public tout du moins, les praticiens sont plus attachés à préserver la capacité de leur service et au remplissage de leurs lits qu'à optimiser la prise en charge des patients.

Remplir l'unité de chirurgie ambulatoire implique donc une démarche de « prospection active » auprès des chirurgiens et de « conviction » ou de « partenariat » pour qu'ils lui confient leurs patients.

L'étude traditionnelle des potentiels, basée sur les patients, ignore le praticien. La démarche de vente consiste à considérer que c'est le praticien et non le patient qui est le client de l'UCA. Ainsi, le « marché potentiel » est constitué par l'ensemble des chirurgiens.

Une démarche active de prospection consisterait à élaborer un argumentaire développant les avantages « pour le praticien » à confier ses patients à l'ambulatorioire, puis à rencontrer tous les praticiens afin de dialoguer avec chacun sur le rôle de l'ambulatorioire dans la prise en charge de ses patients et ce que le service ambulatorioire pourrait lui apporter (un service de qualité, fiable, sans incidents organisationnels, par exemple).

Recenser les praticiens, les freins et les moteurs, cartographie des services éclairée par les potentiels de patients.

Planning de rencontres, entretiens concrets et formalisés, avec les médecins coordonnateurs.

Pistes de « marketing » :

- monter des sessions à l'UCA par spécialité ;
- rôles des sociétés savantes ;
- témoignages d'autres praticiens...

Évaluation

Évaluation qualitative

Les entretiens avec les cadres des services ont montré une bonne connaissance globale de l'ambulatorioire, même si les critères d'éligibilité étaient parfois mal connus. Une action de formalisation et de diffusion a été effectuée (cf. document en annexe de cette fiche).

Les praticiens rencontrés lors d'entretiens particuliers ont montré globalement un grand intérêt pour la prise en charge en ambulatorioire et pour l'activité du service.

Parmi les freins identifiés, la politique de service, très contraignante dans un CHU, joue un grand rôle dans certaines disciplines. Des développements de partenariats, autour de certains gestes rares, étaient envisageables : l'innovation semble plus séduisante que la concrétisation des « classiques »...

Avis des consultants

Le concept de « vente » a été jugé dérangeant. Pour autant, le déroulement de la mission pour les huit établissements engagés dans la démarche renforce la conviction du groupe de travail que le premier client de l'UCA (celui qui doit être convaincu par l'équipe de l'UCA) est bien l'ensemble des chirurgiens et non les patients...

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Coordinateurs médicaux : Pr MALINOVSKY – Dr MEROL

Fiche de suivi de la prise en charge ambulatoire

1. Identité du patient : Nom : Prénom : Date de naissance :	Étiquette patient :
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

2. Consultation de chirurgie Réalisée le : Nom du chirurgien : Libellé de l'intervention prévue : Anesthésie locale <input type="checkbox"/> Acte septique <input type="checkbox"/> Prise en charge ambulatoire demandée par le patient <input type="checkbox"/> Date d'intervention proposée à l'UCA

3. Consultation d'anesthésie Réalisée le : Nom du médecin anesthésiste : Confirmation de la prise en charge ambulatoire <input type="checkbox"/> Ambulatoire refusé(motif à préciser, svp)

4. Consignes particulières

5. Appel téléphonique la veille Patient <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> nom : Patient injoignable <input type="checkbox"/>

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Coordinateurs médicaux : Pr MALINOVSKY – Dr MEROL

Critères défavorables à l'ambulatorio

Contre-indications absolues

- refus du patient
- non-compréhension des consignes de l'ambulatorio
- refus de respect des recommandations liées à la réalisation de l'anesthésie et de l'acte chirurgical en ambulatorio
- enfant < 6 mois ou < 10 kg
- patient vivant seul et qui ne sera pas accompagné la première nuit
- distance entre le domicile du patient et l'hôpital de plus de 60 min (en prenant en compte des conditions météorologiques)
- absence de transport accompagné
- absence de tout moyen de communication, surtout de téléphone
- absence d'un accompagnant à l'entrée et à la sortie UCA

Contre-indications relatives

- barrière linguistique
- patient ASA 3 non stabilisé, ASA 4 ou 5
- patient grabataire
- patient ayant une obésité morbide (surpoids avec BMI > 35)
- certains traitements pouvant interférer avec les anesthésiques (tels que les IMAO)
- une toxicomanie non sevrée
- alcoolisme aigu

fait le 20/06/06

Dr MALINOVSKY, coordinateur UCA
C. JOLY, cadre de santé UCA

CA **Action mise en œuvre**

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	
Mise en œuvre	CH de Sedan
Domaine d'application	Développer l'activité ambulatoire à l'UCA
Indicateur de suivi	Nombre de transformations en hospitalisation complète
Indicateur de résultat	Taux d'occupation de l'hôpital de jour (chirurgie ambulatoire)

Rappel de la problématique

Les réticences de certains praticiens à l'égard de la chirurgie ambulatoire sont souvent dues aux éventuels risques médicaux encourus par les patients. Ces praticiens n'avaient jusqu'alors aucune pratique en ambulatoire.

La « mise à la rue » apparaîtrait comme une décision difficile à prendre pour certains patients alors même que l'intervention pourrait, *a priori*, être réalisée en ambulatoire. En outre, en cas de besoin de transformer une prise en charge ambulatoire en prise en charge traditionnelle, l'accès aux lits est un casse-tête rédhibitoire.

Objectifs

Permettre aux praticiens de s'essayer à l'activité ambulatoire.

Rassurer les praticiens.

Action envisagée

Établir des règles de nature à :

- inciter les chirurgiens et les anesthésistes à recourir à la chirurgie ambulatoire ;
- rassurer les opérateurs sur un « repli » possible sur le secteur d'hospitalisation conventionnelle.

Évaluer, à terme, ces transferts de chirurgie ambulatoire vers la chirurgie conventionnelle avec le chirurgien concerné et le responsable du DIM.

Mise en œuvre

Afin d'optimiser le potentiel de transfert, il a été indiqué aux opérateurs qu'il y aurait toujours des disponibilités en chirurgie ambulatoire (en raison d'une faible occupation de l'UCA et d'une absence de rotation sur les places).

Dans le même temps, il leur a été indiqué que pour les patients pris en charge en ambulatoire, il y aurait toujours une solution de repli en hospitalisation complète ou en unité d'hospitalisation de très courte durée.

Résultats

Évaluation quantitative

Le taux de rotation sur octobre et novembre 2006 a été de 1,2 patient par place : un objectif réaliste de 30 patients par semaine (1,5 patient par place) peut être atteint.

Le nombre moyen de patients à l'UCA a bien progressé sur la durée de l'étude, même s'il reste modeste (2,8 en 2004, 4,1 en 2006).

Commentaires des professionnels et/ou avis des consultants

« Cette action avait été incluse dans le plan d'actions du site, elle n'a cependant été que transitoire. En effet, les praticiens s'étant très vite approprié le concept de l'ambulatorio n'ont vite plus eu besoin de ce "filet de sécurité". »

« Une telle action n'est bien entendu pas à prescrire systématiquement, ni à mettre en place de façon durable, mais elle peut constituer dans certains cas une amorce de la démarche d'ambulatorio. »

CA Bonne pratique observée

2.7 Convaincre les opérateurs de pratiquer l’ambulatoire en améliorant le partenariat avec la ville pour les suites de soins	
Mise en œuvre	Polyclinique de Bordeaux Nord-Aquitaine
Domaine d’application	Développer l’activité ambulatoire à l’UCA
Indicateur de suivi	Nombre d’interventions de chirurgie vasculaire réalisées en ambulatoire
Indicateur de résultat	Nombre de patients pris en charge en hospitalisation à domicile

Rappel de la problématique

L’insuffisance veineuse chronique est une pathologie dont le traitement chirurgical se prête parfaitement à une prise en charge ambulatoire. Les actes concernés relèvent du traitement chirurgical des varices et des ulcères veineux.

Ces actes se caractérisent par la nécessité de soins post-chirurgicaux systématiques, en particulier de pansements, qui nécessitent l’intervention de professionnels de santé.

Objectifs

Sécuriser l’opérateur dans sa pratique ambulatoire.

Éviter les dysfonctionnements consécutifs au manque de coordination des intervenants au domicile (médecins, IDE).

Action envisagée

Établir un partenariat avec un service d’HAD sur la base d’une protocolisation des soins préopératoires (marquage des varices au crayon dermographique, épilation du champ opératoire) et post-chirurgicaux (contention, prévention de la thrombose veineuse profonde).

Mise en œuvre

La Polyclinique a reçu et accepté une offre de service de la part d’une HAD mais ce partenariat n’a pas revêtu une forme écrite.

Les freins :

La couverture géographique de l’HAD est imparfaite : des secteurs importants de l’agglomération bordelaise ne sont pas couverts.

Problème de la saisonnalité de cette activité (interruption des interventions entre juin et septembre).

Les facteurs clés de succès :

La satisfaction des patients.

La demande des médecins prescripteurs (dimension « commerciale »).

Résultats

Évaluation quantitative

Actuellement, le rythme est de 2 prises en charge par mois en ambulatoire, soit 2 % de l'activité « varices ».

Avis des consultants

Ce partenariat en est encore à la phase expérimentale. Il offre néanmoins une garantie de bonne coordination entre l'opérateur et les intervenants de ville.

Il n'y a pas de contre-indication pour prendre un malade en HAD après de la chirurgie ambulatoire. Mais le malade, pour être admis en HAD, doit avoir une charge en soins conforme aux GHPC (cf. Guide méthodologique disponible sur le site de l'ATIH⁽⁷⁾).

La circulaire du 1^{er} décembre 2006⁽⁸⁾ détermine le périmètre d'intervention de l'hospitalisation à domicile.

Pour aller plus loin

Protocoliser, par type d'intervention, les soins postopératoires à dispenser.

Étendre ce partenariat à d'autres types d'intervenants (SSIAD, réseaux de professionnels de santé libéraux...).

Établir des contrats ou des conventions de service entre les établissements et l'HAD ou les structures partenaires.

(7) www.atih.sante.fr

(8) Circulaire DHOS/O3 n° 2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

CA Action mise en œuvre

2.8 Être capable d'accueillir des patients tout au long de la semaine : négocier l'ouverture de plages ambulatoires supplémentaires	
Mise en œuvre	CH de Meaux
Domaine d'application	Développer l'activité
Indicateurs de suivi	Nombres de patients UCA Nombre de plages opératoires ambulatoires
Indicateurs de résultat	Augmentation du nombre de patients UCA par semaine Diminution de l'ambulatoire forain Diminution du nombre de transferts en hospitalisation complète

Rappel de la problématique

L'ambulatoire est une prise en charge courte avec des flux rapides, dont la performance repose sur le respect par les opérateurs de certaines contraintes, en particulier les horaires de passage en salle. Ces contraintes peuvent être parasitées par les aléas des prises en charge non ambulatoires au bloc opératoire. Elles sont d'autant plus mal vécues que certains chirurgiens assimilent l'ambulatoire à des « petits » actes et des « petits » patients utilisés comme variables d'ajustement de leur programme opératoire :

- « *entre mes prothèses, j'intercale quelques canaux carpiens, ou ablations de matériels, pour souffler un peu* » – dixit chirurgien orthopédiste... ;
- « *je mets les poses de chambres implantables dans mon programme mais si on prend du retard, je les laisse à l'interne en fin de vacation* » – dixit chirurgien ORL... ;
- « *le matin, on est très en forme, on préfère commencer par les gestes compliqués* » – dixit chirurgien orthopédiste...

La spécialisation de plages opératoires pour les actes ambulatoires permet d'optimiser le circuit et l'organisation de l'UCA et de travailler vraiment en flux cadencé sur toute la prise en charge.

Instaurer des vacations spécialisées est cependant une révolution sur les pratiques de programmation des chirurgiens puisque cela leur impose de regrouper leurs gestes similaires certains jours. Plusieurs situations se présentent, complémentaires, selon l'activité des opérateurs :

- s'il dispose d'un recrutement très important, il est facile de mettre cette organisation en place. Le praticien est d'ailleurs souvent à l'origine de cette démarche : « *le vendredi est ma matinée de canaux carpiens et j'en fais 10 à 12 en 5 heures* »... ;
- dans certains cas il peut être difficile de mobiliser suffisamment d'activité pour utiliser une vacation toutes les semaines. C'est le cas des UCA qui démarrent, des praticiens junior, ou des praticiens senior pas encore spécialisés dans certains types de geste. Dans ces cas-là, il peut être adapté de spécialiser cette vacation toutes les deux semaines et d'alterner les praticiens. Ces démarches ne sont pas faciles et parfois les chirurgiens objectent que leur recrutement ou la situation concurrentielle sur leur secteur ou sur ce geste ne leur permet pas de demander au patient d'attendre 2 semaines.

Objectifs recherchés

Limiter les substitutions en hospitalisation complète en assurant un accès le plus large à l'UCA.

Augmenter l'activité de l'UCA.

Mise en œuvre

Identifier l'activité d'ambulatoire potentielle et imaginer des plages opératoires adaptées.

Négocier avec les instances de régulation du bloc opératoire l'ouverture de nouvelles plages contre la spécialisation de la programmation à des actes ambulatoires.

Détail de la mise en œuvre

L'identification du potentiel de développement et de l'ambulatoire forain est décrite plus haut⁽⁹⁾.

Définir une durée moyenne de passage au bloc opératoire (occupation de salle) à partir des données existantes, de passages des mêmes gestes en ambulatoire ou une expression du professionnel concerné.

En déduire un « besoin de capacité » de salle de bloc et identifier les couples spécialités / opérateurs pour lesquels ce besoin correspond à une vacation par semaine, voire à une vacation toutes les deux semaines.

Proposer aux opérateurs concernés d'ouvrir de nouvelles vacations, moyennant un engagement de n'y programmer que des patients ambulatoires.

(9) Cf. fiche 4.4 : « Identifier et évaluer le potentiel de substitution de l'activité en chirurgie ».

Chapitre 3

Suivre l'activité et manager son unité

3.1	Mettre en place un tableau de bord.....	105
3.2	Être actif pour remplir l'UCA.....	112
3.3	Mettre en place un suivi en routine des incidents organisationnels	118
3.4	Développer un outil de suivi trimestriel de l'activité ambulatoire à partir des données du PMSI (SuivChirAmb et SuivCPOM).....	121
3.5	Préparer et animer une réunion de service	124
3.6	Mettre en place une revue des dossiers	126
3.7	Formaliser le circuit du dossier patient	128
3.8	Mettre en place l'appel du lendemain	132
3.9	Organiser l'exécution et fiabiliser la traçabilité des appels du lendemain.....	135
3.10	Mettre en place une enquête de satisfaction auprès des patients accueillis à l'UCA	139
3.11	Administrer aux patients un questionnaire de satisfaction lors de leur séjour et un questionnaire du lendemain	144

CA Action mise en œuvre

3.1 Mettre en place un tableau de bord	
Mise en œuvre	CH de Meaux et CHI de Fréjus – Saint-Raphaël
Domaine d'application	Renforcer le pilotage de l'unité Augmenter l'activité de l'unité
Indicateur de suivi	Taux de renseignement des indicateurs du tableau de bord
Indicateurs de résultat	Activité globale de l'UCA et ses variations Actions mises en place à partir de l'exploitation du tableau de bord

Rappel de la problématique

La chirurgie pratiquée en ambulatoire nécessite une organisation fiable et respectée par les acteurs. En ce sens, le rôle des coordinateurs, médical et soignant, est crucial. Ils doivent s'assurer que le recrutement est optimal et que le fonctionnement de l'unité permet une prise en charge satisfaisante des patients.

La gestion et le pilotage opérationnels de l'UCA par ces coordinateurs sont facilités par l'utilisation de tableaux de bord adéquats. Construire de tels tableaux de bord nécessite cependant un certain nombre d'étapes.

Objectifs recherchés

Définir le contenu et l'utilisation du tableau de bord.

Faire utiliser ce tableau pour le pilotage opérationnel de l'unité.

Mise en œuvre

Définir les objectifs à atteindre.

Identifier les éléments de mesure nécessaires.

Définir les indicateurs en fonction de leur pertinence, leur faisabilité et leur reproductibilité, au sein de l'équipe locale.

Communiquer en interne autour de ce tableau de bord, de façon à convaincre les professionnels de produire et d'utiliser l'information.

Communiquer en externe (notamment vers les services de chirurgie) autour de ce tableau de bord, afin de faciliter le ralliement des chirurgiens autour de la démarche.

Utiliser le tableau de bord en routine :

- avoir un staff d'analyse du tableau de bord ;
- lancer des actions préventives et correctrices ;
- s'assurer de la mise en œuvre des actions.

Détails de la mise en œuvre

Les caractéristiques d'un tableau de bord utile

Objectifs	Des objectifs doivent être définis
Utile	Les informations contenues sont pertinentes. D'une manière générale, des éléments qualitatifs et quantitatifs doivent être présents
Partagé	Les informations sont comprises et validées par tous les acteurs
Simple	Les résultats sont interprétables en quelques minutes
Dynamique	Les évolutions des indicateurs mesurés sont visibles (run-chart)
Mis à jour	Le rythme de renseignement des informations est adapté aux éléments mesurés et aux actions entreprises
Évolutif	Le contenu est en phase avec les actions entreprises
Affiché, diffusé	Le support véhiculant les informations et sa localisation sont adaptés
Visuel	Le rendu est clair et bien présenté, utilisant des graphiques ou des diagrammes
Explicite	Les valeurs des indicateurs et leur évolution sont commentées
Accompagné	Un référent est disponible pour toute question
Maîtrisé	Le site est autonome. L'outil pour obtenir les informations est simple d'emploi et maîtrisé par plusieurs personnes
Permanent	Le principe du tableau de bord est acté mais son contenu est évolutif

Quels indicateurs choisir ?

En fonction des particularités et des objectifs de chaque site, certains indicateurs seront plus pertinents que d'autres...

Au CH de Meaux

L'activité par jour et par spécialité (les jours où l'UCA n'a vu aucun patient sont des jours de fermeture).

Les annulations et transferts en hospitalisation complète.

Les résultats de la démarche de rappel à J+1.

Au CHI de Fréjus – Saint-Raphaël

Les outils de pilotage du circuit
- Nombre d'hospitalisations
- Nombre de jours d'hospitalisation
- Sexe
- Âge
- Type d'intervention
- Opérateur
- Mode d'anesthésie (AL, AG, ALR...)
- Nombre de patients suivis en privé / en public
- Respect des heures d'hospitalisation
- Dysfonctionnements
La mesure des délais globaux du circuit
-Délais d'attente entre l'heure d'arrivée et l'appel au bloc opératoire
-Délais d'attente entre l'heure d'arrivée au bloc et l'entrée au bloc
-Temps d'intervention
-Délais d'attente entre sortie du bloc opératoire et entrée en SSPI
-Temps d'occupation de la SSPI
-Temps d'hospitalisation total à l'UCA
Les éléments de satisfaction de l'utilisateur
- Taux de satisfaction de la clientèle
Les indicateurs spécifiques à une UCA
- Taux de déprogrammations
- Taux de transformations en hospitalisation complète
Autres indicateurs
- Taux de suivi des pré-admissions non réalisées

La saisie des données

C'est un élément important, car il conditionne la qualité des indicateurs. Il est nécessaire que les personnels qui la réalisent soient sensibilisés à l'utilisation du tableau de bord et bénéficient d'un retour de l'information. En outre, cette tâche de production d'informations doit s'intégrer dans leur activité quotidienne, voire la faciliter (aspects structurants).

Au CH de Meaux, c'est le cadre de santé de l'UCA qui collecte dans un fichier Excel® les informations concernant les passages, les annulations ou transferts et les résultats du rappel à J+1, à partir d'un registre papier. Le temps quotidien nécessaire à cette tâche est de moins de 5 minutes en moyenne. Ce mécanisme est utilisé en attendant la mise en œuvre prochaine d'un dossier informatisé, d'où les données nécessaires pourront être extraites.

Au CHI de Fréjus – Saint-Raphaël, les IDE, AS et secrétaires médicales participent tous au renseignement du tableau de bord. L'analyse est réalisée par le cadre de santé de l'UCA avant chaque staff.

Le rythme du tableau de bord

Le rythme choisi à Fréjus – Saint-Raphaël est mensuel. À Meaux, afin de s'affranchir de la variabilité du nombre de jours par mois calendaire, le format choisi correspond à des tranches de 4 semaines consécutives.

Exemple de tableau de bord (CH Meaux)

Base de données

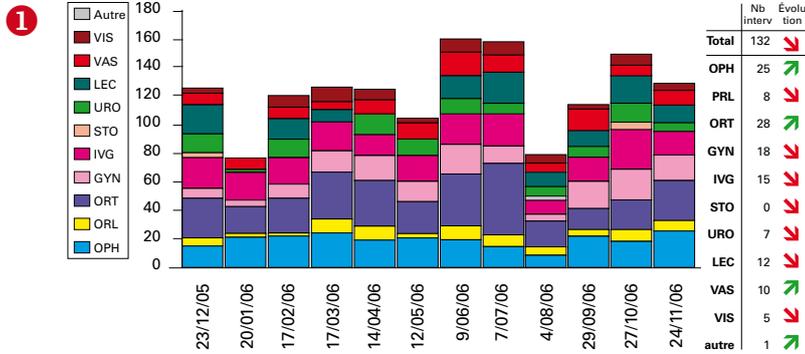
Comptage *a posteriori* des annulations, rappels et étiquettes dans le cahier

jour	sem	date	OPH	ORL	ORT	GYN	IVG	STO	URO	LEC	VAS	VIS	card	PAC	Total	annulation J	commentaire	hospit complète	commentaire	Rappels J+1 à faire	RAB rappel abouti (va bien / obs)	REP rappel répondeur	NRP rappel échec	NTR rappel non tracé	commentaire	Tx Rappels
lundi	1	5/09/05			5										5					5	5			0		100%
mardi	1	6/09/05	2				3		2						7	1				3	3			0		100%
mercredi	1	7/09/05	2			1		1	1						5			1		4	3		1	0		75%
jeudi	1	8/09/05					4		2						6			1		1				1		0%
vendredi	1	9/09/05			6				1						7	1				6				6		0%
lundi	2	12/09/05		1	2				1				1		5			1	malaise	4	4			0		100%
mardi	2	13/09/05	2	1			4								7					3	3			0		100%
mercredi	2	14/09/05				2			3		1	1			7	1	enrhumé			6	4	2		0		100%
jeudi	2	15/09/05													0					0				0		100%
vendredi	2	16/09/05													0					0				0		100%
lundi	3	19/09/05													0					0				0		100%
mardi	3	20/09/05	3			1	2								6					4	2	1	1	0		75%
mercredi	3	21/09/05	1		2	1			3						7	1				6	2	1	3	0		50%
jeudi	3	22/09/05													0					0				0		100%
vendredi	3	23/09/05			2		1								3					2				2		0%
lundi	4	26/09/05													0					0				0		100%
mardi	4	27/09/05	1		4		3					1			9					6	6			0		100%
mercredi	4	28/09/05			2	2					3				7					7	6		1	0		86%
jeudi	4	29/09/05					3			14					17	2				12				12		0%

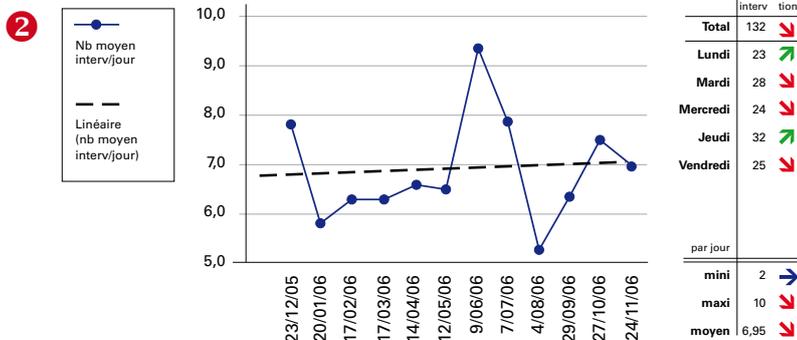
Tableau de bord du CH de Meaux

Période n° 15 4 semaines du **lundi 30/10/2006** au **vendredi 24/11/2006** Nb de jours d'ouverture 19 ↘

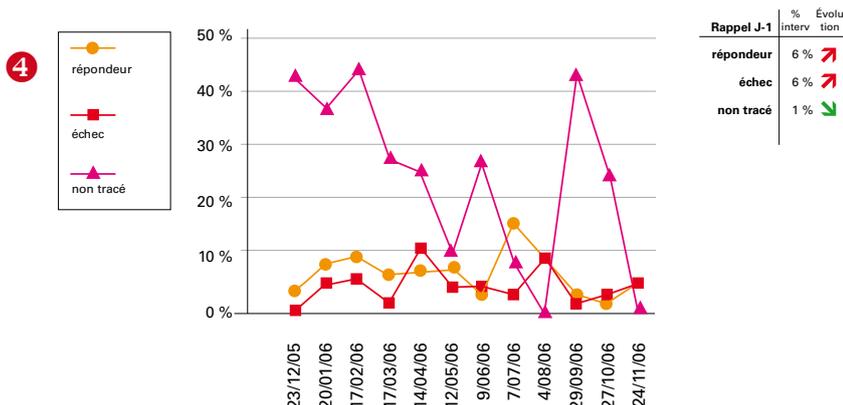
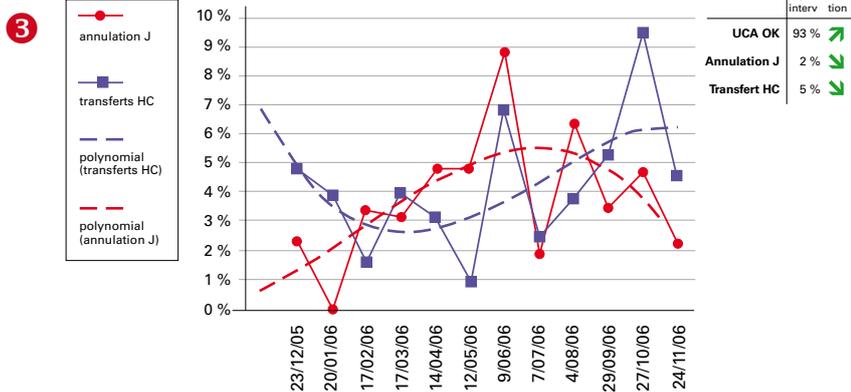
Évolution de l'activité sur les 12 dernières périodes de 4 semaines



Nombre moyen d'interventions/jour



Indicateurs de qualité



On trouve sur ce tableau de bord, prêt à l'affichage :

Un bandeau récapitulant la période affichée en semaines et le nombre de jours où l'UCA était ouverte pendant cette période.

Période n° 15	4 semaines du lundi 30/10/2006 au vendredi 24/11/2006	Nb de jours d'ouverture 19	
----------------------	--------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

1 On y trouve :

- un graphe indiquant pour les 12 dernières périodes le nombre de patients à l'UCA par discipline ;
- une table donnant le nombre de patients par discipline pour la période affichée avec une flèche indiquant l'évolution de ce nombre par rapport à la période précédente.

En fonction de ces informations, on peut suivre l'activité de l'UCA et ainsi prévoir et anticiper des périodes de « creux » en accentuant les efforts de conviction.

2 On y trouve :

- l'évolution du nombre moyen de patients par jour (tenant compte du nombre de jours d'ouverture) et sa courbe de tendance ;
- une table donnant le nombre de patients par jour de semaine pour la période affichée pour mesurer les éventuelles concentrations de fermeture ;
- une table donnant les nombres minimum, maximum et moyen de patients par jour pour la période affichée ;
- avec des flèches indiquant l'évolution de ces nombres par rapport à la période précédente.

Ce graphe permet de mieux maîtriser et lisser l'activité de l'UCA.

3 On y trouve :

- une table donnant pour la période affichée le pourcentage de patients de l'UCA qui ont été pris en charge normalement (OK), annulés à J (réfutés + non venus) ou transférés en HC avec des flèches indiquant l'évolution de ces nombres par rapport à la période précédente ;
- l'évolution des deux indicateurs d'annulations à J et de transferts en HC.

Le suivi de ces indicateurs de qualité de la prise en charge permet de détecter une tendance à la hausse et de réagir promptement ou bien d'apprécier l'effet de mesures mises en œuvre.

4 On y trouve :

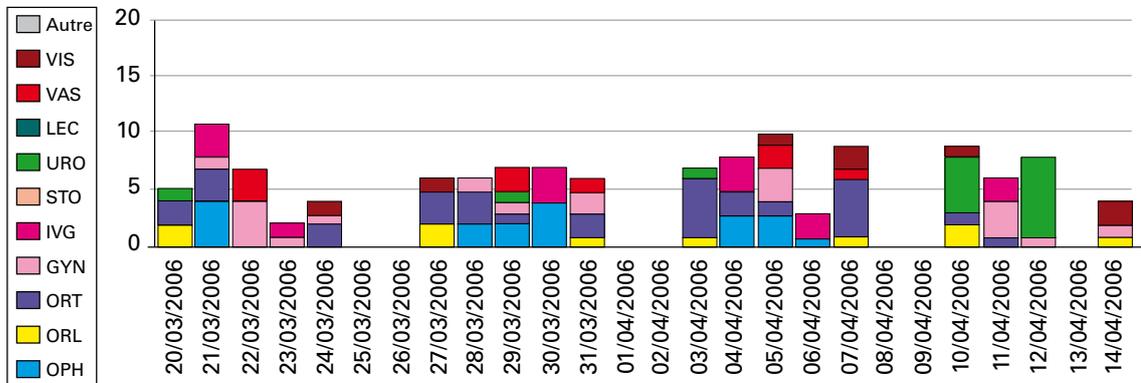
- le pourcentage de rappels sur répondeur, en échec ou sans traçabilité avec des flèches indiquant l'évolution de ces nombres par rapport à la période précédente ;
- l'évolution des trois indicateurs de dysfonctionnements sur le rappel à J+1.

Ce dernier graphe permet de distinguer, comme c'est le cas dans l'exemple présenté, si des défaillances du processus de traçabilité des appels J+1 varient en fonction des jours de la semaine car :

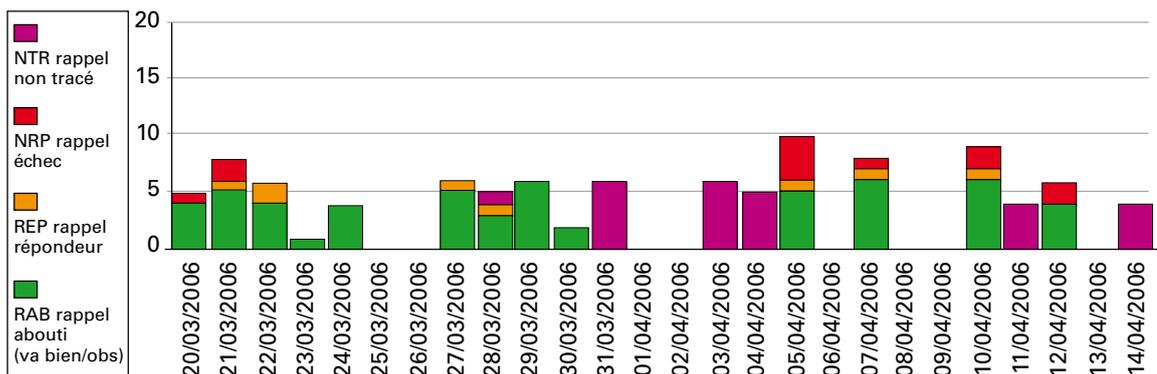
- le soignant de l'UCA n'observe pas les bonnes pratiques (sans doute le cas des 3 et 4 avril) ;
- pour les patients du vendredi, le rappel est effectué le samedi par les soignants de la SSPI à partir d'une photocopie du cahier de l'UCA. Ils sont censés noter sur cette feuille le devenir des rappels effectués et redonner la feuille au soignant de l'UCA qui note les commentaires sur le carnet ou colle la feuille. Ce processus est très sensible aux défaillances (sans doute le cas les 31 mars et 14 avril).

Tableau de bord CH de Meaux, deuxième page

Activité de l'UCA par jour pendant la période



Indicateurs qualité de l'UCA par jour pendant la période



Dans une seconde page, le tableau de bord détaille la période de 4 semaines en proposant :

- le nombre de patients de chaque spécialité par jour des 4 semaines ;
- et le nombre de :
 - rappels aboutis (tout va bien ou observation du patient mais dialogue effectué) étendu au dialogue physique du lendemain spécifique aux patients des cataractes qui viennent en consultation de contrôle,
 - rappels sur répondeur,
 - rappels en échec,
 - rappels non tracés.

Résultats

Évaluation quantitative

L'adhésion des professionnels est assez difficile à obtenir, en particulier en ce qui concerne la saisie des données.

L'utilisation des données du tableau de bord peut aussi être insuffisante, notamment lorsqu'un nombre trop important d'indicateurs a été mis en place. Ceci souligne l'importance d'une réflexion préalable sur l'utilité des indicateurs avant toute saisie « en masse » de données.

Avis des consultants

« Ce tableau de bord possède de nombreux critères qui ont permis aux responsables de la structure d'objectiver l'organisation et les dysfonctionnements éventuels et de mettre en place les mesures correctives. L'exploitation de ce tableau de bord, compte tenu de ces nombreux items, est très complexe. À ce jour, ce tableau de bord est renseigné en routine, mais pas exploité systématiquement. Il est donc nécessaire de réduire les indicateurs. Les objectifs affichés ne peuvent pas être atteints, par manque de diffusion des résultats. »

Pour aller plus loin, les prochaines étapes

Diffusion / affichage du tableau de bord.

Information et communication vers les soignants.

Utilisation dans le cadre de conduite d'amélioration.

Sélectionner les items les plus pertinents et évaluer les résultats tous les mois.

CA **Action mise en œuvre**

3.2 Etre actif pour remplir l'UCA	
Mise en œuvre	CHU de Reims
Domaine d'application	Augmenter l'activité ambulatoire
Indicateur de suivi	Autonomie du CH sur le remplissage et l'utilisation du tableau de bord
Indicateur de résultat	Utilisation du tableau de bord en routine pour conduire des démarches d'amélioration ou de développement de l'activité

Rappel de la problématique

Dans la phase de démarrage de l'activité, le secteur Chirurgie Ambulatoire est en concurrence avec l'hospitalisation complète. Piloter le développement de la prise en charge en ambulatoire impose de suivre de très près les évolutions de l'activité et de réagir rapidement.

Comme d'autres secteurs d'activité, l'UCA, peu habituée à l'utilisation de ce type d'outils, souffre du manque d'outils de pilotage et d'une culture de management.

Objectifs recherchés

Donner aux acteurs de la coordination de la chirurgie ambulatoire les moyens d'analyser rapidement les évolutions de l'activité pour mesurer / réorienter les actions de sensibilisation des acteurs.

Mise en œuvre

Définir les éléments constitutifs du tableau de bord de suivi d'activité.

Utiliser le tableau de bord pour orienter les actions de sensibilisation des acteurs.

Détail de la mise en œuvre

Le rythme du tableau de bord :

Dans une démarche de recrutement de patients, une grande réactivité est nécessaire. Le rythme du tableau de bord est la semaine.

Éléments d'un tableau de bord de suivi de l'activité de l'UCA :

L'activité par semaine et par spécialité.

Le nombre de jours d'ouverture de l'UCA dans la semaine.

Le nombre moyen de patients par jour de la semaine.

Le nombre minimum de patients par jour de la semaine.

Le nombre maximum de patients par jour de la semaine.

Le potentiel attendu par spécialité par semaine (paramétrage initial selon les éléments d'analyse du PMSI⁽¹⁾ reconfigurable dans le temps pour représenter l'évolution des objectifs d'activité).

(1) Cf. fiche 4.4 : « Identifier et évaluer le potentiel de substitution de l'activité en chirurgie ».

L'activité de la semaine pour chaque spécialité par rapport à son potentiel.

L'évolution de l'activité de la semaine pour chaque spécialité par rapport à la semaine précédente.

La saisie des données :

Le cadre de l'UCA tient un registre informatisé des patients de l'UCA à partir de leur inscription au programme le jeudi de la semaine précédant leur passage dans l'unité.

Le tableau de bord s'interface directement avec ce registre pour éviter toute ressaisie⁽²⁾.

Exemple de contenu du registre UCA avant le passage (1) et après passage (2)

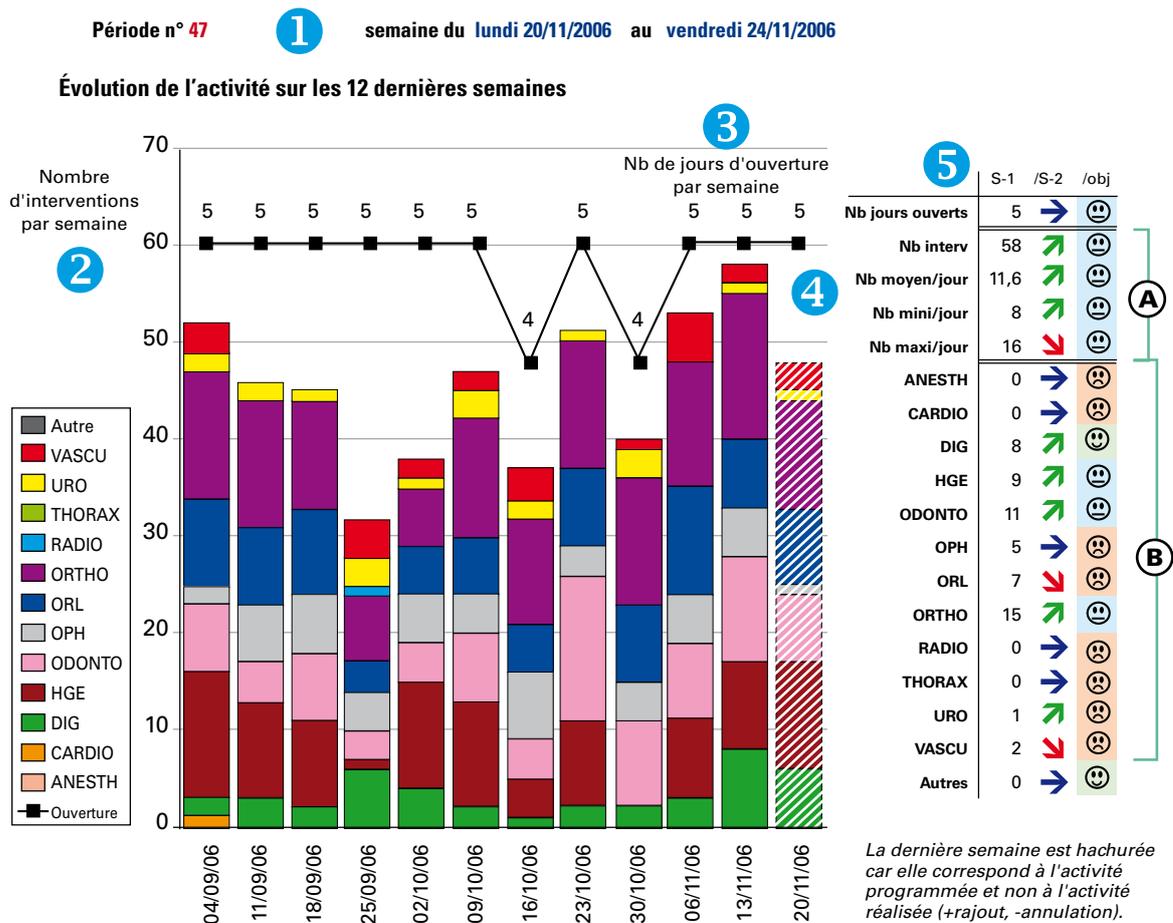
Contenu du registre UCA avant le passage

Date	Date naissance (jj/mm/aa)	IPP	Heure arrivée (hh:mm)	Heure départ (hh:mm)	Durée de séjour (heure)	Annulé O/N	Annulé Motif	Secteur abrégé	Intervention	Complément	Anesthésie: AG, ALP, BP, AL	Transféré en Hospit Complète O/N	Unité d'hospitalisation et motif
			07:00	15:30	11.17			HGE	COLO		AG		
								ORL	ABLATION DE TUMEUR	REPRISE BASO G	AL		
								OPH	CHALAZION	OD	AG		
								VASCU	VARICES	SI G	AG		
								ORL		POSE BOUTON SEPTAL	AG		
								DIG	BIOPSIES	GANGLION D	AG		
								ORTHO	DUPUYTREN	MAIN D	BP		
								ORTHO	AMO	5 META	BP		
								ORTHO	AMO	5 META D	BP		
								ORTHO	AMO	5 META	BP		
								ORTHO	AMO	BROCHES TETE RADIALE	BP		
								ORTHO	AMO	POIGNET D	BP		
								HGE	EEH		AG		
								ANESTH		BLOC DIAGNOSTIC INTER-SCALENIQUE	ALP		
								OPH	CATARACTE	ŒIL D			
								OPH	CATARACTE	ŒIL GAUCHE	AG		
								OPH	ABLATION DETUMEUR	PAPILLOME PIGMENTE PAUP SUP G			
								OPH	CATARACTE				
								ORL		SECTION FREIN LEVRE SUP	AG		
								ORL	LES		AG		
								ORL	LES		AG		
								ORL	ELECTRO-COAG	VOILE DU PALAIS	AL		
								ORL	ABLATION DETUMEUR	MUQUEUSE LEVRE	AL		

(2) Un tableau de bord-type sera téléchargeable sur le site de la MeaH.

Contenu du registre UCA après le passage

Date	Date naissance (jj/mm/aa)	IPP	Heure arrivée (hh:mm)	Heure départ (hh:mm)	Durée de séjour (heure)	Annulé O/N	Annulé Motif	Secteur abrégé	Intervention	Complément	Anesthésie: AG, ALP, BP, AL	Transféré en Hospit Complète O/N	Unité d'hospitalisation et motif
			07:00	15:30	8.50			ODONTO	BXB		ALP		
			07:00	18:10	11.17			VASCU	VARICES	SI D	AG		
			07:15	17:35	10.33			OPH	CATARACTE	OG	AG		
			07:30	16:00	8.50			HGE	COLO		AG		
			07:00	17:00	10.00			HGE	COLOGASTRO		AG		
			09:00	14:00	5.00			ODONTO	EDM	11 DENTS	AL		
			07:00	18:15	11.25			DIG	HERNIE	INGUINALE GAUCHE	RA		
			10:43	15:00	4.28			ORL	NJ VOX		AL		
			11:10	16:00	4.83			ORL	ABLATION PAC		AL		
			07:00	17:15	10.25			ORL		LES+LASER	AG		
			07:00	18:40	11.57			VASCU	VARICES	SI D	AG		
			08:30	17:30	9.00			ORL	FOPN		AG		
			07:00	18:40	11.57			VASCU	VARICES	SI G	AG		
			07:00	18:00	11.00			VASCU	VARICES	SI X2	AG		
			09:50	16:00	6.17			DIG	BIOPSIES	GANGLIONNAIRES	AL		
			08:40	12:00	3.33			OPH	ABLATION DETUMEUR	GRANULOME OG	AL		
			07:10	18:00	10.33			HGE	COLO		AG		
			07:00	16:00	9.00			DIG	HERNIE	EPIGASTRIQUE	AL		
			07:00					DIG	ABLATION DE KYSTE	LIPOME CLAVICULAIRE D	AG	O	U 31 après SSPI
			11:00	17:30	6.50			DIG	ABLATION DE KYSTE	LIPOME EPAULE G	AG		
			07:00	19:00	12.00			VASCU	VARICES	SI X2	AG		
			08:40	10:00	9.33			OPH	CHALAZION	ODG	AL		
			11:40	18:15	6.58			DIG	POSE PAC		AL		



Chaque lundi avant le staff, le cadre peut produire rapidement le tableau de bord d'activité. On trouve sur ce tableau de bord :

- 1** Un bandeau permettant de choisir la période désirée
- 2** Le nombre de patients pour chaque spécialité pour chaque semaine jusqu'à la dernière semaine d'affichage
- 3** Le nombre de jour d'ouverture de l'UCA dans la semaine
- 4** La dernière semaine affichée est hachurée car elle correspond au programme de la semaine à venir et non au programme réalisé comme les semaines précédentes. Cette particularité, rendue possible par le fait que le cadre de l'unité utilise le même registre pour programmer ses patients et suivre leur séjour, est très intéressante en termes de recrutement de patients car elle permet de « gagner une semaine » par rapport à un tableau de bord qui ne mesurerait que l'activité réalisée.

En effet, on peut imaginer qu'une action immédiate ciblant une décroissance d'activité de la semaine programmée puisse contribuer à un redressement dès la semaine suivante.

5 Le tableau de synthèse sur la droite est particulièrement intéressant pour orienter les actions de recrutement.

En ligne :

– les 5 premières lignes donnent des indicateurs sur l'activité globale :

- nombre de jours d'ouverture de l'UCA,
- nombre d'interventions (de patients),
- nombre moyen de patients par jour,
- nombre minimum de patients par jour,
- nombre maximum de patients par jour ;

– les lignes suivantes donnent l'activité par spécialité.

En colonnes :

– le nombre représente l'activité de la dernière semaine réalisée (S-1) ;

– la flèche indique la tendance d'évolution par rapport la semaine précédente (/S-2). La couleur de la flèche indique si l'évolution est favorable ou non ;

– le smiley indique la position de la dernière semaine réalisée par rapport à l'objectif qui a été fixé (/obj).

Exemple d'analyse et d'actions à entreprendre

Constat	Conduite à tenir
A Sur l'activité globale	
Tous les chiffres sont dans les objectifs (smileys bleus) Activité S1 en croissance par rapport à S2 (flèche croissante verte) Une activité de 58 patients par semaine est d'ailleurs très proche de l'objectif n°1 du CHU – 60 patients par semaine – ce qui justifie qu'on « fasse la fête ». Toutefois, la semaine programmée montre une forte érosion du nombre de patients (48 au programme) ce qui justifie des actions urgentes.	Célébrer la semaine la plus haute depuis 12 semaines – voir comment la coordination de l'UCA peut célébrer quelque chose dans le service et partager cette célébration avec l'ensemble des services partenaires. Se motiver pour corriger le tir de la semaine programmée dès la semaine suivante !!
Le nombre minimum de patients est en augmentation à 8 patients par jour, ce qui est une très bonne chose (flèche croissante verte).	
Le nombre maximum de patients est en diminution à 16 patients par jour, ce qui est affiché ici comme un mauvais paramètre (flèche décroissante rouge) considérant que l'UCA est en développement, et donc prête à tout pour avoir le maximum de patients, et non en régime permanent, où la maîtrise des aléas est un plus, ce qui justifierait une flèche décroissante verte.	
Constat	Conduite à tenir
B Sur les activités par spécialité	
ANESTH, CARDIO, RADIO, THORAX – 0 patient, activité très ponctuelle à faible potentiel	Pas d'action
DIG 8 patients, en augmentation, excède l'objectif + semaine programmée avec 6 patients ce qui reste un bon chiffre par rapport aux semaines habituelles	Célébrer avec DIG et tenter de fidéliser pour qu'ils continuent entre 6 et 10 patients.

Constat <i>suite</i>	Conduite à tenir <i>suite</i>
(B) Sur les activités par spécialité <i>suite</i>	
HGE 9 patients, en augmentation, dans l'objectif (tranche basse) + semaine programmée avec 11 patients, ce qui est la tranche haute de l'objectif	Anticiper une célébration pour maintenir l'activité à 10, minimum
ODONTO 11 patients, en augmentation, dans l'objectif (tranche basse) + semaine programmée avec 7 patients ce qui est largement en dessous de l'objectif	Appeler d'urgence le service pour une explication et une correction dès la semaine qui suit à 12 patients minimum
OPH 5 patients, stable, en dessous de l'objectif + semaine programmée avec 1 seul patient, soit le plus bas depuis 12 semaines	Appeler d'urgence le service pour une explication et vérifier qu'il s'agit d'un accident ponctuel et non d'une tendance de fond. S'assurer que la semaine suivante l'UCA reçoit au moins 6 patients
ORL 7 patients, en diminution, en dessous de l'objectif + semaine programmée avec 8 patients, ce qui reste en dessous de l'objectif. Activité insuffisante de manière récurrente depuis 12 semaines.	Provoquer un entretien sur l'adaptation du service par rapport à des besoins spécifiques
ORTHO 15 patients, en augmentation, dans l'objectif + semaine programmée avec 11 patients, soit le plus bas depuis 6 semaines	Appeler le service pour alerter sur le faible nombre de patients programmés et vérifier qu'il s'agit d'un phénomène ponctuel
URO 1 patient, en augmentation, en dessous de l'objectif + semaine programmée avec 1 seul patient, soit très en dessous de l'objectif de 5 patients par semaine, jamais atteint depuis 12 semaines	Provoquer un entretien sur l'adaptation du service par rapport à des besoins spécifiques
VAS 2 patients, en diminution, en dessous de l'objectif + semaine programmée avec 3 patients, soit en dessous de l'objectif de 5 patients par semaine, pourtant atteint il y a 2 semaines	Provoquer un entretien sur l'adaptation du service par rapport à des besoins spécifiques

Évaluation

Évaluation quantitative

Le tableau de bord a été élaboré en commun avec le cadre et le cadre supérieur de l'UCA. Sa mise en œuvre effective sur le site est prévue pour le début 2007.

Avis des consultants

Cette démarche de recrutement et de partenariat actif suppose d'avoir une coordination médicale de l'UCA prête à relever le défi car de nombreux contacts doivent s'établir entre chefs de service.

CA Action mise en œuvre

3.3 Mettre en place un suivi en routine des incidents organisationnels	
Mise en œuvre	Polyclinique de Bordeaux Nord-Aquitaine
Domaine d'application	Renforcer le pilotage de l'activité
Indicateur de suivi	–
Indicateurs de résultat	Taux d'ambulatoire forain Nombre de déprogrammations Nombre d'annulations dues aux patients Nombre de récusations par les opérateurs Nombre et causes de transformation en hospitalisation complète

Rappel de la problématique

Au cours de l'analyse de l'existant, il a semblé que les incidents affectant l'activité de l'unité de chirurgie ambulatoire étaient peu fréquents. Cependant, leur incidence n'était pas mesurée, ce qui empêchait de fixer des objectifs et de réaliser un suivi en routine.

Objectifs

Identifier et quantifier les :

– annulations de séances :

- liées au patient (non présentation),
- et à l'établissement (récusation, dossier incomplet) ;

– transformations en hospitalisation complète, et en connaître les causes ;

– absentéisme des patients.

Réduire le nombre de ces incidents organisationnels.

Action envisagée

Mettre en place une fiche de traçabilité de ces événements « indésirables ».

Mise en œuvre

Les étapes suivies

Mise au point du tableau de recueil des informations par la direction de la qualité de la polyclinique

À partir du mois de janvier 2006, ont été quotidiennement comptabilisés les incidents suivants :

- absentéisme des patients (non présentation le jour de l'opération) ;
- déprogrammations ;
- transferts de l'ambulatoire vers l'hospitalisation complète.

Le tableau de bord a été maintenu en 2007.

Les professionnels mobilisés

La secrétaire médicale de l'UCA,
Le cadre soignant responsable de l'UCA,
Les IDE de l'UCA.

Le facteur clé de succès

Ne pas chercher de « coupable », privilégier les solutions organisationnelles ;
La qualité de la saisie ;
La volonté des personnels de faire reconnaître ces incidents ;
L'organisation d'un retour vers les professionnels de l'information suivie et des mesures prises.

Résultats

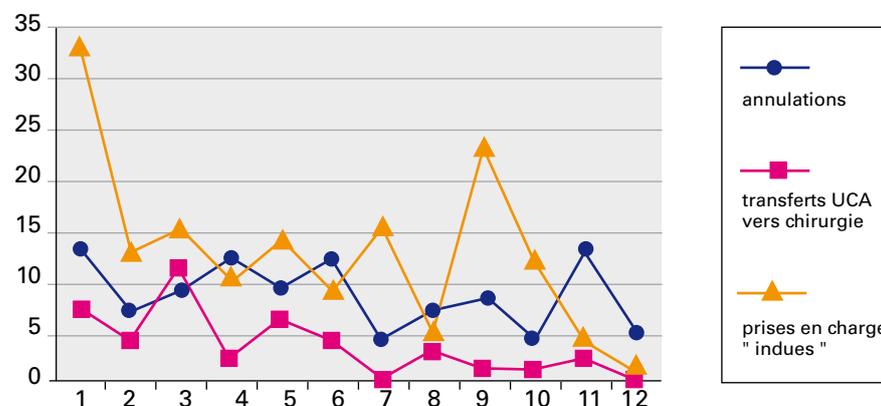
Évaluation quantitative

L'analyse des résultats de 2006 montre que :

- les annulations de séances représentent 3 % du nombre de séances réalisées :
 - 1,4 % sont dues aux patients (oubli, maladie imprévue, non respect des consignes préopératoires, confusion de dates),
 - 1,5 % sont des récusations par l'opérateur (annulation par l'opérateur, contre-indication découverte à l'entrée, absence de consultation de préanesthésie...)
- les transferts de patients de l'UCA vers la chirurgie conventionnelle représentent 1,2 % du nombre de séances réalisées :
 - 0,1 % correspondent à une réintervention (complications per ou postopératoire, hémorragie),
 - 0,8 % résultent de la demande de l'anesthésiste (complications, gestion de la douleur, malaises morphiniques),
 - 0,3 % sont causés par des retards pris par le bloc opératoire, empêchant toute sortie avant la fermeture du service.

Les hospitalisations conventionnelles prises en charges dans l'UCA (problème de disponibilité de lits dans les étages) occupent 4,5 % de la capacité d'accueil de l'UCA.

Ces « incidents » sont en constante diminution sur l'année 2006 (cf. graphique).



Commentaires des professionnels

Ce suivi des incidents a un fort « effet pédagogique ». Il permet d'une part de quantifier et de suivre les incidents, mais aussi de fournir une base de réflexion aux équipes qui « découvrent » ainsi l'aspect organisationnel de la « qualité » en chirurgie ambulatoire.

SERVICE AMBULATOIRE																							
Année 2006																							
ACTIVITE		SPECIALITES													ANNULATION DE L'INTERVENTION OU DE L'ARRIVEE					TRANSFORMATION HOSPIT AMBU EN HOSPIT CONVENTIONNELLE			HOSPIT
MOIS	Nbre de patients prévus	Stomato	ORL	Gynéco	Amnio	IVG MED	Ortho	Endosc.Pulm.	Rx Intervent.	CIP	Tranfusion	Vasculaire	DIVERS	Total des passages effectifs en ambu	Due au patient (oubli, maladie im-prévue, annulation, jeun préop non respecté)	Discordance entre la date donnée au patient et la programmation	Annulation par l'opérateur	Absence de CS-ARE	Total des annulations	Réintervention (complications per ou postopératoire)	Complications, demande de l'anesthésiste ...	Total des patients hospitalisés en HC	Absence de place a/n étages, problème de lits ...
1	272	96	13	93	8	11	20	15	13	14	3	8	29	323	7	1	4	0	13	0	5	7	33
														118,8 %					4,8 %			2,2 %	10,2 %
2	292	119	23	62	5	4	12	15	8	13	0	10	20	291	3	1	1	1	7	0	3	4	13
														99,7 %					2,4 %			1,4 %	4,5 %
3	337	95	13	96	7	5	13	12	24	22	0	8	30	340	4	1	4	0	9	2	3	11	15
														100,9 %					2,7 %			3,2 %	4,4 %
4	292	119	22	66	4	0	10	24	6	16	2	1	19	289	4	0	6	1	12	0	2	2	10
														99,0 %					4,1 %			0,7 %	3,5 %
5	263	97	8	54	8	2	9	20	15	20	0	3	23	259	3	0	6	0	9	0	6	6	14
														98,5 %					3,4 %			2,3 %	5,4 %
6	331	161	17	44	7	4	11	21	9	11	0	1	40	326	5	3	4	0	12	0	3	4	9
														98,5 %					3,6 %			1,2 %	2,8 %
7	278	122	20	55	9	9	5	26	9	10	0	0	25	290	0	0	4	0	4	0	0	0	15
														104,3 %					1,4 %			0,0 %	5,2 %
8	254	74	5	74	17	7	11	15	6	11	0	0	26	246	2	0	2	3	7	0	3	3	5
														96,9 %					2,8 %			1,2 %	2,0 %
9	112	95	11	56	12	12	7	22	10	13	0	1	32	271	2	1	4	1	8	1	0	1	23
														242,0 %					7,1 %			0,4 %	8,5 %
10	226	160	9	69	12	3	19	17	13	7	0	2	32	343	1	0	3	0	4	0	1	1	12
														151,8 %					1,8 %			0,3 %	3,5 %
11	296	121	14	50	11	3	16	23	12	10	0	1	18	279	7	0	5	1	13	0	2	2	4
														94,3 %					4,4 %			0,7 %	1,4 %
12	183	72	3	32	8	5	4	13	4	13	1	2	24	181	4	0	1	0	5	0	0	0	1
														98,9 %					2,7 %			0,0 %	0,6 %
TOT	3136	1331	158	751	108	65	137	223	129	160	6	37	318	3438	42	7	44	7	103	3	28	41	154
		39 %	5 %	22 %	3 %	2 %	4 %	6 %	4 %	5 %	0 %	1 %	9 %	109,6 %	41 %	7 %	43 %	7 %	3,0 %	7 %	68 %	1,2 %	4,5 %

CA Action mise en œuvre**3.4 Développer un outil de suivi trimestriel de l'activité ambulatoire à partir des données du PMSI (SuivChirAmb et SuivCPOM)**

Mise en œuvre	Tous les établissements
Domaine d'application	Suivre et reporter l'activité
Indicateur de suivi	Taux de renseignement des indicateurs
Indicateur de résultat	Indicateurs de l'outil

Rappel de la problématique

Le fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire peut constituer un enjeu important pour un établissement :

- engagement vis-à-vis de la tutelle ;
- modifications importantes dans son fonctionnement (transfert d'activité...) ;
- investissements importants...

Ainsi, il est important que soit disponible un outil permettant le suivi macroscopique de l'activité chirurgicale, pour rendre compte à la direction et aux tutelles, de l'effort des équipes chirurgicales et d'anesthésie, du respect des engagements contractuels (CPOM) ou encore des objectifs d'un « business plan ». Un tel outil favorise en outre le pilotage stratégique de l'unité en permettant de « rendre compte » en interne (direction, autres services, communauté médicale...).

Objectifs

Développer un outil de pilotage stratégique de l'UCA, basé sur l'exploitation des données du PMSI selon 3 principes :

- possibilité de suivi et de reporting des indicateurs en interne ;
- possibilité de suivi et de reporting de l'atteinte des objectifs fixés au CPOM au regard de la chirurgie ambulatoire ;
- valorisation des informations déjà existantes de façon à générer un coût de l'information réduit.

Actions envisagées

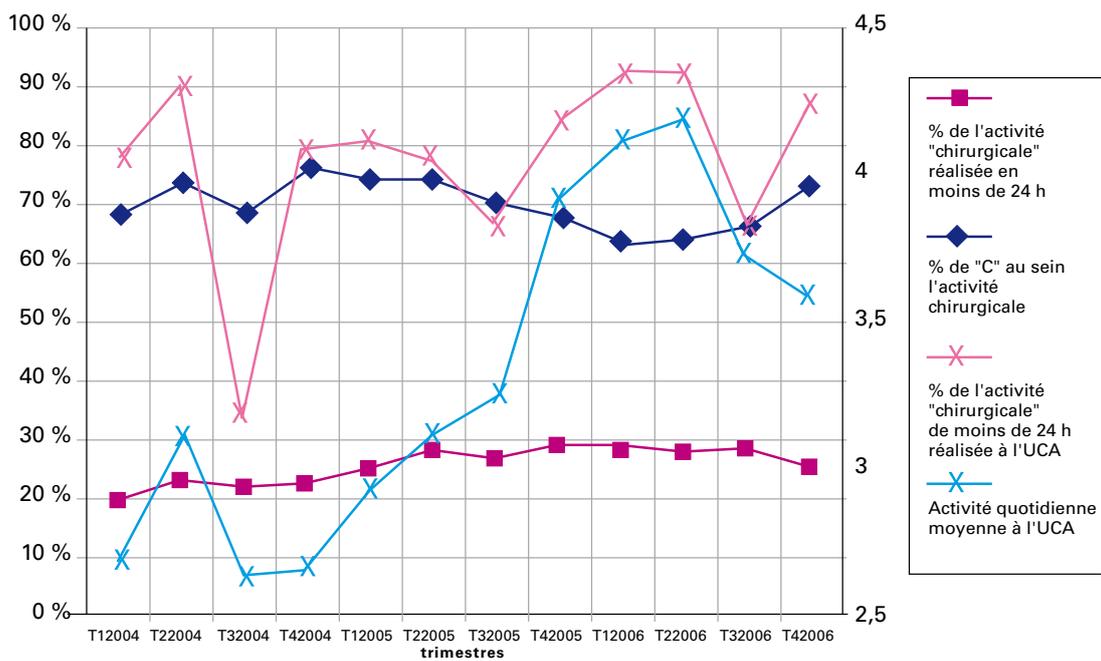
Extraire de la base de données PMSI de l'établissement les fichiers RSS correspondant à l'activité chirurgicale de l'établissement. Calculer les indicateurs à partir de ces fichiers sur un rythme trimestriel.

Suivre ces indicateurs en routine.

Mise en œuvre**Reporting interne**

Quatre indicateurs principaux ont été définis lors du chantier pilote :

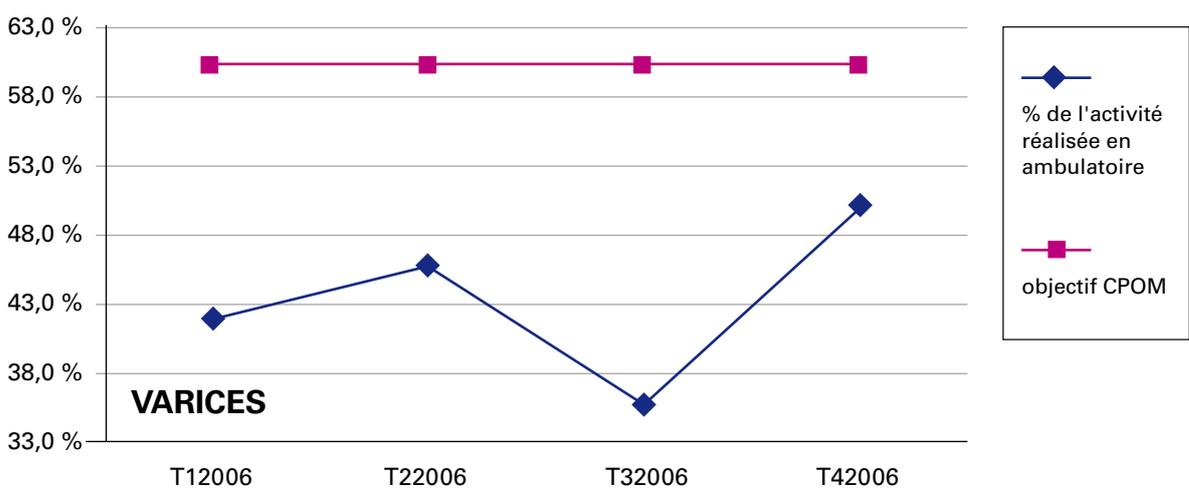
1. % de l'activité « chirurgicale » réalisée en moins de 24 h (en séjours) ;
2. % de séjours avec actes classants dans l'activité chirurgicale de moins de 24 h ;
3. % de l'activité chirurgicale de moins de 24 h réalisée à l'UCA ;
4. nombre de passages quotidiens moyen au cours du trimestre.



Reporting externe

Suivi de l'évolution de l'activité des cinq actes marqueurs en rapport avec les objectifs fixés au CPOM, à savoir :

- cataracte ;
- arthroscopie ;
- extractions dentaires ;
- adénoïdo-amygdalectomie ;
- varices.



Résultats

Le suivi est maintenant réalisé tous les trimestres pour tous les établissements de l'étude.

Avis des consultants

« Cet outil présente l'intérêt pour les établissements de pouvoir suivre de façon macroscopique l'évolution de l'activité de chirurgie ambulatoire. En outre, la possibilité de pouvoir faire du reporting à l'ARH sur les CPOM est une facilité supplémentaire pour les établissements. »

« Le DIM peut renforcer sa position en contribuant efficacement au dialogue de gestion. »

Pour aller plus loin

Une application informatique construite autour de cet outil permettant d'automatiser l'extraction des données et le calcul des indicateurs a été développée et est à la disposition des DIM sur le site Internet de la MeaH. Elle permet de produire ces courbes de tendance en routine sans surcharger les DIM.

Un suivi mensuel de ces indicateurs permettrait un pilotage plus fin. L'existence de l'outil automatisé pourrait faciliter cette évolution.

CA Action mise en œuvre

3.5 Préparer et animer une réunion de service	
Mise en œuvre	CHU de Reims
Domaine d'application	Management
Indicateurs de suivi	Nombre de staffs tenus Participation des coordinateurs médicaux
Indicateur de résultat	–

Rappel de la problématique

Dans un contexte de création d'une unité de chirurgie ambulatoire, la coordination médicale doit s'investir sur un plan d'actions opérationnelles à court terme pour affiner l'organisation, aplanir les difficultés et mettre l'UCA sur de bons rails.

Objectifs

Disposer d'une structure de réunions orientée vers le pilotage d'actions d'organisation ou de communication pour contribuer au démarrage de l'activité ambulatoire dans les meilleures conditions.

Mettre en place une « gestion d'entreprise » plus dynamique : maîtriser les processus, identifier les « clients » et développer l'activité.

Mise en œuvre

Définir le principe du staff.

Mettre en place des outils pour en alléger au maximum le fonctionnement.

Détail de la mise en œuvre

Le staff « organisationnel » a pour objectif de :

- étudier et évaluer l'activité et la prise en charge du patient à partir des tableaux de bord ;
- se fixer des objectifs pour améliorer le service rendu ou résoudre des dysfonctionnements ;
- mettre en place des actions évaluables au regard des objectifs.

Le rythme : 1 réunion d'une heure par quinzaine le lundi, avec les :

- coordonnateur principal ;
- coordonnateur adjoint ;
- cadre UCA ;
- cadre supérieur ;
- +1 invité maximum si un point spécifique est à traiter.

La conduite de la réunion :

Ordre du jour :

- 15' – Suivi des indicateurs: occupation, évolution, dysfonctionnements... ;
- 30' – Travail sur 1 thème: 10' présentation +15' discussion +5' action ;
- 15' – autres points, dates, brèves, conclusions ;

Le secrétariat est assuré par le cadre.

Outils particuliers :

- CR de réunion préformaté, mis au propre et diffusé aux participants le jour-même ;
- tableau de bord de l'activité (registre patients + graphes...).

Évaluation

Évaluation quantitative

100% des staffs programmés tenus, soient 11 staffs, pour 30 semaines calendaires avec une plage de 4 semaines pendant lesquelles l'UCA a été fermée, soit près de 90 % de staffs tenus au rythme initial. Exemples de thèmes abordés :

- choix des indicateurs ;
- circuit du dossier patient ;
- rappel du lendemain ;
- prépa conseil de gestion ;
- page UCA sur le site CHU ;
- la douleur postopératoire ;
- horaires de convocation ;
- organisation journée off ;
- horaires des secrétaires ;
- questionnaire satisfaction ;
- tarification des actes ;
- tableau de bord ;
- annulations ;
- archives...

Commentaire des professionnels

« Une réunion indispensable pour tenir les membres du staff au courant des évolutions de l'unité (pour les coordonnateurs médicaux qui ne sont pas à temps plein sur le site). »

« Utilisation trop passive des tableaux de bord d'activité et des fiches de dysfonctionnements. »

« Manque de préparation de la réunion, travail peu porté sur l'action. »

Avis des consultants

Un staff efficace impose une préparation de l'ensemble des participants. Dans l'expérience du CHU de Reims, le fonctionnement repose encore trop sur le cadre de l'UCA...

CA Action mise en œuvre

3.6 Mettre en place une revue des dossiers	
Mise en œuvre	Polyclinique de Bordeaux Nord-Aquitaine
Domaine d'application	Renforcer le pilotage de l'activité
Indicateurs de suivi	Taux d'appels de la veille Taux de rappels du lendemain Nombre et qualité des signataires de l'aptitude à la rue
Indicateur de résultat	Indicateurs de suivi des incidents organisationnels (cf. fiche 3.3)

Rappel de la problématique

Initialement, la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire n'incluait pas d'appel de la veille dans l'établissement⁽³⁾. Le rappel du lendemain⁽⁴⁾ n'était pas non plus en vigueur, excepté pour les patients ayant présenté des problèmes en soins postopératoires. En outre, l'autorisation de sortie n'était signée que dans 90 % des cas et uniquement par le chirurgien.

L'établissement a décidé de mettre en œuvre de nouvelles procédures : appel de la veille, signature de l'aptitude à la rue, appel du lendemain ciblé. L'évaluation de leur application effective, bien qu'essentielle s'est avérée difficile du fait des limites des applicatifs informatiques de l'établissement.

Objectifs

Instituer un contrôle aléatoire de la qualité des informations saisies dans les dossiers des patients de l'UCA.

Systématiser l'usage des procédures de communication avec les patients.

Action envisagée

Mettre en place selon une fréquence régulière une revue des dossiers de l'UCA. Les points de contrôle portent sur :

- l'appel de la veille (fait / non fait, personne non contactée...) ;
- le rappel du lendemain ;
- la mise à la rue (signée / non signée, qualité du ou des signataires) ;
- contenu du dossier (exhaustivité des pièces, qualité de la saisie des données).

Mise en œuvre

Les étapes suivies

Le contrôle des dossiers a été initié en juillet 2006 avec le consultant en charge de l'assistance à l'établissement.

Ce contrôle a ensuite été effectué à 2 reprises par le consultant et la responsable qualité de l'établissement pour permettre un transfert de compétences.

Il a alors été réalisé en routine par la cadre de l'UCA sur un rythme mensuel.

(3) Cf. fiche 1.3 : « Mettre en place un appel de la veille, ciblé ou systématique ».

(4) Cf. fiches 3.8 : « Mettre en place l'appel du lendemain » et 3.9 : « Organiser et fiabiliser la traçabilité des appels du lendemain ».

Les clés du succès

Le contrôle est rapide (1 à 2 minutes par dossier).

Le nombre de dossiers à examiner pour valider le contrôle n'est pas important (10 à 20 dossiers par mois).

Les procédures sont faciles à vérifier (feuillet présents ou non, signatures apposées ou non...).

L'archivage des dossiers est proche de l'UCA.

Résultats

Évaluation quantitative

Le nombre de dossiers vérifiés est croissant (11 en juillet, 20 en octobre, 37 en novembre).

L'appel de la veille a désormais un caractère systématique (supérieur à 95%).

Les problèmes concernant la signature de l'aptitude à la rue sont en diminution.

Commentaires des professionnels

Cette action pallie le caractère fruste du système d'information de l'établissement, néanmoins c'est la seule façon de vérifier la qualité de la tenue des dossiers.

Ce contrôle doit être fait sous l'égide de la responsable qualité de l'établissement et associer le médecin responsable du DIM.

Les résultats des revues de dossiers doivent figurer dans le tableau de bord de l'UCA et être portés à la connaissance des praticiens (chirurgiens, anesthésistes) et des personnels soignants.

Pour aller plus loin

Cette procédure de revue de dossier pourrait s'intégrer dans la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Patient n°	Praticien	Spécialité	Appel de la veille	Signature aptitude à la rue	Signataire	Heure d'arrivée	Heure de bloc programmée
1	GE	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	7h30	9h30
2	DE	Gynécologie	oui	oui	chirurgien	9h00	9h48
3	GE	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	9h00	12h27
4	CO	Cardiologie	oui	non		8h00	?
5	MI	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	10h15	13h00
6	MI	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	10h00	15h00
7	MI	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	7h30	9h15
8	MI	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	8h30	10h00
9	MI	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	10h00	?
10	DE	Gynécologie	non	oui	chirurgien	10h30	11h14
11	MO	Pneumologue	injoignable	oui	chirurgien	10h05	?
12	GE	Stomatologie	injoignable	oui	chirurgien	8h15	10h15
13	DO	Pneumologue	oui	non		?	10h00
14	MI	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	9h00	11h15
15	MI	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	9h00	10h30
16	BO	Vasculaire	injoignable	non		8h00	10h20
17	PE	Orthopédie	oui	non		8h00	11h49
18	MI	Stomatologie	injoignable	oui	chirurgien	8h00	8h15
19	MI	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	9h30	12h15
20	MI	Stomatologie	oui	oui	chirurgien	9h30	11h30
nombre de défauts (sur 20)			1	4	4	1	3

CA **Action mise en œuvre**

3.7 Formaliser le circuit du dossier patient	
Mise en œuvre	CHI de Fréjus – Saint-Raphaël
Domaine d'application	Améliorer l'organisation de l'UCA
Indicateur de suivi	L'accès au dossier à toutes les étapes de la prise en charge
Indicateur de résultat	Taux de dossiers indisponibles

Rappel de la problématique

Le dossier patient joue un rôle important dans l'organisation de la prise en charge ambulatoire. La connaissance et la maîtrise du circuit de ce dossier peuvent permettre une maîtrise plus grande du processus de production des soins ambulatoires.

C'est dans cette optique que les responsables de l'UCA du CHI de Fréjus – Saint-Raphaël ont formalisé le circuit du dossier patient.

Objectif

Garantir l'accessibilité de tout dossier à toutes les étapes de la prise en charge de chaque patient pour tous les acteurs, qu'ils soient médecins anesthésistes, chirurgiens, secrétaires, IDE...

Procédure

Lors de la consultation de chirurgie ou de médecine

Le chirurgien ou l'opérateur ouvre un dossier médical :

- une fiche de liaison spécifique à l'ambulatoire est renseignée par le praticien. Elle comprend les coordonnées du patient, l'intervention, l'identité du chirurgien, le matériel à prévoir ;
- certains chirurgiens programment sur un agenda électronique partagé, d'autres sur un agenda papier.

À la sortie de consultation :

La secrétaire médicale de la consultation :

- note sur un agenda papier, la date de l'intervention, sa nature ;
- transmet ces renseignements à la secrétaire de la chirurgie ambulatoire par messagerie ;
- remet au patient les documents suivants : questionnaire d'anesthésie, rendez-vous d'anesthésie préalable à l'intervention, questionnaire maladie Creutzfeldt-Jakob, autorisation d'opérer (s'il s'agit d'un mineur), certificat de pré-admission⁽⁵⁾ ;
- ouvre un dossier de soins infirmiers spécifique à l'ambulatoire qui est intégré dans le dossier du patient et sera renseigné à toutes les étapes de la prise en charge, garantissant ainsi la traçabilité des documents remis et des informations données.

(5) En général, la pré-admission est faite lors de la consultation d'anesthésie, afin d'organiser le mieux possible la journée ambulatoire et de respecter les horaires indiqués.

Lors de la consultation d'anesthésie

Le médecin anesthésiste :

- ouvre le dossier d'anesthésie qui sera inclus dans le dossier du patient, après confirmation de la réalisation de l'intervention en chirurgie ambulatoire ;
- remet au patient les documents relatifs à la prise en charge en ambulatoire.

La secrétaire médicale de la consultation d'anesthésie :

- remplit le dossier de soins infirmiers :
 - documents remis au patient par le médecin anesthésiste,
 - les bilans complémentaires à réaliser ;
- vérifie si la pré-admission est réalisée, sinon rappelle au patient de la faire après la consultation d'anesthésie, au bureau des entrées ;
- transmet le dossier complet du patient au secrétariat de chirurgie ambulatoire.

La secrétaire de la chirurgie ambulatoire récupère chaque jour les dossiers des patients programmés et confirmés par l'anesthésiste comme relevant de la chirurgie ambulatoire, ainsi que les étiquettes de pré-admission.

Tous les vendredis

La secrétaire de la chirurgie ambulatoire vérifie l'intégrité des dossiers médicaux, y compris dossier d'anesthésie et de soins et récupère les bilans, s'ils ont été réalisés dans l'établissement.

La veille de l'intervention à l'UCA

L'IDE contrôle chaque dossier de soins des patients programmés le lendemain, et les complète en assurant la traçabilité sur le contact téléphonique. Si un problème est identifié dans un dossier, elle le signale sur la pochette, afin de le régler dès l'arrivée du patient.

Le jour de l'intervention

La secrétaire de la chirurgie ambulatoire remet à l'IDE les résultats des examens si besoin. L'IDE ou la secrétaire médicale prépare le dossier de chaque patient dans une pochette, ajoute une cassette pour que le chirurgien puisse dicter le compte rendu opératoire dès la fin de l'intervention, agrafe sur la pochette de chaque patient la feuille de cotation pour la CCAM, pour que le chirurgien puisse coter les actes dès la fin de l'intervention.

En peropératoire

Dès la fin de l'intervention, le chirurgien cote l'acte opératoire, dicte le compte rendu opératoire et remet la cassette dans la pochette du dossier du patient.

En postopératoire

L'IDE assure la traçabilité dans le dossier de soins de chaque patient et inscrit les soins prodigués, ainsi que la surveillance de la prise en charge de la douleur.

La secrétaire médicale récupère la cassette et frappe le compte rendu opératoire, à partir de comptes rendus types, de lettres types par opérateurs, ainsi que des ordonnances. Elle prépare également les papiers de sortie.

Dès que l'aptitude à la rue est signée, la secrétaire prépare les papiers de sortie : lettre pour médecin traitant, ordonnance pour IDE, ordonnance, arrêt de travail, rendez-vous de suivi et fait signer le document de sortie.

L'IDE, dès que la sortie du patient est signée, renseigne le dossier de soins infirmiers sur le traitement à suivre, la personne accompagnante, l'ordonnance de sortie, la lettre au médecin traitant, les rendez-vous ultérieurs, ainsi que la surveillance des patients réalisée en postopératoire.

La secrétaire médicale renvoie le dossier complet de chaque patient au service dont il dépend. Ce dossier est conservé au secrétariat de ce service jusqu'à la consultation postopératoire et sera ensuite transmis aux archives centrales de l'hôpital.

Résultats

Évaluation quantitative

Cette démarche n'a pas fait l'objet d'une évaluation. Quelques dysfonctionnements ont été identifiés d'emblée et sont liés au non respect de la procédure par certains opérateurs, réfractaires à la pratique en place, qui préfèrent dicter leurs comptes rendus dans leur service à leur secrétaire personnelle et non à celle de l'ambulatoire, lors de la contre-visite en début ou fin d'après-midi.

Cette pratique, certes minoritaire (2 chirurgiens sur 17) a des répercussions sur l'organisation du circuit patient en générant une attente supplémentaire du patient et un retard sur l'horaire de sortie prévu et sur l'organisation de l'UCA, en particulier sur le travail de la secrétaire médicale.

Avis des consultants

Le respect de la procédure par tous les chirurgiens en poste facilite le travail de la secrétaire, mais surtout lui permet de mieux préparer la sortie des patients et d'améliorer l'organisation et d'augmenter la rotation des places à l'UCA.

Pour aller plus loin

Lors de notre démarche, nous avons travaillé sur le respect des procédures et en particulier sur le circuit du dossier patient. Les pratiques ont été modifiées, un des chirurgiens a changé ses pratiques. Il est donc nécessaire de poursuivre la démarche.

L'informatisation du dossier de soins pourrait aider au respect des procédures en place.

Exemple du logigramme du circuit du dossier patient en CUA (CHU de Reims)



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

LA SEMAINE PRÉCÉDENTE Secrétaires des services de chirurgie Secrétaires UCA	1. Arrivée des dossiers des patients Secrétariats chirurgie => secrétariat UCA	
J 1 Passage au bloc opératoire et en SSPI : le dossier suit le patient. Il est déposé sur le fauteuil ambulatoire		
J 1 IDE UCA	7. Retour dans l'unité <u>Prise de connaissance</u> de la surveillance, des prescriptions <u>Transmissions écrites</u>	Chariot des dossiers PC Infirmier
Secrétaires UCA	8. <u>Préparation pour la sortie</u> , frappe des courriers, CR opératoire, prescriptions et Classement pour départ	Chariot caddie de départ des dossiers
Secrétaires UCA	9. <u>Retour des dossiers</u> dans les différentes unités de chirurgie, partie anesthésie en SSPI en fin de journée	

CA Action mise en œuvre

3.8 Mettre en place l'appel du lendemain	
Mise en œuvre	CHI de Fréjus – Saint-Raphaël
Domaine d'application	Renforcer le pilotage de l'unité
Indicateur de suivi	% de patients ayant bénéficié d'appels téléphoniques du lendemain sur la période observée
Indicateur de résultat	Taux d'appels par rapport au nombre de patients opérés en ambulatoire sur la période observée

Rappel de la problématique

L'UCA du CHI Fréjus – Saint-Raphaël a été ouverte en octobre 2004, avec une organisation structurée et mature, dotée d'outils de pilotage. À l'ouverture de l'unité, si l'équipe en poste avait mis en place un appel de la veille, elle n'avait pas jugé utile de mettre en place l'appel du lendemain.

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des patients, l'équipe de l'UCA s'est interrogée sur l'impact d'une telle mesure, en particulier auprès d'une clientèle souvent âgée. Les résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès des patients ont levé ces interrogations puisque 77 % des patients jugeaient nécessaire d'être appelé le lendemain.

L'équipe de l'UCA s'est donc résolue à mettre en œuvre un appel du lendemain.

Objectif

Évaluer le retour à domicile des patients.

Mesurer l'impact et l'intérêt de l'appel téléphonique du lendemain pour les patients.

Mettre en place l'appel du lendemain pour tous les patients opérés en chirurgie ambulatoire et évaluer les résultats pour renforcer la continuité des soins.

Mise en œuvre

Cette action a été planifiée par le coordonnateur médical et le cadre de santé de l'unité, dès l'exploitation des résultats de l'enquête de satisfaction auprès des patients accueillis à l'UCA. Ces deux professionnelles responsables de l'organisation ont d'emblée défini que les infirmières de l'unité déjà en charge de l'appel de la veille seraient également chargées de l'appel du lendemain.

Un groupe de travail a été mis en place, associant ces professionnelles, avec comme finalités, de définir l'organisation, le déroulement des appels, la rédaction de la procédure d'appel, la saisie et l'analyse des résultats.

Tous les utilisateurs de la structure ont été informés de la démarche entreprise dès sa mise en place en janvier 2006.

La procédure définie et appliquée est la suivante :

- Les patients, lors de leur séjour en ambulatoire, sont informés qu'ils seront appelés le lendemain, par le biais des documents qui leur sont remis. Ces informations sont complétées par les informations délivrées lors de la sortie de l'unité, par les IDE et la secrétaire médicale.

En fin de matinée, une des IDE de l'UCA appelle tous les patients qui ont été opérés la veille en ambulatoire. Elle accède aux informations qui lui sont nécessaires, par le biais du logiciel de l'unité, (nom, âge, intervention, antécédents éventuels et suites opératoires immédiates...). Elle discute librement avec le patient, puis réalise un entretien basé sur les items du questionnaire.

L'appel évalue trois axes majeurs :

- le retour à domicile à travers l'état physique (lors du trajet, la nuit et le lendemain matin) ;
- l'état moral ;
- l'appréciation de l'appel téléphonique par le patient.

L'IDE saisit les réponses sur l'ordinateur de l'unité, afin qu'elles puissent être analysées.

Tous les mois le cadre de santé analyse les différents items du tableau de bord de l'unité et fait part des résultats aux différents professionnels de l'unité, afin de suivre l'évolution des mesures mises en place et l'impact sur les patients.

L'analyse des résultats doit permettre de savoir si les protocoles thérapeutiques sont satisfaisants pour les patients, si l'information qui leur est donnée est adaptée et suffisante et enfin, si l'appel téléphonique en lui-même apporte satisfaction.

Résultats

Évaluation quantitative

Présentation des 6 premiers mois de relevés des appels du lendemain :

Mois	Nb interventions / mois	Nb problèmes postopératoires
Janvier	153	9 (5,9 %)
Février	156	8 (5,0 %)
Mars	154	3 (1,9 %)
Avril	132	4 (3,0 %)
Mai	155	2 (1,3 %)
Juin	153	4 (2,6 %)
Juillet	103	2 (1,9 %)

Les principales causes de problèmes postopératoires constatées sont :

- 56,0 % liées à la douleur postopératoire ;
- 12,5 % liées aux saignements ;
- 12,5 % liées à l'apparition d'une fièvre.

En première analyse, il semble que l'appel du lendemain soit un bon outil pour l'évaluation du retour à domicile, en particulier auprès d'une population âgée. Les patients l'ont jugé utile pour la continuité des soins en chirurgie ambulatoire. Ils en gardent une connotation positive et rassurante.

Pour les IDE, les points considérés comme positifs sont d'une part la sensation de la continuité des soins, grâce à la connaissance de l'état des patients, lors du retour à domicile et d'autre part l'évaluation qualitative des soins apportés.

Les IDE n'ont opposé aucune difficulté à réaliser cette charge de travail, car elles étaient déjà très impliquées dans l'appel de la veille et estiment que cet appel est complémentaire pour une prise en charge ambulatoire de qualité.

Commentaires des professionnels

« Cette démarche a pour vocation de rassurer les patients, voire les opérateurs et les inciter à pratiquer d'autres actes en ambulatoire. »

« Ces appels du lendemain permettent la continuité des soins et l'anticipation des complications postopératoires. »

« Ces appels du lendemain doivent permettre d'améliorer l'information des futurs patients (boucle de capitalisation). »

Pour aller plus loin

Au regard de ces résultats, où la douleur s'avère être la cause principale des suites opératoires ambulatoires compliquées, l'équipe en poste doit maintenant analyser les protocoles thérapeutiques. Une mesure corrective a déjà été mise en place pour y remédier : dorénavant tous les patients sortent avec une ordonnance d'antalgiques⁽⁶⁾.

(6) Cf. fiche 1.23 : « Rédiger systématiquement des ordonnances d'antalgiques ».

CA Action mise en œuvre

3.9 Organiser l'exécution et fiabiliser la traçabilité des appels du lendemain	
Mise en œuvre	CH de Meaux
Domaine d'application	Améliorer la prise en charge
Indicateurs de suivi	Nombre d'appels tracés Typologie de réponses
Indicateurs de résultat	Augmentation du pourcentage d'appels tracés Diminution du pourcentage d'appels sans réponse (faux numéro, répondeur) Amélioration de la prise en charge des patients

Rappel de la problématique

La bonne pratique ambulatoire implique un rappel à J+1 pour savoir :

- comment s'est déroulée la nuit du patient (douleur, nausée, maux de tête, maux de gorge...);
- si le patient a dû appeler son médecin traitant, le chirurgien de l'hôpital ou se rendre aux urgences ;
- si les médicaments contre la douleur ont été pris et jugés efficaces ;
- si les instructions transmises pour sa sortie ont été suffisamment claires ;
- quelle est l'appréciation globale du patient sur la prise en charge en ambulatoire de son intervention...

La réalisation de ce rappel est confrontée à plusieurs problématiques :

- savoir qui dans l'hôpital rappelle les patients du vendredi. Habituellement, ce sont les infirmières de l'UCA qui rappellent les patients, mais l'UCA est fermée le samedi ;
- disposer d'un numéro de téléphone fiable et d'un moment pour rappeler le patient ;
- les dysfonctionnements vont de saisies incorrectes du numéro lors de l'entretien de sortie avec le patient aux déclaratifs volontairement erronés des patients, en passant par les passants injoignables avec message laissé sur le répondeur ou à la famille le cas échéant. Les cas de fausses déclarations sont fréquents au CH de Meaux, sans doute associés au type de recrutement du site.

Objectifs recherchés

Suivre en routine le devenir des tentatives de rappel.

Fiabiliser la traçabilité de ce rappel.

Engager des démarches d'amélioration de la prise en charge sur l'analyse des déclarations des patients.

Mise en œuvre

Décrire l'organisation du rappel, analyser la traçabilité existante et identifier les défaillances.

Mettre en place une mesure en routine des taux d'enregistrement.

Fiabiliser cette traçabilité.

Détail de la mise en œuvre

Tous les patients de l'UCA ne nécessitent pas de rappel du lendemain :

- les patientes des IVG ne sont pas rappelées (ni la veille de leur passage d'ailleurs) pour des raisons évidentes de confidentialité et psychologiques ;
- les patients des cataractes sont systématiquement revus en consultation le lendemain de leur passage à l'UCA. On considère que le point sur le déroulement de leur nuit est fait à cette occasion et qu'un rappel serait superflu.

Du mardi au vendredi, les soignants de l'UCA rappellent les patients de la veille en fin de matinée. Ils notent à la main sur le cahier de l'UCA, à la page de la veille et à côté de chaque nom de patient, une information sommaire pour dire si « patient joint » et « TVB » (tout va bien) ou « RAS », ou une remarque sur la complication éventuellement rencontrée par le patient, ou enfin « répondeur » ou « injoignable » selon le devenir de la tentative de rappel.

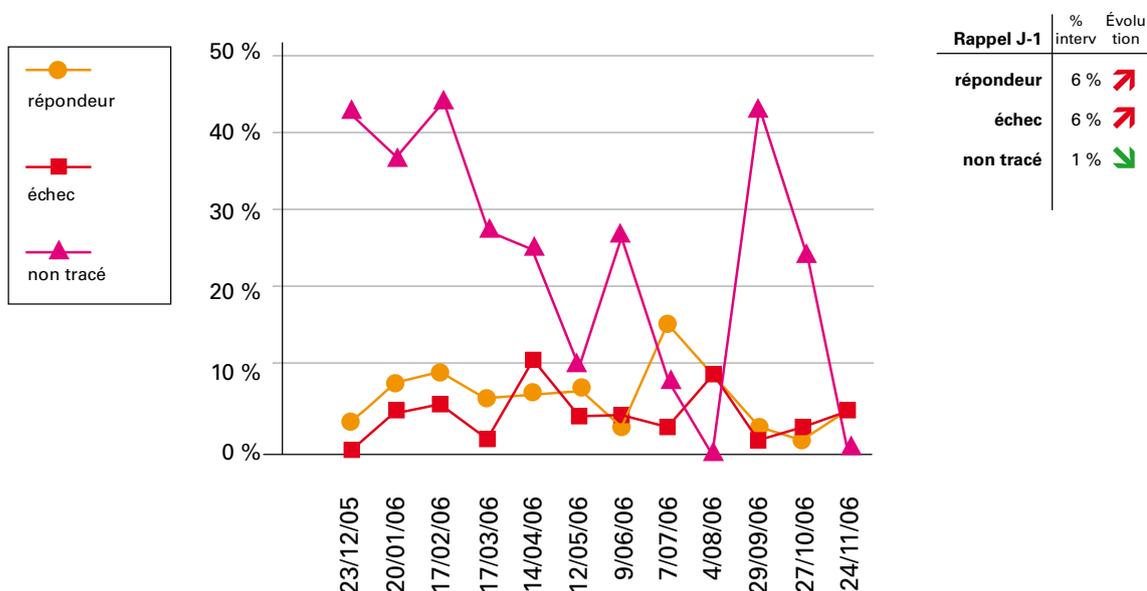
Au CH de Meaux, il a été décidé de confier le soin de réaliser l'appel du lendemain aux soignants de la SSPI pour les patients opérés le vendredi. Cette modalité a été d'autant plus facile à mettre en place que les personnels tournent entre les différents secteurs, et sont donc sensibilisés à la chirurgie ambulatoire.

Le vendredi, le personnel de l'UCA fait une photocopie du cahier et la confie aux personnels de la SSPI.

Ceux-ci notent sur cette feuille le devenir de l'appel du lendemain, d'une façon similaire au personnel de l'UCA.

Cette feuille revient à l'UCA pour archivage (collée dans le cahier à la page du jour).

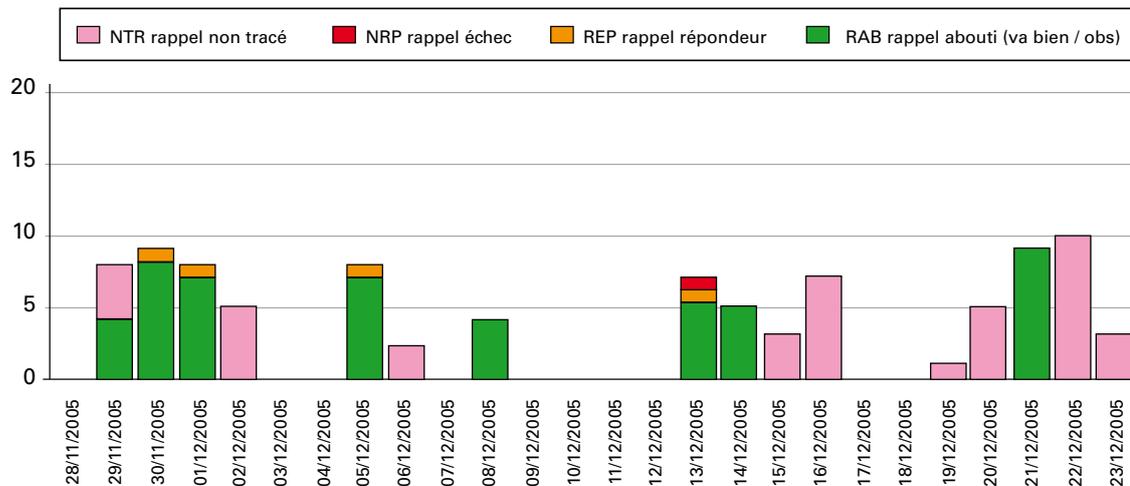
Le tableau de bord mis en place inclut un graphe concernant le rappel du lendemain, pour l'instant spécialisé sur les aspects organisationnels⁽⁷⁾.



Le tableau de bord a été complété par une analyse journalière pour identifier l'importance du (dys)fonctionnement particulier du vendredi par rapport aux autres jours.

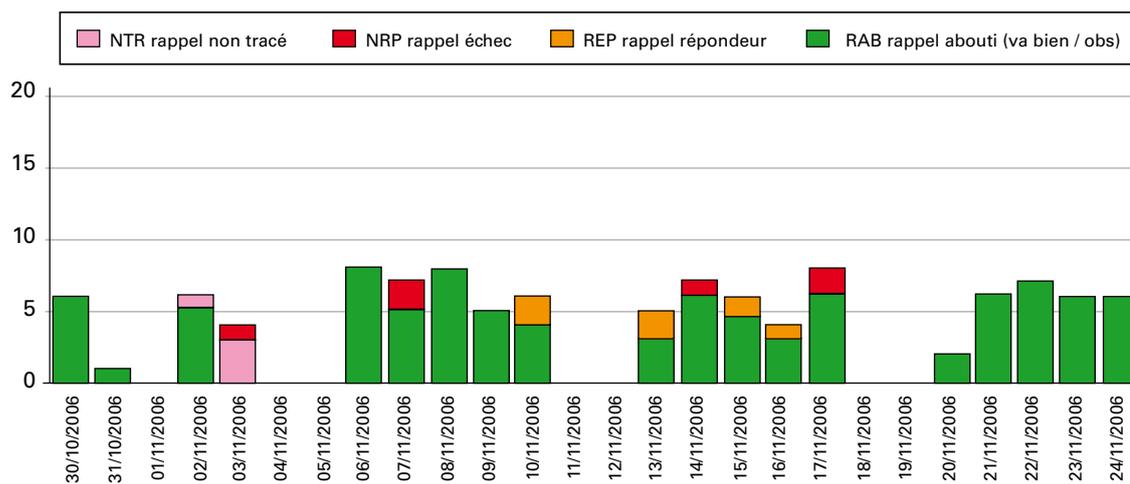
(7) Cf. fiche 3.1 : « Mettre en place un tableau de bord ».

Indicateurs qualité de l'UCA par jour pendant la période



Sur l'exemple présenté ici, si les périodes de non traçabilité concernent souvent le vendredi, les autres jours sont également concernés. Il est important de constater que c'est l'intégralité de la traçabilité du jour qui dysfonctionne en général et pas seulement certains rappels. Un tel constat oriente plutôt vers une question de pratiques des soignants en charge de l'UCA ces jours-là.

Les actions de communication / sensibilisation de la cadre de l'UCA auprès des soignants ont permis de diminuer le taux de rappels non tracés. Au début de l'été, ce taux était proche de 0. À la rentrée, il s'est de nouveau élevé à 40 % de non-tracés, et une nouvelle sensibilisation a été menée, avec des effets plus rapides. Le tableau de bord a été utilisé à cette occasion pour motiver les acteurs.



Évaluation

Évaluation quantitative

Passage de 40 % de rappels non tracés à 0 % en moins d'un an. Ceci reste à stabiliser par une démarche en continu.

L'analyse du tableau de bord est faite par le cadre de l'UCA, et discutée en staff UCA⁽⁸⁾.

Avis des consultants

Le tableau de bord a permis d'objectiver au second semestre ce qui était perçu comme un dysfonctionnement latent au premier semestre.

Pour aller plus loin

Avec une traçabilité stabilisée, le CH de Meaux peut engager deux actions complémentaires :

- étudier les taux de rappels en échec pour faux numéro et essayer de corriger ce point. À cet égard des démarches de rappels le jour J lorsque le patient est présent ont parfois été expérimentées ;
- étudier les déclarations des patients, ce qui imposerait d'avoir un support informatisé pour les noter (cf. CHU de Reims), puis prendre des actions d'amélioration des critères d'éligibilité ou de la prise en charge en conséquence.

(8) Cf. fiche 3.5 : « Mettre en place une réunion de service ».

CA Action mise en œuvre

3.10 Mettre en place une enquête de satisfaction auprès des patients accueillis à l'UCA	
Mise en œuvre	CHI Fréjus – Saint-Raphaël
Domaine d'application	Améliorer le circuit de prise en charge
Indicateur de suivi	% de questionnaires de satisfaction sur la période observée
Indicateur de résultat	Scores de satisfaction

Rappel de la problématique

Dans le cadre de toute activité de soins, les patients sont invités à répondre à des enquêtes de satisfaction, ou à formaliser des plaintes ou des réclamations. La chirurgie ambulatoire étant basée sur un concept organisationnel centré sur le patient, avec l'application de règles rigoureuses, la perception des patients permet aux structures ambulatoires de pallier certains dysfonctionnements.

L'UCA ayant ouvert le 7 octobre 2004, avec une organisation structurée, les professionnels responsables de l'UCA au CHI de Fréjus – Saint-Raphaël ont souhaité mesurer la satisfaction de leur clientèle, après un an de fonctionnement. Cet objectif leur semblait prioritaire, compte tenu du profil des patients, plutôt âgés. C'est pourquoi en novembre 2005, une première enquête de satisfaction a été réalisée sur un panel de 144 patients et sur une période de 29 jours.

Objectif

Mesurer la satisfaction de la clientèle de l'UCA.

Identifier les points de dysfonctionnement, afin de faciliter la mise en place de mesures correctives ciblées en priorité sur les attentes des patients, pour éviter la réapparition de réclamations similaires.

Action envisagée

Mettre en place une enquête de satisfaction auprès des patients accueillis à l'UCA, à échéances régulières et apporter des actions correctives relatives aux points d'insatisfaction des usagers.

Mise en œuvre

Le médecin coordonnateur et le cadre de santé responsable de l'UCA ont élaboré un questionnaire de satisfaction spécifique à la prise en charge de cette structure, afin de définir les items les plus pertinents en cohérence avec les modalités de prise en charge sur :

- les informations reçues en préopératoire ;
- les conditions d'accueil et de prise en charge pendant l'hospitalisation ;
- les conditions de sortie.

La démarche et le questionnaire ont été présentés aux personnels de l'UCA.

Le document a été remis à chaque patient par la secrétaire de l'UCA, accompagné d'explications sur la démarche, à l'admission. Une urne a été placée dans le service pour collecter les réponses.

Les réponses ont été exploitées et analysées par le cadre de santé.

Des plans d'actions d'amélioration ont été proposés (par exemple sur les temps d'attente, les informations relatives au traitement et aux soins en postopératoire...)

Un document de synthèse a été formalisé et présenté aux personnels de l'UCA. Les résultats ont également été transmis à la direction.

Résultats

Évaluation quantitative

Principaux résultats :

Réponses (participation : 62,5 %)	Satisfaction
Satisfaction globale	81,0 %
Concernant :	
- les informations concernant l'hospitalisation (modalités entrée et sortie)	96,5 %
- la signalisation pour accéder à l'UCA	91,0 %
- l'appel de la veille	82,0 %
- les informations transmises par téléphone	97,8 %
- la clarté des informations transmises par le médecin anesthésiste	98,7 %
- la clarté des informations transmises par le chirurgien	97,8 %
- l'accueil	98,8 %
- la satisfaction des conditions d'hébergement	
. la chambre	100,0 %
. la propreté	100,0 %
. les repas	83,0 %
- les informations à la sortie	91,0 %
- la satisfaction de la prise en charge dans le service	100,0 %
- le principe de prise en charge en ambulatoire	98,0 %

Repérage de marges de progression permettant d'améliorer conjointement l'organisation dans le circuit de prise en charge des patients, l'organisation du service, sa performance et la satisfaction des usagers :

- l'attente avant l'intervention : 13,7 % des patients estiment avoir trop attendu, ainsi que 10,8 % après l'intervention. Les délais étant dus au retard des chirurgiens, il leur a été demandé de revoir leur organisation le jour de leurs interventions en ambulatoire ;
- la nécessité d'être contacté le lendemain de l'intervention à 77 %. Au regard de ces résultats, le service a mis en place l'appel téléphonique du lendemain, par les IDE de l'UCA.

Commentaires des professionnels

« Le taux de réponse aux enquêtes de satisfaction est globalement important, car les patients accueillis dans une structure ambulatoire acceptent volontiers d'y répondre. »

« Le niveau de satisfaction est élevé en concordance avec la littérature. »

« Les enquêtes de satisfaction permettent de suivre un indicateur essentiel, lié à la mesure de la qualité des soins. Il doit être complété par d'autres indicateurs, comme la satisfaction des professionnels, les taux d'annulation, le nombre de réadmissions, le nombre de réinterventions, les sorties retardées, la continuité des soins. »

Pour aller plus loin

Renouveler l'enquête tous les 6 mois, comparer les résultats obtenus précédemment, pour juger des actions mises en œuvre et établir des scores.

Questionnaire du CH Fréjus – Saint-Raphaël

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION CHIRURGIE AMBULATOIRE		
Pour améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le déposer lors de votre départ dans la boîte située à l'entrée du service		
Avant l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire		
Les informations concernant l'hospitalisation dans ce service ont-elles été suffisamment claires, notamment les modalités d'entrée et de sortie ?	Oui	Non
La signalisation pour vous rendre dans le service vous a-t-elle paru suffisante ?	Oui	Non
Avez vous eu un contact avec le service la veille de l'intervention ?	Oui	Non
Les informations transmises par téléphone ont-elles été suffisamment claires ?	Oui	Non
Les informations transmises par le médecin anesthésiste ont-elles été suffisamment claires ?	Oui	Non
Les informations transmises par le chirurgien ont-elles été suffisamment claires ?	Oui	Non
Pendant l'hospitalisation		
Avez-vous été satisfaits de votre accueil ?	Oui	Non
Avez vous été satisfaits de votre chambre ?	Oui	Non
Avez-vous été satisfaits de la propreté ?	Oui	Non
Les repas vous ont-ils satisfaits ?	Oui	Non
Estimez vous avoir trop attendu avant l'intervention ?	Oui	Non
Si oui savez vous pourquoi ?	Oui	Non
.....	Oui	Non
Conditions de sortie		
Les informations données à la sortie ont-elles été suffisantes ?	Oui	Non
Le médecin vous a-t-il donné des précisions sur les soins et le traitement à poursuivre à votre sortie ?	Oui	Non
Appréciez vous d'être contacté au domicile le lendemain de votre séjour ?	Oui	Non
Satisfaction globale		
Avez-vous été satisfaits de votre prise en charge dans le service ?	Oui	Non
Accepteriez vous d'être ré-hospitalisé dans le service ?	Oui	Non
Le principe de prise en charge en ambulatoire (1 journée) vous a-t-il convenu ?	Oui	Non
Avez-vous eu des problèmes pour organiser vos transports et votre retour à domicile ?	Oui	Non
Si oui pourquoi ?		
Avez-vous des commentaires à apporter :		
Quelques informations sur vous :		
Votre nom (facultatif).....		
Votre âge		
Votre intervention		
À combien de kilomètres habitez vous ?		

Questionnaire du CH d'Auxerre

ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES PATIENTS PRIS EN CHARGE dans l'Unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire Madame, Mademoiselle, Monsieur, Votre opinion sur la prise en charge dont vous venez de bénéficier dans l'unité de chirurgie ambulatoire nous est utile pour mesurer votre niveau de satisfaction par rapport à vos attentes et soutenir notre démarche d'amélioration de la qualité de l'accueil et des soins. Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire et de le remettre sous enveloppe cachetée dans la boîte aux lettres du service ou à un agent du bureau des entrées lors de votre passage au CHA pour la consultation postopératoire.	
Renseignements vous concernant	
Année de naissance : _____	Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Vous avez subi une intervention en :	
<input type="checkbox"/> orthopédie <input type="checkbox"/> endoscopie digestive <input type="checkbox"/> urologie <input type="checkbox"/> vasculaire <input type="checkbox"/> autre	
Vous avez subi une anesthésie :	
<input type="checkbox"/> générale <input type="checkbox"/> locorégionale <input type="checkbox"/> locale <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Etes-vous satisfait ?	
De l'accueil (amabilité, disponibilité, écoute) des personnels de l'UCA	
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> pas satisfait	
De la qualité de l'accueil (amabilité, disponibilité, écoute) des personnels du bloc opératoire	
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> pas satisfait	
Des délais d'attente lors de la consultation pré anesthésie	
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> pas satisfait	
De l'organisation de votre prise en charge le jour de votre hospitalisation (respect des délais, durée totale de séjour dans l'unité)	
Du respect de votre intimité	
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> pas satisfait	
De l'information sur votre prise en charge et son déroulement	
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> pas satisfait	
De la disponibilité du personnel médical	
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> pas satisfait	
De la prise en charge de la douleur	
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> pas satisfait	
Des informations reçues sur l'organisation de votre suivi après votre sortie	
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> pas satisfait	
Des prestations hôtelières (chambre, sanitaires, collation)	
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> pas satisfait	
Quelle est votre opinion sur la chirurgie ambulatoire ?	
Estimez-vous que vous auriez été mieux pris(e) en charge dans le cadre d'une hospitalisation complète (+ 24 heures) :	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans opinion	
Conseilleriez vous à un proche une prise en charge en ambulatoire au Centre Hospitalier d'Auxerre :	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans opinion	
Vous pouvez nous faire part de vos remarques et suggestions au dos de ce questionnaire	

Questionnaire de satisfaction de la polyclinique Bordeaux nord-Aquitaine

8-Le bloc opératoire (si vous avez subi une opération) :
***Concernant le bloc opératoire, que pensez-vous...**

	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
- du brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la prise en charge par le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Commentaires :**

9-Vos droits :
***Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?** Oui Non
***Vous a-t-on informé des frais engagés sur votre séjour ?** Oui Non

***Commentaires :**

Globalement comment jugez-vous la clinique ?

	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
- A l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Au bureau des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'identification du personnel travaillant dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques à faire ?

POLYCLINIQUE
Bordeaux Nord Aquitaine
 Groupe Bordeaux Nord

Madame, Mademoiselle, Monsieur, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce **QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION** et le remettre à un soignant lors de votre départ. Les quelques minutes que vous y consacrez nous permettront d'améliorer nos prestations et d'optimiser la qualité de nos soins et de notre **SERVICE AMBULATOIRE**.

Le Directeur, Y. NOEL

Date :/...../..... N° de chambre ou de box :

Nom et prénom (facultatif) :

1-L' accès, si vous êtes venus par vos propres moyens :
***Avez-vous trouvé facilement la clinique ?** Oui Non
***Vous êtes-vous repérés facilement à l'intérieur de la clinique ?** Oui Non

2-L'accueil :
***Que pensez-vous de l'accueil ?**

	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
- A l'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Au bureau des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'identification du personnel travaillant dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Commentaires :**

3-L'attente :
***Que pensez-vous des délais d'attente ?**

	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
- Au bureau des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A l'arrivée dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avant de passer des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Au bureau des sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOURNEZ LA PAGE S.V.P.

15 à 33 rue Claude-Boucher • 33077 BORDEAUX CEDEX
 Téléphone 028 307 1111 • Fax 05 56 43 73 95
<http://www.bordeauxnord.com> noel.yves@bordeauxnord.com

***Comment définiriez-vous les conditions de confort pendant l'attente ?**

	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
- Au bureau des entrées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A l'arrivée dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avant de passer des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Au bureau des sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Commentaires :**

4-Votre hébergement :
***Que pensez-vous de la chambre ou du box dans lequel vous vous êtes reposé avant votre sortie ?**

	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
- La propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le niveau sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La lumière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Que pensez-vous de la collation qui vous a été servie ?**

	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
- La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'adaptation à votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Commentaires :**

5-Le personnel soignant (infirmière, aide-soignante) :
***Comment jugeriez-vous...**

	Satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Insatisfaisant
- L'attention du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La disponibilité du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les soins reçus du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Commentaires :**

6-L'équipe médicale :
***Les médecins ont-ils été disponibles ?** Oui Non
***Les médecins vous ont-ils informés...** Oui Non
 - sur votre état de santé
 - sur le déroulement de votre hospitalisation (chirurgie, anesthésie, traitement)
 - sur votre entrée (jour et heure d'arrivée, documents à amener)
 - sur la préparation pré opératoire Oui Non

***Commentaires :**

7-La douleur :
***Considérez-vous que votre douleur a été prise en charge ?** Oui Non
***A t-elle été évaluée ?** Oui Non
***A t-elle été traitée ?** Oui Non
 Si non, vous êtes-vous manifesté auprès de l'équipe soignante ? Oui Non

TOURNEZ LA PAGE S.V.P.

Cellule Qualité PBNA 2005

CA **Action mise en œuvre**

3.11 Administrer aux patients un questionnaire de satisfaction lors de leur séjour et un questionnaire du lendemain	
Mise en œuvre	CHU de Reims
Domaine d'application	Améliorer la prise en charge ambulatoire
Indicateur de suivi	Nombre de questionnaires administrés
Indicateur de résultat	-

Rappel de la problématique

Les questionnaires de satisfaction permettent de recevoir un retour des patients sur la qualité de la prise en charge à l'UCA. Ils font partie intégrante de la prise en charge ambulatoire.

- On peut distinguer :
- un questionnaire de satisfaction distribué le jour J (hôtellerie, information, accueil, chambre...);
 - le questionnaire du rappel du lendemain pour savoir comment s'est passé la nuit.

Ce dernier volet s'apparente plus à un questionnaire clinique même si certains professionnels s'accordent pour dire que, en cas de complication, le patient s'adresse de lui-même aux structures de permanence des soins ou d'urgence adaptées et que le rôle du questionnaire à cet égard est peut-être limité mais apprécié par les patients qui le considèrent comme une continuité des soins.

Objectifs recherchés

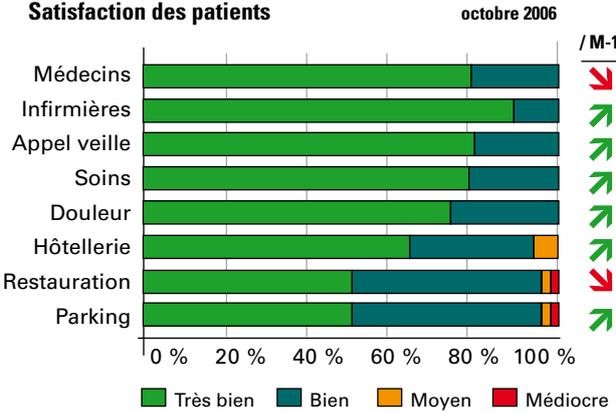
Analyser facilement le questionnaire du lendemain et le questionnaire de satisfaction pour objectiver des améliorations.

Mise en œuvre

Faciliter l'administration des questionnaires et automatiser la présentation des résultats pour faciliter l'analyse et l'utilisation des réponses.

Détail de la mise en œuvre

Le questionnaire de satisfaction est administré sur papier durant la période de présence du patient (juste avant sa sortie). Cette disposition maximise le taux de réponses puisque le répondant est captif, mais, par définition, le patient ne peut pas commenter comment se passe sa sortie. D'autres sites confient le support au patient, parfois avec une enveloppe T.



La saisie est faite dans un support Excel® spécifique et les résultats importés dans le tableau de bord chaque mois.

L'affichage est automatisé. Classiquement, le parking et la restauration sont toujours vécus le plus mal par les patients...

Le rappel est effectué par les soignants le lendemain ou le lundi pour les patients du vendredi (choix du site de considérer ce délai de 3 jours comme acceptable car le rôle clinique du questionnaire est limité). Lors de sa sortie, le patient est prévenu de ce rappel et on lui demande une heure de préférence.

La saisie de ces informations est faite en direct dans le registre patient.

Date	Date naissance (jj/mm/aa)	IPP	Heure arrivée (hh:mm)	Heure départ (hh:mm)	Durée de séjour (heure)	Annulé O/N	Annulé Motif	Secteur abrégé	Intervention	Complément	Anesthésie: AG, ALP, BP, AL	Transféré en Hospit Complète O/N	Unité d'hospitalisation et motif	Acceptez-vous la même anesthésie? O/N	Acceptez-vous une autre hospitalisation en ambulatoire ? O/N	Les consignes postopératoires sont-elles suffisantes? O/N	Avez-vous appelé votre médecin traitant? O/N	Avez-vous bien dormi? O/N	Avez-vous eu mal à la gorge O/N	Avez-vous eu des saignements O/N	Avez-vous eu de la fièvre O/N	Avez-vous eu mal à la tête O/N
			7:40	18:30	10,83			DIG	HERNIE SCROTALE		AG		U 11CAR PASSE AU BLOC TARD ET AG									
			7:00	16:00	9,00			ORTHO	Dynamisation clou	Jambe	AG			O	O		N	n	N	n	n	n
			7:00	10:30	3,50			ORTHO	EXERESE ONGLE	POUCE DROIT	AL			O	O		N	n	N	n	n	n
			7:30	15:00	7,50			ORTHO	CC	DT	AG			O	O		N	N	N	N	N	N
			7:30	12:00	4,50			ORTHO	LIPOME	BRAS DROIT	AL			O	O		N	N	N	N	N	N
			9:00	16:00	7,00			ORTHO	AMO	MAIN DROITE	AL			N	N		N	n	N	n	n	n
			9:30	16:00	6,50			ORTHO	AMO	POUCE DROIT	AL			O	O		N	n	N	n	n	n
			8:30	16:00	7,50			ORTHO	AMO	VIS SYNDES-MOSE	AG			O	O		N	n	N	n	n	n
			8:15	17:00	8,75			VASCU	VARICES	SI DROITE	AG											

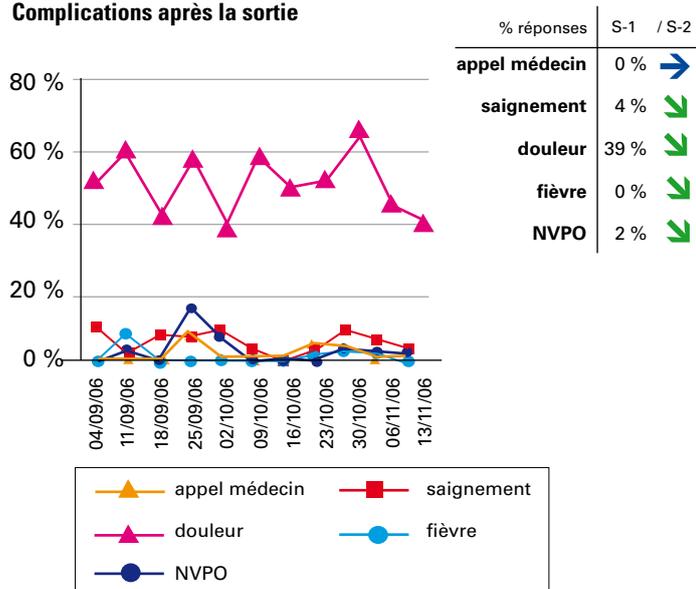
L'analyse est intégrée dans le tableau de bord.

On peut ainsi suivre l'évolution de 5 indicateurs choisis pour représenter 5 des complications les plus classiques de sorties :

- l'appel d'un médecin ;
- les saignements ;
- la douleur ;
- la fièvre ;
- nausées et vomissements postopératoires (NVPO).

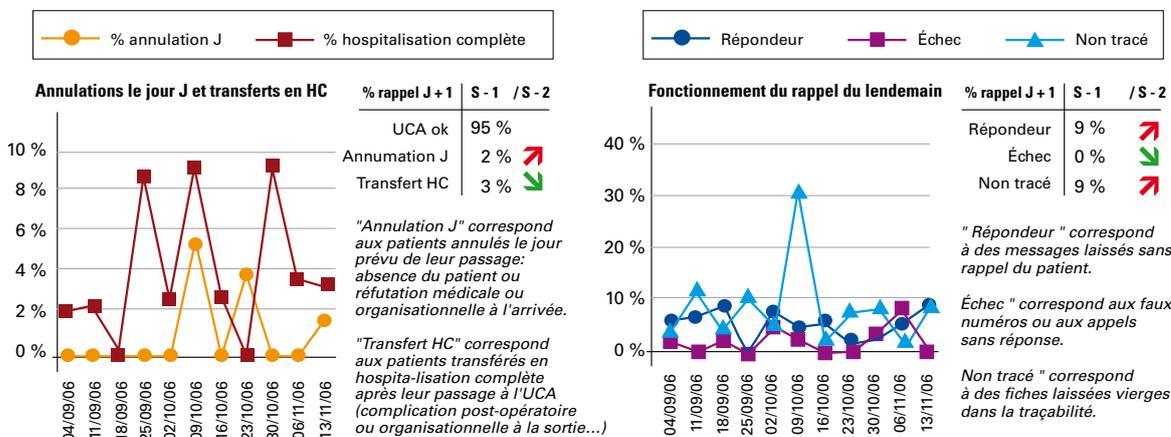
Le site recherche actuellement une bibliographie sur ces thèmes pour pouvoir enrichir la mesure de la qualité de sa prise en charge anesthésique ou chirurgicale par rapport à des objectifs de déclaration de ces 5 indicateurs.

Complications après la sortie



Évaluation quantitative

L'analyse est complètement automatisée dans la page « qualité » du tableau de bord. On y trouve aussi le taux d'annulation et de transformation en hospitalisation complète et les résultats du rappel du lendemain.



Avis des consultants

« Il est essentiel de compléter la page "Activité" du tableau de bord par cet aspect "Qualité" pour ne pas être taxés de course au productivisme. »

Pour aller plus loin

Le graphique par semaine sur les annulations et hospitalisations a évolué vers un graphique mensuel pour faciliter la comparaison avec un taux publié par l'AFCA.

Chapitre 4

Bâtir son projet d'Unité de chirurgie ambulatoire

4.1	Élaborer un dossier de demande d'autorisation de création de places de chirurgie ambulatoire	149
4.2	Analyser les impacts financiers	152
4.3	Valoriser le travail dans le cadre de la certification HAS.....	154
4.4	Identifier et évaluer le potentiel de substitution de l'activité de chirurgie.....	157
4.5	Définir l'activité cible de l'UCA	160

CA Action mise en œuvre**4.1 Élaborer un dossier de demande d'autorisation de création de places de chirurgie ambulatoire**

Mise en œuvre	CH d'Auxerre
Domaine d'application	Institutionnel
Indicateur de suivi	Sans objet, mais veiller à respecter les « échéances »
Indicateur de résultat	–

Rappel de la problématique

Le Centre hospitalier d'Auxerre dispose de 123 lits installés de chirurgie (chirurgie générale et digestive, vasculaire, orthopédique et traumatologique, urologie). Bien que des séjours de chirurgie ambulatoire soient réalisés par l'ensemble des services de l'établissement, il n'existe pas d'unité dédiée à la chirurgie ambulatoire.

Les patients ambulatoires sont accueillis dans les services de chirurgie traditionnelle. La majorité des patients est prise en charge dans l'unité de chirurgie orthopédique de semaine, tandis que les endoscopies digestives sont prises en charge en hôpital de jour de médecine.

La création d'une unité dédiée à l'ambulatoire a été inscrite au projet médical d'établissement 2001-2005. Elle utilise des locaux disponibles en secteur d'hospitalisation de chirurgie. La création d'une telle unité est soumise à autorisation du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS).

Modalités de constitution du dossier

Un diagnostic complet réalisé au sein de l'établissement a permis d'élaborer un dossier de demande d'autorisation auprès du CROSS pour la mise en place d'une unité dédiée de 7 places de chirurgie ambulatoire.

Les pièces constitutives du dossier sont précisées dans un décret du 6 mai 2005⁽¹⁾.

(1) Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et des familles (deuxième partie : partie Réglementaire).

Déposé en août 2005, ce dossier comportait les éléments suivants :

A. Dossier administratif
1. Auteur de la demande
2. Présentation du centre hospitalier d'Auxerre
Capacités
Équipements lourds autorisés
Données d'activité sur les 3 dernières années (dont séjours ambulatoires réalisés)
3. Présentation de l'opération envisagée
Nature et motivations
Référence à la carte sanitaire et au SROS
Délai de réalisation
Coopérations établies ou envisagées avec d'autres établissements
4. Engagement du demandeur
Sur le volume d'activité
Sur les effectifs et la qualification des personnels prévus
Sur l'évaluation
B. Dossier relatif aux personnels
1. Personnels médicaux
2. Personnels non médicaux
C. Dossier technique et financier
1. Dossier technique
Conditions techniques du projet - description
Création d'une unité de chirurgie ambulatoire
Utilisation du bloc opératoire central
Organisation de la permanence et de la continuité des soins
Recueil et traitement des données médicales et administratives
2. Dossier financier
Estimation de l'activité prévisionnelle annuelle
Analyse du potentiel de développement (sur 13 interventions de chirurgie ambulatoire)
Évaluation des coûts relatifs à l'opération et des recettes T2A potentielles
Annexes
Extrait du projet médical d'établissement
Tableau des vacations opératoires
Plan détaillé de l'UCA
Plan de situation

Détails de la mise en œuvre

Le dossier était porté initialement par le directeur de la relation avec la clientèle, qui consultait en fonction de ses besoins les personnes *ad hoc* au sein de l'établissement.

La constitution du dossier a nécessité environ trois mois sans que le responsable y consacre un plein temps.

Les principales difficultés étaient liées à la validation des aspects techniques du dossier et à la parfois faible implication des différents acteurs dans la démarche.

Résultats

Ce dossier a reçu un avis favorable du CROSS le 29 novembre 2005 et a permis à l'établissement d'engager concrètement sa démarche de création de l'unité dédiée de chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement. Cette unité a ouvert ses portes en janvier 2007.

Avis des professionnels

« Même si la constitution du dossier a pu constituer un élément structurant pour la motivation des acteurs autour de la nouvelle UCA, l'adhésion de tous est difficile à obtenir, notamment en ce qui concerne les aspects techniques du chantier. Le soutien stratégique de la direction joue ici un rôle primordial. »

« Il peut être utile de constituer dès le départ un groupe de travail pour la réalisation de ce dossier. Cependant, une telle organisation ne garantit pas nécessairement l'implication de tous dans la démarche. »

CA **Action mise en œuvre**

4.2 Analyser les impacts financiers	
Mise en œuvre	CH d'Auxerre, CH de Meaux, CH de Fréjus – Saint-Raphaël, Polyclinique de Bordeaux Nord-Aquitaine
Domaine d'application	Institutionnel
Indicateur de suivi	–
Indicateur de résultat	–

Rappel de la problématique

On ne peut aborder le thème de la chirurgie ambulatoire sans voir surgir les questions relatives au caractère incitatif ou non du nouveau mode de financement de cette activité. Cette interrogation légitime mérite quelques éléments de réponse.

Objectif

Évaluer les impacts financiers du développement de l'ambulatoire et identifier les conditions de sa rentabilité, pour :

- appréhender les impacts d'un mauvais dimensionnement des capacités ;
- anticiper et suivre les évolutions de l'activité en vue de limiter les risques de dégradation de la marge.

Méthodologie utilisée

La méthode du « direct costing » consiste à distinguer dans le calcul des coûts d'un séjour ce qui relève :

- des coûts variables, variant linéairement avec l'activité (consommables, médicaments, examens, repas, linge...) ;
- des coûts fixes, liés non à l'activité mais aux capacités de l'établissement (personnel, structure – amortissement, entretien...) et ne variant théoriquement que lors de franchissement de paliers d'activité.

Cette méthode est particulièrement appropriée à l'étude dans la mesure où elle permet de faire varier indépendamment les coûts fixes et les coûts variables selon différents scénarios d'organisation ou d'évolution de l'activité.

Compte tenu du poids que représentent les charges fixes dans les dépenses totales de l'hôpital, il est utile pour réaliser les simulations financières, de pouvoir analyser finement la structure et le comportement de ces coûts fixes. En effet, le taux d'occupation d'une unité d'hospitalisation ou le taux d'utilisation d'un bloc a des impacts significatifs sur la rentabilité d'une unité de soins et d'un acte :

- moins l'unité est occupée, plus la quote-part de charges fixes imputable à un séjour est importante ;
- plus l'unité est occupée, moins cette quote-part est importante.

La méthode d'imputation rationnelle consiste à isoler au sein des charges fixes :

- un coût de capacité : ce coût correspond à la quote-part de coûts fixes imputable à un séjour dans le cas d'une pleine utilisation des capacités ;
- un coût de sous-utilisation : ce coût peut être assimilé à un malus venant en sus du coût de capacité, compte tenu du niveau réel d'utilisation des capacités.

L'analyse a d'abord été conduite finement pour un acte, puis extrapolée à partir de la connaissance du case-mix substituable.

Mise en œuvre

Les données mobilisées, les règles de calcul et les principales étapes sont présentées dans un document disponible sur le site Internet de la MeaH.

Enseignements

Le transfert de séjours de moins de 48 heures est généralement financièrement avantageux, à condition que les coûts de structure en ambulatoire soient maîtrisés. Le mauvais dimensionnement des capacités de prise en charge (UCA surdotées, blocs dédiés) peut donc remettre en cause l'avantage financier d'une transformation d'un séjour de 1 nuit en un séjour de 0 nuit.

Pour les séjours de deux nuits, le transfert en ambulatoire s'accompagne d'une diminution du chiffre d'affaires non compensée par une diminution des coûts dans les 4 sites étudiés.

Dès lors, l'équilibre financier du développement de l'ambulatoire par substitution ne peut être atteint qu'en cas de remplacement par de nouveaux séjours (séjours de remplacement) des séjours substitués ou par diminution des coûts (diminution des capacités en hospitalisation complète et meilleure maîtrise en ambulatoire).

À titre d'exemple pour parvenir à ne pas dégrader leur marge, les établissements étudiés devaient réaliser entre 20 et 76 % des séjours de remplacement possibles. La différence s'explique par :

- la proportion de séjours de 1 et de 2 nuits dans le case-mix substituable ;
- la différence de tarif entre les séjours substitués et les séjours de remplacement ;
- l'évolution des coûts à l'UCA (et notamment le fait que le transfert massif induise le franchissement d'un palier à l'UCA).

CA **Recommandation**

4.3 Valoriser le travail dans le cadre de la certification HAS	
Mise en œuvre	Recommandations
Domaine d'application	Aspects institutionnels
Indicateur de suivi	-
Indicateur de résultat	-

Rappel de la problématique

La version 2 de la procédure de la certification HAS a développé l'étude de certaines thématiques. En particulier, une importance plus grande a été donnée au management et à l'organisation de la prise en charge des patients.

Ces deux domaines concernent des compétences qui sont acquises et approfondies par l'équipe de l'UCA lors de son développement. Il est donc souhaitable de valoriser ces éléments lors de la procédure d'accréditation.

Objectifs

Valoriser le travail fourni pour le développement de l'UCA dans le cadre de l'accréditation ;
Améliorer les résultats de la certification pour l'établissement en satisfaisant au plus grand nombre de critères.

Action envisagée

Lors de la phase 1 (audit) du chantier MeaH, il a été estimé que les établissements ayant participé au chantier pouvaient valoriser cette participation par 19 références du manuel de certification des établissements de santé⁽²⁾ (36 % de toutes les références).

Les références qui sont le plus concernées sont présentées dans le tableau suivant, accompagnées d'un commentaire. La mise en œuvre d'actions ponctuelles sans la participation formelle à un chantier MeaH, par exemple en utilisant le présent document, peut aussi être valorisée.

(2) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/manuel_v2_2004_2006_09_14_13_07_9_4.pdf

Chapitre 1 : politique et qualité du management	
Référence 1 : L'établissement définit et met en œuvre des orientations stratégiques.	
1.d. La direction et les responsables mettent en œuvre leur politique en conformité avec les orientations stratégiques (projet d'établissement).	Pour la totalité des sites engagés avec la MeaH, la chirurgie ambulatoire est une activité inscrite au projet d'établissement.
Référence 6 : L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques.	
6.a. La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.	Des indicateurs de suivi d'incidents organisationnels et d'analyse de leurs causes sont utilisés : déprogrammations et transformations en hospitalisation complète ⁽³⁾ ...
Référence 7 : L'établissement met en œuvre une politique d'optimisation de ses ressources et de ses moyens en adéquation avec les orientations stratégiques.	
7.c. Une politique d'optimisation des équipements est mise en œuvre.	Le choix de mobiliser un potentiel de substitution est en soi un choix d'optimisation de l'utilisation des équipements. La maîtrise du processus de prise en charge en chirurgie ambulatoire poursuit par ailleurs l'objectif de permettre une rotation des patients sur une même place au cours de la journée.
Chapitre 2 : ressources transversales	
Référence 13 : Un système de management de la qualité est en place.	
13.b. Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	Sur la base de la démarche présentée dans cet ouvrage, chaque établissement peut se fixer des objectifs quantifiés, en termes de développement de son activité, de diminution des aléas organisationnels (déprogrammation, transformation en hospitalisation complète).
13.c. Le programme d'amélioration continue de la qualité prend en compte les résultats issus de différentes formes d'évaluation internes et externes.	
13.g. Le suivi du programme d'amélioration de la qualité est assuré.	
Référence 21 : Le recueil et la mise à disposition de l'information sont organisés dans l'établissement.	
21.d. Les données nécessaires au suivi des activités et au pilotage de l'établissement sont recueillies et transmises aux responsables.	Des outils de pilotage sont ici proposés pour suivre l'activité d'un point de vue macro (établissement) ou micro (UCA) ⁽⁴⁾ .
Chapitre 3 : prise en charge du patient	
Référence 27 : L'accueil du patient et de son entourage est organisé.	
27.b. Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de son séjour.	La chirurgie ambulatoire est une modalité de prise en charge qui doit faire l'objet d'une information précise au même titre que la procédure opératoire en elle-même. L'analyse du parcours du patient identifie ce besoin comme une étape à part entière.
27.d. La permanence de l'accueil est organisée.	Le retour à domicile du patient le jour même de son intervention impose de penser et de sécuriser la permanence des soins : mise à disposition des coordonnées des personnes à contacter (notamment en cas de douleur et de saignement), identification en interne des personnels susceptibles de répondre aux interrogations du patient et de lui indiquer la conduite à tenir éventuelle.

(3) Cf. fiche 3.3 : « Mettre en place un suivi en routine des incidents organisationnels ».

(4) Cf. fiches 3.1 : « Mettre en place un tableau de bord » et 3.4 : « Développer un outil de suivi trimestriel de l'activité ambulatoire à partir des données du PMSI (SuivChir Amb et SuivCPOM) ».

Chapitre 4 : évaluation et dynamique d'amélioration	
Référence 44 : Les professionnels évaluent la pertinence de leurs pratiques.	
44.a. La pertinence des hospitalisations est évaluée.	La réflexion sur la substitution d'actes en hospitalisation complète par des prises en charge en ambulatoire s'intègre dans cette dynamique.
Référence 51 : La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée.	
51.b. Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	La maîtrise du délai d'attente entre l'arrivée du patient et son passage au bloc est l'un des point clé de l'organisation du processus de prise en charge en chirurgie ambulatoire ⁽⁵⁾ .
Référence 53 : La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée.	
53.a. Le suivi est réalisé et les évaluations sont utilisées pour réajuster si nécessaire les objectifs.	Le suivi de la progression de l'ambulatoire et de l'atteinte des objectifs contractualisés dans les CPOM sont possibles grâce aux outils développés par les DIM du premier chantier MeaH ⁽⁶⁾ .
53.b. La direction et les instances disposent d'éléments permettant les comparaisons avec des établissements similaires.	C'est l'un des aspects du dispositif proposé par la MeaH et des données publiées sur le site.

(5) Cf. fiches 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 » et 3.11 : « Administrer aux patients un questionnaire de satisfaction lors de leur séjour et un questionnaire du lendemain ».

(6) Cf. fiche 3.4 : « Développer un outil de suivi trimestriel de l'activité ambulatoire à partir des données du PMSI (SuivChirAmb et SuivCPOM) ».

CA Action mise en œuvre

4.4 Identifier et évaluer le potentiel de substitution de l'activité de chirurgie	
Mise en œuvre	7 établissements de l'étude
Domaine d'application	Institutionnel, construction ou dynamisation du projet de chirurgie ambulatoire
Indicateur de suivi	Nombre et pourcentage de séjours de chirurgie traditionnelle évalués comme substituables en séjours de chirurgie ambulatoire

Rappel de la problématique

Dans une perspective de développement de l'activité ambulatoire, il est important pour chaque établissement d'évaluer son potentiel de développement par substitution, c'est-à-dire l'activité de chirurgie traditionnelle potentiellement transformable en activité de chirurgie ambulatoire.

Une telle évaluation permet à chaque établissement de connaître les perspectives d'évolution de l'activité chirurgicale dans son ensemble, de prévoir les changements organisationnels qui en découlent, mais aussi d'outiller le dialogue avec les chirurgiens et anesthésistes. En outre, il est possible de déterminer la contribution potentielle à l'UCA de chaque service et d'orienter ainsi les efforts de conviction des opérateurs en conséquence.

Objectif

Évaluer le potentiel de substitution dans chaque site : pour cela, il faut notamment recenser les actes chirurgicaux pouvant être exécutés en mode ambulatoire au sein des établissements, en comparant leur activité actuelle à la base PMSI nationale (ou à d'autres listes)⁽⁷⁾ d'actes éligibles.

Action envisagée

La méthodologie utilisée a été identique pour l'ensemble des 7 sites. L'analyse du potentiel de substitution a été réalisée à partir de l'analyse des données PMSI recueillies auprès de chacun des services DIM des établissements (RSA ou RSS). Ces données ont ensuite été comparées à la base nationale recensant l'ensemble des séjours des établissements français.

Mise en œuvre

Le matériau de base est constitué des séjours de chirurgie (c'est-à-dire comprenant un acte classant chirurgical au sens du PMSI), de 0, 1 et 2 nuits. Ne sont retenus que les séjours mono-unité pour lesquels le mode d'entrée = mode de sortie = domicile ;

Les actes retrouvés dans cette base séjours, par comparaison à une base nationale des actes réalisés en moins de 24h, servent à évaluer les potentiels de substitution :

- l'hypothèse basse est celle qui ne prend en compte que les séjours de 1 nuit, qui sont aussi ceux pour lesquels l'enjeu financier du transfert est le plus important ;
- l'hypothèse haute est celle correspondant aux séjours substituables de 1 et 2 nuits.

(7) Cf. fiche 2.1 : « Définir au sein de l'équipe chirurgicale les actes pouvant être pris en charge en ambulatoire ».

Remarques :

Le résultat a été affecté d'un coefficient 0.8 pour tenir compte d'éventuelles contre-indications à la prise en charge des patients en ambulatoire.

Certains séjours de 3 nuits pourraient aussi être substituables (arrivée du patient le vendredi pour une opération le lundi, par exemple).

La liste d'actes issue de la base PMSI est critiquable à bien des égards : certains actes ne peuvent être pris en charge en ambulatoire que par des équipes expérimentées, d'autres actes sembleraient correspondre à des erreurs... Mais cette liste a le mérite d'exister et de toutes façons, les résultats obtenus doivent servir de base de travail aux équipes d'anesthésie et de chirurgie.

Résultats

Les résultats des 7 sites sont présentés dans le tableau récapitulatif suivant

			H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7*	Vous	
Séjours avec acte classant chirurgical en 2004	Nombre total de séjours	A	4 884	4 304	3 954	5 360	2 265	15 668	6 699		
	Nombre de séjours ambulatoires (<24h)	B	628	766	744	536	531	1 771	880		
	% de séjours chirurgicaux en ambulatoire	B/A	13 %	18 %	19 %	10 %	23 %	11 %	13 %		
Potentiel de séjours substituables en séjours de 0 nuits**	Nombre de séjours de 1 nuit	C	430	38	656	418	126	1395	580		
	Nombre de séjours de 1 et 2 nuits	D	809	1381	1050	1315	339	3705	1267		
Potentiel d'activité de chirurgie ambulatoire	Hypothèse basse	Nombre de séjours	E=B+C	1058	804	1400	954	657	3166	1460	
		% de l'activité chirurgicale totale	E/A	22 %	19 %	35 %	18 %	29 %	20 %	22 %	
		% de croissance de l'activité ambulatoire	E/A-B/A	9 %	1 %	17 %	8 %	6 %	9 %	9 %	
	Hypothèse haute	nombre de séjours	F=B+D	1437	2147	1794	1851	870	5476	2147	
		% de l'activité chirurgicale totale	F/A	29 %	50 %	45 %	35 %	38 %	35 %	32 %	
		% de croissance de l'activité ambulatoire	F/A-B/A	17 %	32 %	27 %	25 %	15 %	24 %	19 %	
* données 2003 ** en comparaison à la base nationale											

Le potentiel de substitution peut ensuite être présenté par pôle d'activité OAP (exemple de H1)

Pôles d'Activité	Nombre et % de RSA / Durée de séjour						
	Séjours 0 nuit	Séjours 1 nuit	Hypothèse basse : 0 + 1 nuit		Séjours 2 nuits	Hypothèse haute 0 + 1+ 2 nuits	
			n	+ %		n	+%
Orthopédie, Rhumatologie	284	211	495	74 %	142	637	124 %
Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chir. obésité)	116	25	141	22 %	18	159	37 %
Obstétrique	80	120	200	150 %	28	228	185 %
Uro-néphrologie	71	32	103	45 %	39	142	100 %
Gynécologie	47	25	72	53 %	81	153	226 %
Digestif	17	9	26	53 %	33	59	247 %
Hématologie	5	2	7	40 %	1	8	60 %
Autres prises en charge	3	1	4	33 %	1	5	67 %
Cardiologie	3	0	3	0 %	8	11	267%
Vasculaire périphérique	1	2	3	200 %	27	30	200 %
Système nerveux	1	0	1	0 %	1	2	100 %
ORL, Stomatologie	0	3	3	-	0	3	-
TOTAL	628	430	1058	68 %	379	1 437	129 %

Pour aller plus loin

À partir de ce travail, il est possible de :

- dimensionner la future UCA⁽⁸⁾ ;
- identifier les spécialités « leader » dans l'ambulatoire et celles pourvoyeuses de développement ;
- offrir aux équipes chirurgicales une vision de leur case-mix et leur permettre de se positionner objectivement sur des perspectives de développement⁽⁹⁾ ;
- bénéficier d'un chiffre de référence pour suivre la mobilisation du potentiel de substitution au niveau de l'établissement.

Du point de vue de l'UCA, le potentiel de développement est constitué du potentiel de substitution (séjours réalisés en une ou deux nuits notamment) et du potentiel de regroupement (actes déjà réalisés en ambulatoire mais en dehors de l'UCA) qui peut représenter jusqu'à 50 % de l'ambulatoire d'un établissement. Il est important de noter que ce potentiel est avant tout interne.

Un outil développé par les DIM des établissements engagés est à la disposition des établissements souhaitant évaluer leur potentiel de substitution à partir de leurs RSS⁽¹⁰⁾.

(8) Cf. fiche 4.5 : « Définir l'activité cible de l'UCA ».

(9) Cf. fiche 2.1 : « Définir au sein de l'équipe chirurgicale les actes pouvant être pris en charge en ambulatoire ».

(10) Cf. fiche 3.4 : « Développer un outil de suivi trimestriel de l'activité ambulatoire à partir des données du PMSI ».

CA **Action mise en œuvre**

4.5 Définir l'activité cible de l'UCA	
Mise en œuvre	CH d'Auxerre
Domaine d'application	Évaluation du développement de l'activité de chirurgie ambulatoire dans les différentes spécialités
Indicateurs de suivi	Nombre de séjours évalués réalisables en mode ambulatoire par les chirurgiens Répartition des places de l'UCA par spécialité en fonction des volumes identifiés
Indicateurs de résultat	Réalisation d'une liste d'actes éligibles à l'ambulatoire Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire réalisés par spécialité

Rappel de la problématique

Au centre hospitalier d'Auxerre, avant l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire qui a eu lieu début janvier 2007, certains séjours étaient déjà pris en charge sur un mode ambulatoire. Cependant, il était difficile d'estimer :

- la répartition de l'activité potentielle de cette future UCA entre les différentes spécialités ;
- l'évolution prévisible du volume d'activité de chirurgie ambulatoire pour ces différentes spécialités.

Les perspectives d'évolution et de montée en charge de l'activité de chirurgie ambulatoire sont en outre fortement dépendantes des opérateurs eux-mêmes et de leur volonté de réaliser les interventions selon un mode ambulatoire pour leur spécialité.

Objectif

Déterminer précisément le périmètre de la chirurgie ambulatoire dans l'établissement, préalablement à l'ouverture de l'UCA (spécialités concernées, actes réalisables, volume d'activité associé...).

Identifier une liste précise d'actes éligibles à la prise en charge en UCA pour chacune des spécialités.

Définir une répartition des places de l'UCA entre les différentes spécialités en fonction des volumes d'activité identifiés.

Action envisagée

Estimer les actes pouvant relever de la chirurgie ambulatoire, à partir de la revue des pratiques des chirurgiens et apprécier le volume d'activité prévisionnel correspondant.

Mise en œuvre

Deux questions essentielles

Deux questions ont été posées aux chirurgiens de chacune des spécialités chirurgicales de l'établissement :

- Quels actes réalisez-vous aujourd'hui en chirurgie ambulatoire? Dans quelles proportions ?
- Quels actes pourriez-vous réaliser demain en chirurgie ambulatoire, avec une prise en charge à l'UCA ?

Une démarche en trois étapes

Identifier les actes pouvant faire l'objet d'une prise en charge à l'UCA :

- actes aujourd'hui associés à des séjours de moins de 24 h réalisés dans les services de chirurgie ;
- actes aujourd'hui associés à des séjours de 1 ou 2 nuits, et substituables en séjours ambulatoires, selon les chirurgiens.

Estimer un volume d'activité prévisionnel à l'UCA en nombre de séjours.

Évaluer le nombre de places de chirurgie ambulatoire correspondant, par spécialité.

Modalités pratiques

La démarche suivie s'est déroulée en 5 phases, décrites ci-dessous. Les deux premières sont détaillées dans la fiche précédente.

Estimation du potentiel de substitution « théorique »

Fait à partir du recensement des actes :

- associés à des séjours de 0 à 2 nuits réalisés dans l'établissement ;
- ayant été identifiés au moins une fois comme étant réalisés en 0 nuit au niveau national (comparaison des données PMSI de l'établissement à la base PMSI nationale pour l'année 2004).

Élaboration d'une pré-liste par pôle d'activité, en 3 parties

- actes aujourd'hui associés pour partie à des séjours de moins de 24 h, pour lesquels un potentiel de substitution théorique a été identifié ;
- actes aujourd'hui associés à des séjours de 1 ou 2 nuits mais pas de moins de 24 h, avec leur potentiel de substitution théorique ;
- autres actes, non mentionnés, mais pouvant être réalisés en moins de 24 h selon les chirurgiens.

Diffusion de ces listes aux chefs de service

Afin d'estimer le potentiel réel, à partir d'une concertation entre chirurgiens par spécialité.

Analyse des listes par le DIM de l'établissement

Le DIM réalise une estimation du volume prévisionnel d'activité attendu par spécialité, en fonction des listes renseignées par les chefs de service :

- analyse des estimations des praticiens et évaluation du nombre de séjours chirurgicaux correspondant par spécialité, à partir des dernières données PMSI disponibles ;
- recensement des actes complémentaires relevant de l'activité d'endoscopie et de pose de chambres implantables, amenés également à être pris en charge à l'UCA ;
- estimation de la répartition de l'activité de chirurgie ambulatoire en fonction des spécialités.

Évaluation du nombre de places correspondant et répartition du nombre de places de l'UCA par spécialité

Résultats

Les chefs de service ont renseigné les listes à partir de leur estimation du potentiel « réel » d'activité. Ces listes remplies ont ensuite été transmises au DIM.

Exemple pour la spécialité orthopédie

pôle	acte classant	libellé de l'acte	Nb d'actes réalisés aujourd'hui en moins de 24 h				Potentiel de substitution théorique calculé à partir de la base nationale				Potentiel estimé par le chirurgien : actes réalisables en moins de 24 h pour des patients à l'UCA		
			0 nuit	1 nuit	2 nuits	total potentiel	0 nuit	1 nuit	2 nuits	total potentiel	Envisagez vous que cet acte puisse être réalisé en moins de 24h dans l'établissement, avec une prise en charge du patient à l'UCA? Indiquez O ou N	Si possible quel pourcentage de ces actes prévoyez-vous en ambulatoire ?	Croissance potentielle de l'activité ambulatoire
ortho	AHPA009	Total Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct	147	12	2	14					O	10 à 15 %	1 %
ortho	PAGA001	Total Ablation de matériel d'ostéosynthèse des membres, par abord direct	123	50	74	124					O	5 à 10 %	5 à 10 %
ortho	MGFA007	Total Exérèse de kyste synovial du poignet, par abord direct	32	6	0	6					O	50 à 70 %	9 à 13 %
ortho	MDGA002	Total Ablation de matériel d'ostéosynthèse sur un rayon de la main, par abord direct	30	2	0	2					O	100 %	7 %
ortho	NFQC001	Total Exploration de l'articulation du genou, par arthroscopie	28	30	32	62					O	50 %	111 %
ortho	NFFC004	Total Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie	26	26	16	42					O	20 à 30 %	32 à 48 %
ortho	MJPA013	Total Section ou plastie d'agrandissement d'une poulie de réflexion de tendon de muscle fléchisseur des doigts, par abord direct	20	10	0	10					O	30 %	15 %
ortho	MDCB005	Total Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main par broche, à foyer fermé	20	32	6	38					O	50 à 70 %	95 à 133 %
ortho	MCCB004	Total Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os de l'avant-bras par broche, à foyer fermé	0	0	36	36					O	50 %	100 %
ortho	MJCA001	Total Suture de plaie d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts sur un rayon de la main, par abord direct	0	6	6	12					O	20 %	100 %
ortho	MBCB001	Total Ostéosynthèse d'une fracture supracondyloire de l'humérus, à foyer fermé	0	8	2	10					N	-	
ortho	MJFA005	Total Exérèse d'un hygroma du coude, par abord direct	0	0	8	8					O	15 %	100 %
ortho	MJPA012	Total Désinsertion ou allongement des muscles épicondyliens latéraux au coude, par abord direct	0	2	4	6					O	10 %	100 %
ortho	NHPA002	Total Libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil avec transfert tendineux ou syndesmopexie	0	2	4	6					N	-	
ortho	NFFA003	Total Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthrotomie	0	0	6	6					N	-	1 %

À partir de listes ainsi renseignées, il a été possible d'identifier une liste des actes éligibles à la chirurgie ambulatoire propre à chaque site. Cette liste prenait en compte les pratiques actuelles, les évolutions possibles et les souhaits des chirurgiens de l'établissement concernant le développement de l'ambulatoire.

Estimation du volume total d'activité et de la répartition du nombre de places de l'UCA

Activité ambulatoire potentielle par spécialité				Activité prévisible à l'UCA				
Service		Actes recensés 2005 + actes potentiels		Nb de places / jour nécessaire au volume d'activité identifié		Nb de séjours théoriques de l'UCA par spécialité*	Nb de places / jour correspondant à prévoir	
		n	%	sur 365 jours	sur 250 jours		Sur 7 places autorisées (365 jours)	Sur 10 places installées (250 jours)
Chir 1	Chir générale et viscérale	103	6 %	0,3	0,4	160	0,4	0,6
Chir 2	Chir orthopédique	482	29 %	1,3	1,9	751	2,1	3,0
Chir 3	Chir générale et viscérale	220	13 %	0,6	0,9	343	0,9	1,4
Uro	Chir uro	49	3 %	0,1	0,2	76	0,2	0,3
Méd 2	Endoscopies	786	48 %	2,2	3,1	1225	3,4	4,9
Total		1640	100 %	4,5	6,6	2555 (=7*365)	7	10
*répartition sur 7 places et 365 jours avec un Taux d'occupation de 100 % selon la proportion d'activité potentielle								

Cette analyse a permis aux praticiens et au comité de pilotage du projet de l'UCA d'évaluer le volume d'activité prévisionnel par spécialités et d'estimer une première répartition des places en fonction des spécialités.

Avis des consultants

« Cette analyse interne permet une meilleure évaluation du périmètre de l'ambulatoire, une identification d'un volume d'activité prévisionnel, une répartition des places de l'UCA se basant sur l'appréciation des chirurgiens eux-mêmes. Elle représente donc un levier fort pour l'adhésion des acteurs au projet de mise en place de l'UCA, avec une responsabilisation des chirurgiens avant même l'ouverture de l'unité ».

Pour aller plus loin

A terme, l'établissement envisage de reprendre la liste totale des actes identifiés comme éligibles à l'ambulatoire selon les chirurgiens, pour en constituer un document de référence de l'UCA. Cette liste sera diffusée à l'ensemble des praticiens actuels, mais servira également de document de référence aux nouveaux opérateurs arrivant ultérieurement dans l'établissement⁽¹¹⁾. Il s'agira également d'actualiser cette liste en fonction de la montée en charge de l'activité et de l'évolution des pratiques.

(11) Cf. fiche 2.1 : « Définir au sein de l'équipe chirurgicale les actes pouvant être pris en charge en ambulatoire ».

Annexes

Annexe 1

Projet de règlement intérieur de l'UCA d'Auxerre

Annexe 2

Consignes postopératoires CH Auxerre

Annexe 3

Fiche de poste accueil administratif secrétariat CH de Sedan

Annexe 4

Logigramme de la prise en charge ambulatoire du CHU de Reims

Annexe 1

Projet de règlement intérieur de l'UCA d'Auxerre

PROJET

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'UNITÉ DE CHIRURGIE ET D'ANESTHÉSIE AMBULATOIRE

Vu le projet médical du Centre hospitalier d'Auxerre 2001-2005

Vu les articles D.712-30 à D.712-34 du Code de la santé publique relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire

Vu les articles D.712-40 à D.712-51 du Code de la santé publique définissant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie

Vu l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire utilisé par les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire

Vu la Charte du bloc opératoire du Centre hospitalier d'Auxerre

Vu l'avis favorable du CROSS émis le 29 novembre 2005

Vu la délibération n°06.02.03 - E de la COMEX en date du 2 février 2006 autorisant la création de sept places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire au Centre hospitalier d'Auxerre

Vu l'avis émis par le Comité technique d'Établissement au cours de sa réunion du

Vu l'avis émis par la Commission médicale d'Établissement au cours de sa réunion du
Le directeur arrête les dispositions ci-après valant règlement intérieur de l'unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire. Celui-ci pourra être modifié sur proposition du responsable du pôle Chirurgie, mère enfant.

Article 1. Organisation médicale de l'UCA

Une unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire (en abrégé UCA) est créée au Centre hospitalier Auxerre.

Elle est rattachée au département d'anesthésie réanimation dont elle constitue une unité fonctionnelle au sein du Pôle chirurgie, mère enfant.

Le chef du département d'anesthésiologie assure la responsabilité de l'organisation et du fonctionnement de l'UCA en relation avec les praticiens qui assurent la responsabilité de la prise en charge de leurs patients.

Il organise la présence permanente d'un médecin anesthésiste au sein de l'UCA.

Il est le garant de la bonne observance par tous des dispositions du présent règlement. Il anime la démarche d'évaluation des performances de l'unité et des pratiques médicales dans le domaine de la chirurgie et de l'anesthésie ambulatoire.

La capacité de l'UCA est de 7 places réservées à la prise en charge programmée de patients non hospitalisés devant subir un acte chirurgical ou endoscopique nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale, ou même locale, si celle-ci doit être réalisée dans le cadre du bloc opératoire.

L'UCA assure exclusivement la prise en charge de malades programmés.

La liste des interventions pouvant être réalisées en ambulatoire est jointe en annexe 1. Chacune de ces interventions fait l'objet d'un protocole particulier définissant l'ensemble des modalités de réalisation de la prise en charge en pré, per et postopératoire.

Les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge en ambulatoire sont précisés en annexe 2. La décision de prise en charge en ambulatoire est prise par le responsable de l'UCA sur proposition du chirurgien ou de l'endoscopiste.

L'UCA est ouverte du lundi au vendredi de 7H à 18H, sauf jours fériés.

La répartition entre les chirurgiens ou services de chirurgie et les gastroentérologues des places disponibles au sein de l'UCA est fixée conformément à l'annexe 3 du présent règlement.

Les services attributaires des places s'engagent à utiliser en totalité les places qui leur sont réservées et à mettre ponctuellement à la disposition de l'UCA les places dont il n'ont pas l'utilisation, afin qu'elles puissent être proposées aux autres utilisateurs.

Les services attributaires de places au sein de l'UCA s'engagent à prendre en charge leurs patients relevant d'une chirurgie ou d'une anesthésie ambulatoire exclusivement dans le cadre de l'UCA.

Article 2. Fonctionnement infirmier de l'UCA

Un cadre de santé, co-responsable de l'organisation de l'unité, gère les moyens et les activités de l'unité.

A ce titre :

- il organise le planning des personnels affectés à l'unité en fonction des nécessités de la programmation opératoire à l'élaboration de laquelle il participe ;
- il évalue les compétences des personnels qu'il encadre et s'assure de la mise en œuvre des protocoles en vigueur ;
- il participe à l'évaluation du fonctionnement de l'unité ;
- il suit l'évolution de l'activité de l'unité ;
- il recense et rend compte des incidents de prise en charge (fiche d'incident jointe en annexe 4) ;
- il organise le recueil et l'exploitation des questionnaires de satisfaction des patients (document annexe 5).

Article 3. Secrétariat de l'UCA

Le secrétariat de l'UCA est assuré par le secrétariat du département d'anesthésiologie. Celui-ci assure la gestion des dossiers des patients pris en charge au sein de l'UCA ainsi que le secrétariat des consultations préanesthésie.

Il participe à l'élaboration de la programmation opératoire :

- il tient à jour le tableau prévisionnel des interventions dont la réalisation en ambulatoire est envisagée ;
- il transmet chaque jeudi au chef de bloc le tableau prévisionnel des interventions proposées en ambulatoire (patient, chirurgien et nature de l'intervention et de l'anesthésie prévue, jour de l'intervention, durée de l'intervention) après validation par le responsable de l'UCA et les chirurgiens ou endoscopistes concernés.

Il participe à l'accueil et à l'information des patients :

- sur la base du tableau opératoire validé par le conseil de bloc et au plus tard la veille de l'intervention programmée, il contacte chaque patient inscrit sur le programme afin de confirmer le rendez-vous, rappeler les consignes à respecter et préciser l'heure d'arrivée limite du patient dans le service. Il informe immédiatement le chef du bloc et l'opérateur concerné de toute modification de la programmation ;

- il accueille les patients lors de la prise de rendez-vous pour la consultation préanesthésie, le bilan préopératoire, et lors de la consultation préanesthésie ;
- il s'assure que le patient dispose bien de toutes les informations nécessaires et qu'il accomplit toutes les formalités préalables à sa prise en charge en ambulatoire ;
- il prépare le dossier de sortie du patient pris en charge par l'UCA en relation avec les prescripteurs concernés; la remise de ce dossier au patient intervient après décision de sortie prise par le chirurgien ou endoscopiste concerné.

Article 4. Organisation de la programmation opératoire

Dès la consultation au cours de laquelle il pose une indication opératoire ou d'endoscopie en ambulatoire acceptée par le patient, l'opérateur propose une date et une heure pour l'intervention, compatible avec les capacités d'accueil dont il dispose au sein de l'UCA.

Il établit une fiche de liaison avec l'UCA qu'il remet au patient. Cette fiche précise la nature, la date, le type d'anesthésie souhaitée, les modalités (ambulatoire ou non) de l'intervention envisagée.

Le secrétariat de l'opérateur transmet au secrétariat de l'UCA le dossier du patient, immédiatement après la consultation auprès de l'opérateur. Ce dossier y est conservé jusqu'au jour de l'intervention si le malade est pris en charge en ambulatoire. Si le malade est pris en charge en service conventionnel son dossier est retourné au secrétariat du service opérateur immédiatement après la consultation préanesthésie.

Les conditions de conservation des dossiers au sein de l'UCA garantissent la confidentialité et l'accessibilité à tout moment par un professionnel autorisé.

Le patient remet la fiche de liaison au secrétariat de l'UCA qui lui propose un rendez-vous de consultation pré-anesthésie. Une copie de cette fiche est classée dans le dossier du patient et une autre remise au patient.

Lors de la consultation pré-anesthésie ou au plus tard lors du retour des résultats des examens complémentaires prescrits dans ce cadre, l'anesthésiste confirme ou infirme la proposition de prise en charge en ambulatoire et précise le type d'anesthésie retenu. Il en informe le patient et l'opérateur concerné auquel le secrétariat de l'UCA fait parvenir une copie de la fiche de liaison complétée (éventuellement avec modification du type d'anesthésie ou de la date de l'intervention).

Au sortir de la consultation d'anesthésie, le patient confirme ou non son rendez-vous auprès du secrétariat de l'UCA. Un exemplaire complété de la fiche de liaison est remis au patient.

La programmation opératoire est arrêtée définitivement par le conseil de bloc le jeudi après-midi et immédiatement portée à la connaissance du secrétariat de l'UCA. Le conseil de bloc planifie les interventions dans chaque salle en tenant compte :

- de la nature de l'intervention ;
- de la durée d'intervention moyenne prévisible ;
- de la durée de remise à disposition de la salle ;
- de l'heure de sortie limite du bloc : 14 heures. La sortie de bloc des patients opérés sous anesthésie locale pouvant être repoussée jusqu'à 15h ;
- du mode d'anesthésie, selon l'ordre de priorité suivant : rachis anesthésie, anesthésie générale, anesthésie locorégionale, anesthésie locale.

Le secrétariat de l'UCA est alors en mesure de confirmer aux patients la date et l'heure de leur intervention, l'heure limite d'arrivée dans le service, et de leur rappeler les consignes à observer.

Une programmation accélérée jusqu'à J-2 ouvrables peut être envisagée sur les disponibilités d'accueil résiduelles au sein de l'UCA, sous réserve de la compatibilité de ces

propositions tardives avec les contraintes de fonctionnement des services, UCA et Bloc opératoire. Dans tous les cas un accord du conseil de bloc est nécessaire.

Article 5. Information du patient

L'opérateur, lorsqu'il a jugé que l'intervention était possible en ambulatoire remet au patient un dossier « Chirurgie et anesthésie ambulatoire » contenant :

- la feuille de liaison « Opérateur – UCA - Patient » ;
- une fiche d'informations indiquant les conditions dans lesquelles vont se dérouler la préparation et l'acte chirurgical ou endoscopique ;
- des consignes générales et spécifiques qui vont permettre le bon déroulement de l'intervention et des suites opératoires.

Le secrétariat de l'UCA remet au patient lors de la fixation du rendez-vous pour la consultation et le bilan pré-anesthésie un questionnaire de pré-anesthésie qui devra être rempli et rapporté par le patient le jour de la consultation d'anesthésie. Le patient est aussi informé que le jour de la consultation pré-anesthésie il doit se présenter directement au secrétariat de l'UCA, sans passer par le bureau des consultations externes.

Sur l'exemplaire de la fiche de liaison Opérateur–UCA–Patient destiné au patient le secrétariat indique le jour et l'heure du rendez-vous de consultation.

Il remet aussi au patient une fiche d'information sur la consultation d'anesthésie et le bilan préopératoire ainsi qu'une fiche d'information sur les formalités administratives devant être accomplies préalablement à l'intervention, si possible immédiatement après la consultation pré-anesthésie, la prise en charge au sein de l'UCA devant obligatoirement être précédée d'une pré-admission réalisée auprès du bureau des entrées.

Le secrétariat de l'UCA retire la veille du jour de la consultation auprès du bureau des consultations externes les fiches de circulation et les étiquettes nécessaires à la réalisation des bilans correspondant aux malades attendus.

A l'issue de la consultation préanesthésie à l'issue de laquelle la prise en charge en ambulatoire est confirmée le secrétariat de l'UCA remet au patient un document d'information sur les modalités de sa prise en charge dans le cadre de l'UCA, contenant notamment les consignes pratiques à observer afin de ne pas compromettre le bon déroulement de la prise en charge.

Le patient est invité à se présenter directement au poste de soins de l'UCA le jour de son intervention. Il y est accueilli et pris en charge par l'infirmière qui coordonne son séjour au sein de l'unité et engage immédiatement sa préparation avant son transfert au bloc opératoire. Elle vérifie notamment que le patient a signé le document « consentement éclairé ».

L'opérateur assure une visite post-interventionnelle au chevet du patient afin de prononcer ou non sa sortie ; à cette occasion il se présente au secrétariat pour signer les documents de sortie.

Le secrétariat de l'UCA assure la préparation du dossier de sortie du patient. Ce dossier est remis au patient par le cadre de santé de l'UCA ou par l'infirmière qui a coordonné la prise en charge du patient.

Le dossier de sortie du patient comporte obligatoirement :

- le compte rendu opératoire ;
- la lettre susceptible d'être remise par le patient à son médecin traitant ;
- l'ordonnance pour les traitements et soins éventuels ;
- le certificat d'arrêt de travail éventuel ;
- un bulletin de situation ;
- le bon de transport ;

- les recommandations sur la conduite à tenir en matière de surveillance post-interventionnelle et anesthésique, ainsi que les coordonnées de la personne à joindre en cas de problème en dehors des heures d'ouverture de l'UCA ;
- l'indication de la nature, du jour, de l'heure et du lieu du prochain rendez-vous ;
- les documents à restituer au patient (ex. : carte de groupe sanguin, carnet de santé...) ;
- le questionnaire de satisfaction. Le patient est invité à le retourner à la direction du Centre hospitalier au plus tard à l'occasion de son passage dans l'établissement lors de la consultation de suivi auprès de l'opérateur.

Article 6. Déroulement de l'intervention

Le transfert du patient entre l'UCA et le bloc opératoire est assuré par un agent du service de brancardage. Le patient est transféré sur le lit qui lui est affecté dès son arrivée dans l'unité. Le transfert de son dossier est réalisé concomitamment.

Le transfert au bloc opératoire est réalisé après accord du médecin anesthésiste.

Toutes les interventions sont pratiquées en salle d'opération selon l'ordre du tableau opératoire arrêté par le conseil de bloc et dans le respect des dispositions de la Charte du bloc opératoire et des normes légales applicables, particulièrement en ce qui concerne les conditions de l'anesthésie et la surveillance du réveil du patient.

L'opérateur dicte immédiatement après l'intervention les documents suivants :

- compte rendu opératoire ;
- lettre au médecin traitant ;
- ordonnance pour les traitements et soins ;
- codification de l'acte.

Ces documents numérisés sont acheminés par voie électronique au secrétariat chargé d'en assurer la mise en forme :

- le secrétariat de l'UCA concernant les patients ayant subi une intervention chirurgicale ou une endoscopie ;
- le secrétariat du service d'urologie pour les patients ayant subi un traitement de lithiase rénale par lithotritie.

L'opérateur valide et signe les documents dictés après avoir revu le patient au sein de l'UCA.

La décision de sortie du patient est prise conjointement par un médecin anesthésiste et l'opérateur.

Les patients ne sortent de l'unité qu'avec la double signature des praticiens sus-cités, sauf dans le cas où l'intervention a été réalisée exclusivement sous anesthésie locale.

Les patients ayant subi une anesthésie ou une sédation (exceptés les patients opérés sous ALC pure) doivent être accompagnés par un proche pour leur sortie.

Article 7. Permanence et continuité des soins

En dehors des heures d'ouverture de l'UCA et pendant les premières 24 heures suivant sa sortie le patient peut joindre à tout moment le médecin anesthésiste de garde, via le standard, afin de bénéficier d'un conseil ou d'une orientation rapide, éventuellement en concertation avec l'opérateur, le chirurgien de garde ou l'endoscopiste d'astreinte.

En cas d'orientation du patient vers le service des urgences débouchant sur une hospitalisation, le patient est admis prioritairement dans le service auquel l'opérateur est rattaché.

Ces dispositions figurent dans le dossier de sortie remis au patient et sont indiquées dans le message enregistré sur le répondeur automatique du service qui fonctionne en dehors des heures d'ouverture du service.

Article 8. Conditions matérielles d'accueil des patients et accompagnants

Dès son arrivée dans l'UCA le patient est accueilli au niveau du poste de soins. Une infirmière le conduit à sa chambre (à 1 ou 2 lits, en fonction des souhaits du patient et des possibilités).

L'heure limite d'arrivée effective dans le service est fixée à au moins 1/2 d'heure avant le transfert au bloc. Ce délai est nécessaire pour vérifier l'état du patient et finir sa préparation.

Les accompagnants sont informés de l'heure à laquelle ils doivent se représenter dans le service afin de prendre en charge le patient à sa sortie. En cas de nécessité ils peuvent être autorisés à attendre dans la salle d'attente de l'unité.

Les parents d'un enfant peuvent être autorisés à accompagner l'enfant dans sa chambre et à accompagner son transfert jusqu'à l'entrée du bloc opératoire et à le rejoindre dans la chambre dès son retour du bloc opératoire.

Après retour du bloc opératoire une collation froide est proposée au patient.

Le patient est invité à rester dans sa chambre jusqu'à la visite à l'issue de laquelle l'opérateur donnera son accord à sa sortie. La sortie effective du patient de l'unité sera autorisée par le médecin anesthésiste présent dans l'unité.

Un seul accompagnant par patient peut-être autorisé à assister le patient avant sa sortie et à lui tenir compagnie dans la salle de jour.

Auxerre, janvier 2007

Annexe 2 Consignes postopératoires CH Auxerre

		CONSIGNES POSTOPERATOIRES	
		SERVICE DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE AMBULATOIRE	
BULLETIN DE SORTIE EN DATE DU : _____			
IDENTITE DU PATIENT			
NOM :		Prénom :	
IDENTITES DES INTERVENANTS			
Opérateur : Dr _____			
Anesthésiste : Dr _____			
Heure de sortie autorisée :h.....		<input type="checkbox"/> ACCOMPAGNANT	Signature du médecin effectuant la sortie
Heure de sortie effective :h.....		<input type="checkbox"/> VSL	
		<input type="checkbox"/> TAXI	
		<input type="checkbox"/> PARENT	
Numéros à appeler par le patient en cas de besoin			
CHA : Médecin anesthésiste de garde.....03.86.48.48.48			
Prochain rendez-vous postopératoire			
Date :		Heure :	
RECOMMANDATIONS AU PATIENT POUR SON RETOUR A DOMICILE			
Le patient certifie avoir pris connaissance de la recommandation de l'anesthésiste et de celle de l'opérateur figurant ci-après :			
Signature du patient			
1 - de la part de l'anesthésiste :			
Vous n'êtes pas autorisé(e) à repartir seul(e). Prévoyez une personne qui restera auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie.			
Pendant 24 heures après l'intervention interdiction :			
<ul style="list-style-type: none">- de conduire un véhicule- d'utiliser une machine- de travailler- de boire de l'alcool			
En cas de problème, vous pouvez joindre l'anesthésiste de garde			
Signature du médecin anesthésiste			
2 - de la part de l'opérateur :			
Signature du médecin opérateur			

Annexe 3

Fiche de poste accueil administratif secrétariat CH de Sedan

FICHE DE POSTE		Document Ref :
Centre hospitalier de SEDAN		Date de réalisation : 3 avril 2006
IDENTIFICATION DE LA FONCTION		
<p><u>Titre</u> : Agent d'accueil au secrétariat médical d'Hospitalisation de jour, <u>Statut</u> : Agent administratif contractuel, (pourvu par un C.A.E.) <u>Service</u> : Secrétariat médical.</p>		
DEFINITION		
Personnel administratif l'agent d'accueil évolue à l'accueil d'un secrétariat médical.		
SPECIFICITE		
<p>- <u>Maîtrise le logiciel</u> du C.R.I.H.(Gestion des rendez-vous ; SAGMA), le logiciel JALEMA (localisation des dossiers médicaux) et le traitement de textes : WORD. - <u>Horaire</u> : 9 h - -16 h, - <u>Repos</u> fixe.</p>		
LIAISON HIERARCHIQUE		
<p>Coordinatrice des secrétariats médicaux. Secrétaires médicales.</p>		
LIAISON FONCTIONNELLE		
<p><u>Interne</u> Médecins et équipe médicale du service et des autres services du centre hospitalier, Services administratifs, logistiques et informatiques, Assistante Sociale.</p>	<p><u>Externe</u> Public : consultants, Patients hospitalisés, équipe médicale, Médecins de ville, spécialistes hospitaliers extérieurs, Laboratoire de MANCHESTER ou autre</p>	
FONCTIONS PRINCIPALES		
<p><u>L'agent d'accueil du secrétariat médical d'Hospitalisation de jour</u> :</p> demande dans le système JALEMA le dossier du Patient, s'assure et classe les résultats biologiques suite à la consultation d'anesthésie dans le dossier du Patient, effectue le recueil journalier du mouvement des Patients, gère les rendez-vous suite à l'hospitalisation, effectue la création du RSS ; Saisit dans WORD le compte rendu opératoire et la lettre de sortie, distribue le dossier dans le service concerné avec classement des divers documents relatifs à l'hospitalisation, Saisit dans Excel® les données à des fins statistiques permettant l'évaluation du service pour la MeaH.		
MISSIONS		
<p>Accueille le Public et effectue l'accueil téléphonique, Collabore avec l'équipe médicale, Collabore avec l'administration, Gère les dossiers médicaux,</p>		

COMPETENCES
<p><u>Connaissances théoriques :</u> Connaissances informatiques : logiciel WORD, G.R.V, JALEMA.Excel®. Connaissance de la législation : Droits du Patient, Secret médical, Sécurité Sociale (dans les limites de son domaine de compétence).</p> <p><u>Capacités professionnelles :</u> Sens de l'organisation, Maîtrise des différents logiciels utilisés, Maîtrise de l'orthographe.</p> <p><u>Qualités personnelles :</u> Aimable, Rigoureuse, Disponible, discrète, Sens du relationnel, diplomate.</p>

Annexe 4

Logigramme de la prise en charge ambulatoire
du CHU de Reims

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

