



EDH

Promotion : **2014 - 2016**

Date du Jury : **décembre 2015**

**Développer la chirurgie ambulatoire au
Centre Hospitalier de Niort : état des lieux,
analyse des freins et perspectives de
développement**

Florian VINCLAIR

Remerciements

J'adresse en premier lieu des remerciements particuliers à Mr Bruno FAULCONNIER, Directeur du Centre Hospitalier de Niort, pour m'avoir accueilli dans son établissement et pour sa vision pertinente et novatrice du positionnement de l'hôpital public en général et du Centre Hospitalier de Niort en particulier dans le système de santé.

Je remercie également Mr Stéphane MICHAUD, Coordonnateur Général des soins au Centre Hospitalier de Niort, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, pour avoir su me conseiller et m'éclairer par sa connaissance approfondie des enjeux liés à l'organisation et aux acteurs.

Egalement, je souhaite adresser des remerciements tout particuliers à Mme Elodie COUAILLIER, Directrice Générale Adjointe au Centre Hospitalier de Niort et Maître de stage, pour son écoute attentive, sa grande disponibilité et ses précieux conseils.

Aussi, ce travail n'aurait pu être mené sans les échanges avec les différents acteurs de la chirurgie ambulatoire, aussi bien médicaux que paramédicaux que je remercie pour leurs connaissances, leur expérience et leur disponibilité. Je pense en particulier aux équipes chirurgicales, au Dr HASSI, Chef du Pôle Anesthésie – Bloc – Chirurgie – Douleur, à Mme DORLET, cadre de santé de l'UCA.

De façon plus générale, je tiens à remercier tous les professionnels qui ont contribué, directement ou indirectement, à étayer ma réflexion sur le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire et plus largement à développer ma connaissance de l'hôpital public.

Sommaire

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Liste des sigles utilisés	4
Introduction	5
1. La chirurgie ambulatoire au CH Niort	11
1.1. La démarche projet	11
1.2. Principales caractéristiques de la chirurgie ambulatoire du CH Niort	13
1.3. Les moyens engagés	16
1.4. Le benchmark régional	17
2. Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire du CH Niort	20
2.1. Diagnostic quantitatif et qualitatif	20
2.2. Les résistances aux changements	21
2.3. Les freins identifiés par les acteurs internes de la chirurgie ambulatoire.....	23
2.3.1. <i>Les réticences liées aux patients</i>	23
2.3.2. <i>Les freins inhérents aux acteurs de la chirurgie ambulatoire</i>	25
2.3.3. <i>Les freins imputables à l'établissement</i>	26
2.4. Bilan sous forme de matrice SWOT.....	31
3. Le développement de la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier de Niort : perspectives	33
3.1. Un projet ancré dans la politique de l'établissement.....	33
3.2. Le potentiel de développement.....	34
3.3. Les axes d'amélioration proposés au Comité de pilotage	38
3.4. Les axes retenus par le comité de pilotage	42
3.5. La nécessité de pérenniser la démarche.....	43
3.6. Les hôtels hospitaliers	44
Conclusion	47
Bibliographie	49
Liste des annexes	51

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	Département d'Information Médicale
EDH	Elève Directeur d'Hôpital
ES	Etablissement de Santé
ETP	Equivalent Temps Plein
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GHM	Groupe Homogène de Malades
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection Générale des Finances
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
NOTES	Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
SFAR	Société Française d'Anesthésie et Réanimation
SPA	Single Port Access
SSPI	Salle de Soins Post Interventionnelle
SWOT	Strengths – Weaknesses – Opportunities - Threats
T2A	Tarifcation A l'Activité
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire

Introduction

Les pouvoirs publics ont souhaité que la chirurgie ambulatoire devienne la pratique majoritaire à compter de 2016. Entre 2007 et 2013, le taux de chirurgie ambulatoire est passé en France de 32 à 43% sous l'impulsion des politiques de développement de la chirurgie ambulatoire notamment par le biais de leviers incitatifs financiers. Depuis, nombreux sont les textes à portée juridique qui ne cessent de promouvoir son développement à des fins d'efficience et d'amélioration de la qualité des soins. Le projet de loi de modernisation du système de santé n'y échappe pas puisque qu'à travers le « le virage ambulatoire », il engage le développement, entre autres, de la chirurgie ambulatoire.

Bien que pratiquée depuis de nombreuses décennies, notamment dans les pays anglo-saxons, la chirurgie ambulatoire n'a trouvé de traduction juridique en France qu'à compter de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et reconnaissant la chirurgie ambulatoire comme « structure alternative à l'hospitalisation dispensant, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge »¹. Les articles R.6121-4 et D.6124-301-1 et suivants du code de la santé publique, définissent la chirurgie ambulatoire comme des actes chirurgicaux, généralement programmés, réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention². Mais c'est véritablement en 2003, avec la mise en place du régime d'autorisations relatif à l'activité de chirurgie ambulatoire que ce type de prise en charge du patient est érigé comme mode d'hospitalisation à part entière. Depuis, de nombreux leviers incitatifs ont été mis en place par les pouvoirs publics notamment à travers la mise sous accord préalable orchestrée par la CNAMTS et l'augmentation des tarifs de certains GHS pratiqués en ambulatoire. Désormais, l'incitation laisse progressivement place à la norme, la chirurgie traditionnelle doit devenir l'exception au profit de la chirurgie ambulatoire. La motivation des acteurs pour développer la chirurgie ambulatoire trouve désormais sa source dans les promesses d'efficience qu'elle génère, impliquant les dimensions sanitaire, économique et éthique. Aujourd'hui, le patient est placé au cœur de sa prise en charge, il en

¹ Décret n°1992-1102 du 2 octobre 1992

² Conférence de consensus de mars 1993, reprise par la HAS dans le « socle de connaissances » sur la chirurgie ambulatoire, avril 2012

devient l'acteur principal et l'hôpital ne devient plus qu'un lieu de soins aigus où les actes chirurgicaux pratiqués ne requièrent pas plus de 12 heures de présence en journée.

Alors que l'objectif des 50% en 2016 (44,9% en 2014) devrait probablement être atteint, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a déjà annoncé un nouvel objectif de 62% à horizon 2020, amenant ainsi les établissements de santé à accentuer leurs efforts pour généraliser cette pratique.

Cet objectif ambitieux répond à un double enjeu à la fois médical quant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et économique avec la volonté de maîtriser les dépenses afférentes à la prise en charge. Ce double enjeu se retrouve dans la notion d'efficience à savoir « aboutir à de bons résultats avec le minimum de dépenses³ ».

Les attentes vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire sont nombreuses pour les pouvoirs publics, les professionnels, les établissements de santé et les patients :

- Amélioration du confort des patients
- Limitation du risque d'infections nosocomiales
- Optimisation des processus et des organisations de soins
- Recentrage de l'activité sur le soin
- Diminution des coûts liés à l'hébergement
- Amélioration de l'attractivité d'un établissement de santé⁴

Les avantages apparaissent nombreux et les perspectives entrevues semblent prometteuses pour l'ensemble des acteurs. Il ne s'agit cependant pas d'actionner le simple levier de la « chirurgie ambulatoire » pour qu'une substitution chirurgie conventionnelle - chirurgie ambulatoire ait lieu. La réflexion est globale, associant l'ensemble des acteurs dans une vision de long terme mêlant facteurs sociétaux et managériaux, innovations technologiques et architecturales⁵.

Aujourd'hui, la majorité des recettes hospitalières est issue de l'hospitalisation conventionnelle, et pourtant, les transformations de notre société vont profondément modifier le paysage hospitalier dans les années à venir. Le vieillissement de la population, la sédentarité, l'explosion des pathologies chroniques vont considérablement impacter à la

³ Définition dictionnaire Larousse

⁴ Une étude de 2004 menée par la CNAMTS intitulée « Evolution des parts de marché de la chirurgie classique dans 20 régions entre 1999 et 2001 : réalités et perspectives » a démontré que l'augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire va de pair avec l'augmentation de l'activité de chirurgie classique.

⁵ Future of surgery, Health Care Advisory Board - 2009

hausse le nombre et la lourdeur des pathologies prises en charge. Pour autant, le ralentissement économique de ces dernières années oblige les acteurs du monde sanitaire à envisager des prises en charge efficiente. Que ce soit en termes de dépenses publiques ou de reste à charge, l'ensemble des acteurs de santé visent à ralentir la croissance des dépenses de santé.

L'innovation de ces dernières années en termes de techniques médicales a permis de diminuer la durée des interventions chirurgicales et, in fine, de développer la chirurgie ambulatoire. Plus généralement, l'évolution à long terme de la médecine traduit un glissement progressif de la chirurgie vers des traitements thérapeutiques non chirurgicaux (bio pharmacologie, vaccins, thérapie génique, etc.). Cependant, l'apparition de nouvelles technologies vient sans cesse élargir l'éventail des traitements chirurgicaux possibles (par exemple, l'utilisation du By-pass dans le traitement du diabète). A cela s'ajoute des techniques chirurgicales de moins en moins invasives où la part des actes chirurgicaux effectués par laparoscopie ne cesse d'augmenter et le nombre d'incisions nécessaires de se réduire. La pratique du *Single Port Access* (SPA) soit une seule incision, va en effet entraîner une réduction des risques liés à la chirurgie ouverte et un bénéfice esthétique évident pour les patients. Cette logique est poussée à une telle échelle que de nouvelles techniques d'interventions chirurgicales par voies naturelles⁶ (NOTES – Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery) se développent aujourd'hui. Enfin, la démocratisation du recours à des robots chirurgicaux, toujours plus précis, liée à l'imagerie médicale peut laisser présager, à moyen terme, une possibilité de modéliser et planifier une intervention par ordinateur avant que le robot chirurgical ne procède à l'intervention, réduisant ainsi le risque d'erreur chirurgicale à néant.

Un des enjeux majeurs de l'hôpital va consister à développer des stratégies destinée à capter la patientèle tout en maintenant sa capacité à garder et recruter des chirurgiens⁷. En effet, la profession de chirurgien, davantage féminisée, attire de moins en moins de médecins qui préfèrent s'orienter vers des filières où les temps de formation sont plus courts et qui permettent un style de vie plus souple. Face à cette raréfaction des chirurgiens, les établissements devront mettre en œuvre diverses stratégies afin de répondre à l'accroissement de la chirurgie ambulatoire : standardisation des procédures, des soins et

⁶ Dépêche APM (FB5NTBL4U) du 19/08/2015 : «Le CHU de Toulouse annonce les premières greffes de rein par voie vaginale robot-assistée »

⁷ Future of surgery, Health Care Advisory Board - 2009

des traitements, création d'entités intra hospitalières organisées autour de la logique du parcours patient associant médecins et chirurgiens.

En termes architecturaux, le quartier opératoire de demain ne pourra pas présenter une spécialisation aussi poussée que celle développée aujourd'hui. Dans la mesure où certaines interventions, de spécialités différentes, utilisent le même matériel, l'hôpital devra se doter de salles multi-interventionnelles (répondant aux normes ISO 5) équipées de façon à répondre aux exigences de spécialités dont les procédures, soins et traitements ont été standardisés. Concernant les locaux pré et post opératoires, ceux-ci doivent être pensés en vue d'optimiser la fluidité du parcours patient (méthode du « fast-tracking »). La question des flux patients doit être au cœur de la réflexion architecturale : diminuer les temps d'attente, raccourcir les distances, garantir l'accessibilité, limiter les déplacements soignants par un équipement et des locaux adaptés, sont des leviers importants d'efficacité et de qualité de prise en charge. L'aspect esthétique des locaux revêt également toute son importance dans une perspective de bien-être des patients et des personnels. Que ce soit la disposition des pièces et des équipements, l'éclairage, la stimulation des sens, chaque dimension esthétique doit être pensée et conçue en vue d'améliorer le bien-être du patient, gage parfait de fidélisation. L'investissement vaut tout autant pour le confort des professionnels qui trouveront une qualité de vie au travail à même de les rendre davantage investis.

Pour faire face à ces défis d'envergure garantissant la pérennité du modèle chirurgical de demain, la mobilisation doit être forte afin de lever l'ensemble des freins à son développement, qu'ils soient humains ou organisationnels. C'est en maîtrisant au maximum ces différentes dimensions que le développement de la chirurgie ambulatoire devient possible à large échelle.

Difficile de ne pas introduire la chirurgie ambulatoire sans aborder la question des comparaisons internationales. Les différentes données statistiques⁸ font état d'un retard de la France dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Pourtant, la comparaison internationale est à pratiquer avec de nombreuses précautions non seulement parce que chaque territoire et chaque système de soins est spécifique en fonction de ses caractéristiques géographiques, sociales, historiques, etc. mais aussi et surtout parce que la définition de l'ambulatoire n'est pas la même selon les pays. Quand bien même le périmètre de la chirurgie ambulatoire a récemment évolué en France pour se rapprocher des standards

⁸ Rapport IGAS / IGF, « Perspective du développement de la chirurgie ambulatoire en France », juillet 2014

internationaux⁹, il n'en reste pas moins que la définition du terme ambulatoire varie d'un pays à l'autre. En effet, le système français qualifie de séjour en chirurgie ambulatoire les séjours inférieurs à 12 heures sans nuitée quand, par exemple, la définition de l'ambulatoire en Belgique retient un délai de 8 heures ou que les Etats-Unis qualifient de séjour ambulatoire un séjour pouvant aller jusqu'à 48 heures¹⁰. Par ailleurs, doit également être considérée dans toute comparaison, l'existence de structures d'aval dédiées aux patients ambulatoire tels que les hôtels hospitaliers ; de telles structures permettent une prise en charge ambulatoire facilitée dans la mesure où le patient reste une nuit à proximité directe du plateau technique.

C'est dans ce contexte que le Centre Hospitalier de Niort est maintenant depuis plusieurs années clairement engagé dans un processus de développement de la chirurgie ambulatoire avec, notamment, des moyens dédiés. Pour autant, l'activité peine à décoller. Si au niveau national, le taux de chirurgie ambulatoire s'établit pour 2014 à 44,9 % (périmètre antérieur à 2015¹¹), le CH Niort accuse un retard non négligeable en la matière puisqu'il atteint pour la même période 26,85% (périmètre antérieur à 2015 soit 34,7% selon le nouveau périmètre 2015). Aussi, l'établissement s'est engagé auprès de l'ARS à porter les efforts nécessaires pour parvenir à un taux de chirurgie ambulatoire de 44% en 2016 (nouveau périmètre 2015). C'est donc près de 10 points de progression que le CH Niort doit atteindre sur 2015 et 2016, un projet ambitieux qui se doit de mobiliser nombre d'acteurs.

Ce projet revêt une dimension stratégique pour l'établissement dans la mesure où le développement de la chirurgie ambulatoire entraîne des conséquences notables en termes organisationnels, particulièrement dans le calibrage des services d'hospitalisation complète. L'effet de substitution de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation ambulatoire devrait à terme permettre au CH Niort de diminuer ses capacités en lits d'hospitalisation complète concernant les prises en charge les moins lourdes.

Alors que l'ensemble des acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs du Centre Hospitalier de Niort semble d'accord sur les objectifs et les améliorations à apporter à la

⁹ Sept nouveaux actes ont été intégrés dans la définition de la chirurgie ambulatoire depuis le 1^{er} janvier 2015

¹⁰ Owens PL, Barrett ML, Raetzamn S, Maggard-Gibbons M, Steiner CA. Surgical site infection following ambulatory surgery procedures. JAMA 2014;311:709-16.

¹¹ En effet, les objectifs de taux de chirurgie ambulatoire évoqués avant 2015 raisonnent selon l'ancien périmètre alors que sept nouveaux actes ont été intégrés dans la définition de la chirurgie ambulatoire depuis le 1^{er} janvier 2015

prise en charge chirurgicale ambulatoire, force est de constater que le développement de celle-ci n'est pas suffisant. Cette situation ambivalente n'est pas sans soulever de questions : quels sont les facteurs environnementaux, humains et/ou organisationnels qui expliquent ce faible développement ? Comment faire tomber ou contourner les obstacles au développement de la chirurgie ambulatoire ? Quelles sont les perspectives d'avenir ?

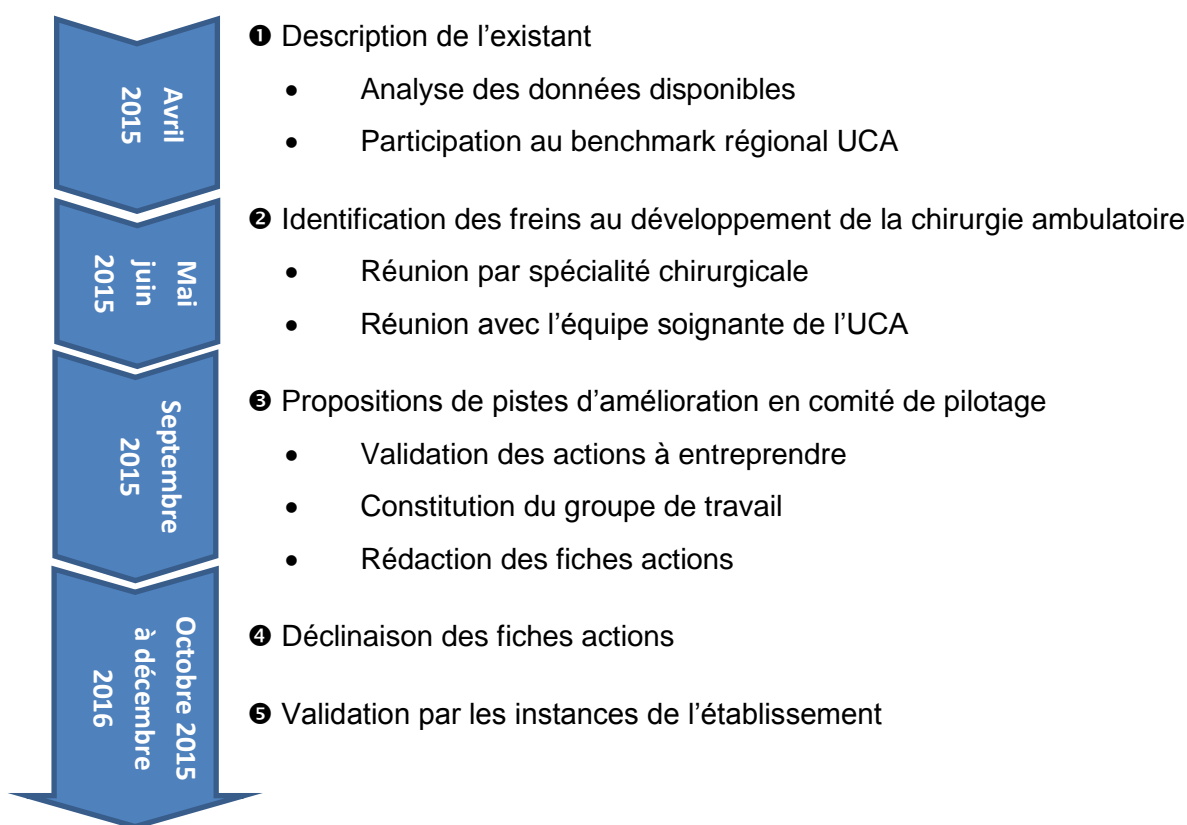
C'est pour répondre à la problématique du développement de la chirurgie ambulatoire que le Centre Hospitalier de Niort a souhaité mener une étude approfondie à travers tout d'abord la réalisation d'un état des lieux de l'activité de chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement et son positionnement dans son environnement, puis l'identification des différents freins au développement de cette activité pour enfin proposer des pistes d'actions permettant d'apporter des réponses à un projet d'ordre stratégique.

1. La chirurgie ambulatoire au CH Niort

1.1. La démarche projet

Si certains actes chirurgicaux se prêtent mieux à l'ambulatoire que d'autres, toutes les spécialités chirurgicales restent concernées par le projet. Aussi, la multitude d'acteurs gravitant autour de l'activité de chirurgie ambulatoire amène nécessairement à structurer ce projet autour d'un noyau de personnes dont les compétences mises en commun vont permettre de définir les actions à mener pour remplir l'objectif fixé. Cependant, cette démarche projet ne doit pas exclure les autres acteurs au risque de perdre leur adhésion et il convient de les associer à des moments clés tout au long du déroulement du projet. Comme recommandé par l'ANAP¹², la structuration en mode projet doit permettre l'implication de tous les acteurs sur la base d'une feuille de route définie et partagée.

L'objectif de 44% de taux de chirurgie ambulatoire en 2016 fixé par les tutelles à l'établissement requiert une mise en route très rapide du projet. Malgré la difficulté pour mobiliser l'ensemble des acteurs dans un laps de temps très restreint, le Centre Hospitalier de Niort a fait le choix d'arrêter un calendrier permettant une définition des actions à mener en 2015 pour une application dès 2016. Ainsi, le calendrier proposé à l'Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes dès avril 2015 est le suivant :



¹² ANAP, « Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi », novembre 2013

Le choix a été fait de constituer un binôme projet associant le Coordonnateur Général des soins et l'élève Directeur d'hôpital en charge du développement de la chirurgie ambulatoire. Ce binôme a pour missions principales de :

- Fixer les grandes étapes de la démarche et le calendrier
- Réaliser le diagnostic initial
- Proposer des pistes d'actions
- Informer l'ensemble des acteurs concernés sur l'avancement du projet

Ce binôme bénéficie du soutien indispensable du Chef d'établissement et du Président de CME. Pour l'ensemble de ces missions, il s'attache à rencontrer et concerter les différents acteurs de la chirurgie ambulatoire. Pour ce faire, le comité de pilotage « chirurgie ambulatoire » déjà constitué depuis plusieurs années, est réactivé et a pour mission de définir et prioriser les actions. Ce comité de pilotage réunit le binôme projet, l'ensemble des chirurgiens et anesthésistes du Centre Hospitalier de Niort ainsi que les cadres et cadres supérieurs du bloc opératoire et de l'UCA. On notera que si tous les acteurs médicaux de la chirurgie ambulatoire de l'établissement sont membres du comité de pilotage, seuls certains y participent activement, resserrant le nombre de membres présents lors des réunions à environ 25 participants. Cependant, le choix d'associer l'ensemble du corps médical à ce comité de pilotage résulte d'une volonté de transparence quant aux démarches engagées et aux choix arrêtés, la liberté est offerte à chacun de participer ou non à leur définition.

Suite au cadrage du projet, la première phase a été de le présenter à l'ensemble des personnels de l'établissement concernés par la prise en charge chirurgicale ambulatoire. Afin de légitimer la démarche et de figer le calendrier, une première présentation a été faite à l'ensemble de l'équipe de direction. Dans un second temps, une présentation du projet, de ses objectifs, ses enjeux et de la méthodologie retenue a été réalisée auprès des membres du Conseil de bloc associant chirurgiens, anesthésistes et cadre de santé du bloc opératoire et de l'UCA¹³.

Suite à cette présentation, la démarche a consisté à rencontrer l'ensemble des équipes chirurgicales, par spécialité, en présence d'un représentant anesthésiste et d'un médecin DIM afin de leur présenter l'évolution de leur activité ambulatoire sur les dernières années, de les comparer aux données des établissements voisins, d'échanger autour des éventuelles difficultés rencontrées et des perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire dans leur spécialité¹⁴. Ces rencontres ont également permis de leur présenter à nouveau le projet, dans le cadre de leur spécialité, en vue de leur adhésion. Le bilan de ces différentes

¹³ Annexe 1

¹⁴ Annexe 2

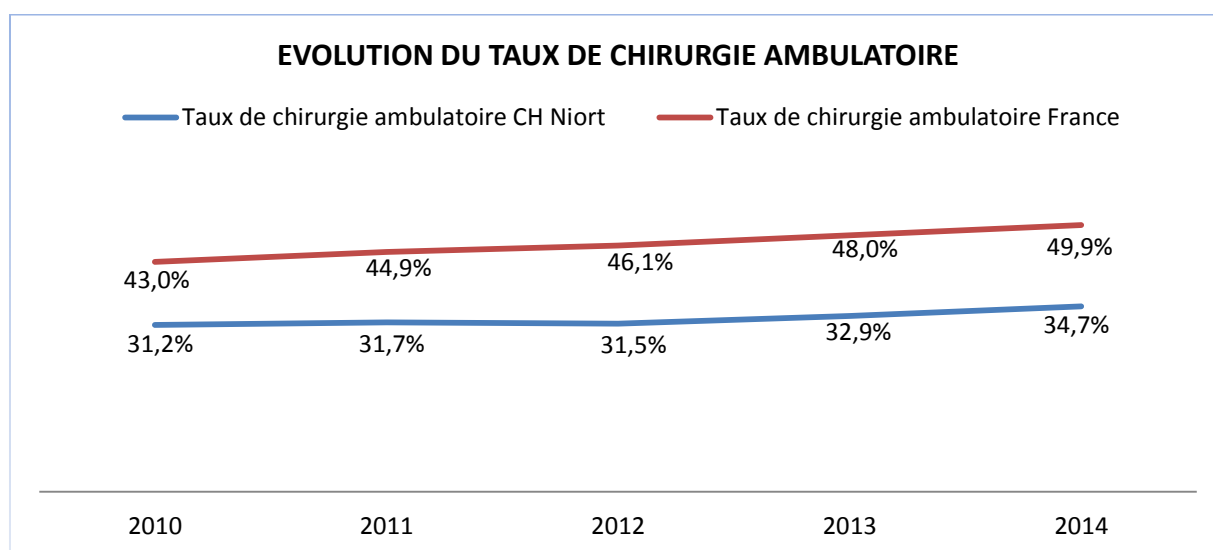
rencontres est globalement positif dans la mesure où le projet a suscité l'intérêt des acteurs, persuadés de son bien-fondé autour d'objectifs largement débattus sur la place publique. De manière générale, il n'y a pas eu de remise en cause de l'objectif, même si il semble difficile à atteindre, et les différentes personnes rencontrées ont été force de propositions quant aux éventuelles pistes à explorer.

Après avoir également rencontré l'équipe de l'UCA, un comité de pilotage « chirurgie ambulatoire » a été organisé afin de présenter l'état des lieux de la chirurgie ambulatoire au CH Niort, de dresser un bilan des freins à son développement, de soumettre à l'avis de ses membres les pistes de travail identifiées et de former un groupe de travail ayant pour objectif de proposer une mise en œuvre opérationnelle des actions retenues.

Suite à ce comité de pilotage, des fiches actions ont été établies définissant pour chaque action les enjeux, le calendrier, les chefs de projet, les actions, les moyens et modalités de mise en œuvre, les facteurs clés du succès, les points de vigilance et les indicateurs de suivi.

1.2. Principales caractéristiques de la chirurgie ambulatoire du CH Niort

La chirurgie ambulatoire au CH Niort se caractérise par une croissance plus faible de son taux que la croissance du taux de chirurgie ambulatoire au niveau national :



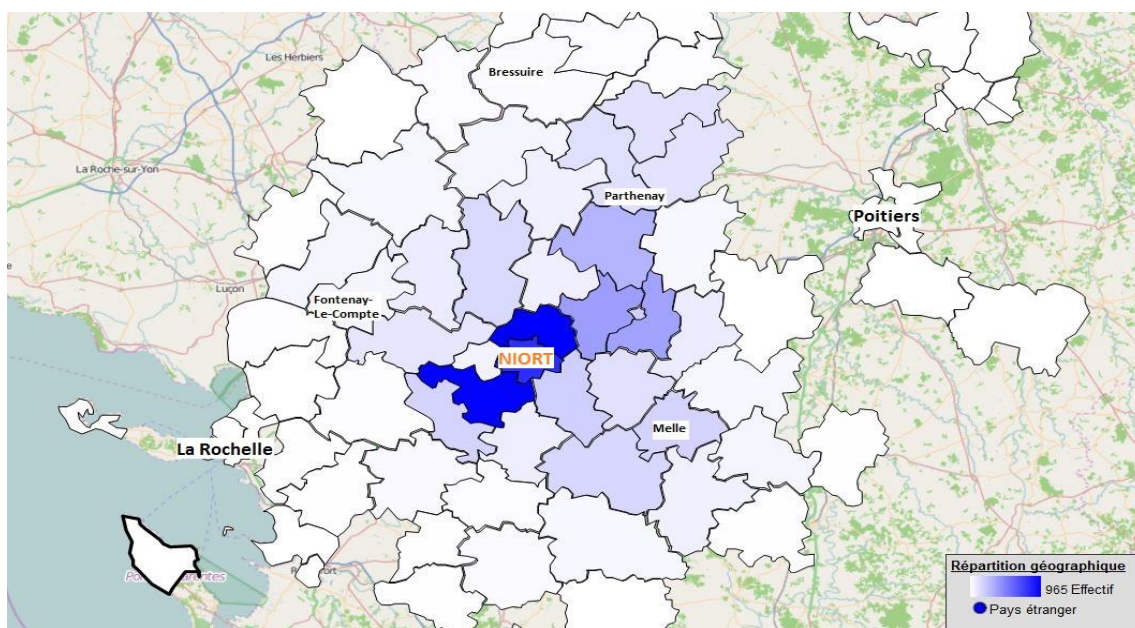
Alors que le taux de chirurgie au niveau national a progressé de 6,9 points entre 2010 et 2014 pour atteindre 49,9% en 2014, le Centre Hospitalier de Niort n'a enregistré une progression que de +3,5 points sur la même période, passant de 31,2% à 34,7%. Cette comparaison doit cependant être menée avec précaution étant entendu que le taux de

chirurgie ambulatoire national englobe des établissements publics et privés de taille très diverse où chaque case-mix a ses spécificités.

Par ailleurs, on peut noter au Centre Hospitalier de Niort une activité de chirurgie ambulatoire dite « foraine » encore trop importante au regard des bénéfices liés à la prise en charge au sein d'une unité de chirurgie ambulatoire. Il s'agit des actes relevant de la chirurgie ambulatoire mais dont la prise en charge est réalisée, non pas au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire, mais en unité d'hospitalisation complète. Pour 2014, ce taux s'établit à 18% quand la valeur cible se situe à 3% à horizon 2016.

En contrepartie d'un taux de chirurgie ambulatoire relativement faible, il est à souligner la bonne performance du CH Niort concernant le nombre de séjours convertis en hospitalisation complète puisque seuls 2,1% des séjours réalisés en unité de chirurgie ambulatoire en 2014 ont dû être convertis. Le recours à la chirurgie ambulatoire se caractérise donc par un risque de complication chirurgicale faible et par une qualification du type de séjour requis pertinente. Cette pertinence des soins est d'autant plus permise par la nature programmée de l'activité de chirurgie ambulatoire puisque plus de 99,5% des séjours de chirurgie ambulatoire font l'objet d'une préadmission.

Le périmètre géographique d'attractivité du CH Niort concernant la chirurgie ambulatoire s'étend sur tout le sud du département des Deux-Sèvres ; de Bressuire à Fontenay-le-Comte au nord et jusqu'à Parthenay à l'Est. Le Sud-Ouest accuse une fuite importante de patients vers le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis tandis que plus à l'Ouest, le CHU de Poitiers exerce une attractivité importante.



Concernant l'activité 2013 de chirurgie ambulatoire pour les patients résidant dans le bassin de vie niortais, le Centre Hospitalier de Niort détient une part de marché de 26,53% alors que la Clinique Inkerman, située à 700 mètres, affiche une part de marché de 49,22%. Les 25% restants se répartissent principalement sur le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, le CHU de Poitiers, Centre Hospitalier Nord-Deux-Sèvres et les établissements de la région Pays-de-Loire. Il est à noter tout de même la dynamique en faveur du CH de Niort puisqu'entre 2012 et 2013, le CH Niort a gagné 2,42% de part de marché quand la clinique Inkerman en perdait 2,47%.

En termes de positionnement régional en Poitou-Charentes, en 2013, le CH Niort se classe en 13^e position concernant le nombre de séjours réalisés en chirurgie ambulatoire (2842 séjours), derrière, entre autres, le CHU de Poitiers (5745 séjours), le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis (4448 séjours) et la Clinique Inkerman (5534 séjours). Concernant le taux de chirurgie ambulatoire, parmi les 23 établissements régionaux ayant pratiqué plus de 1000 actes éligibles à la chirurgie ambulatoire en 2013, le CH Niort se situe en 22^e position avec 32,14% quand la moyenne régionale est de 46,71%.

En termes d'activité de chirurgie ambulatoire, le CH Niort a enregistré en 2013 un total de 2842 séjours parmi lesquels les plus pratiqués sont les suivants :

GROUPES HOMOGENES DE MALADES			
Class.	GHM	Libellé	Effectif
11D,11E	14Z08Z	Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours	<u>471</u>
11D,11E	02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	<u>389</u>
11D,11E	05K14Z	Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	<u>261</u>
11D,11E	03K02J	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	<u>244</u>
11D,11E	05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	<u>160</u>
11E	01C15J	Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire	<u>154</u>
11D,11E	08C14J	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire	<u>138</u>
11D,11E	06C12J	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	<u>127</u>
11D,11E	03C28J	Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire	<u>78</u>
11D,11E	08C45J	Ménisectomie sous arthroscopie, en ambulatoire	<u>71</u>

Parmi les 10 actes les plus réalisés en 2013, le CH Niort se situe en dessous du taux moyen régional de chirurgie ambulatoire global, public ou privé, pour 4 types de prises en charge, à savoir :

- 02C05 – Chirurgie du cristallin CH Niort : 65,82% Base régionale : 87,63%
- 03K02 – Extractions dentaires CH Niort : 85,61% Base régionale : 95,10%
- 06C12 – Chirurgie des hernies CH Niort : 52,26% Base régionale : 55,23%
- 08C45 – Chirurgie du ménisque CH Niort : 84,52% Base régionale : 87%

Cependant, il obtient un taux de chirurgie au-dessus de la base régionale, laissant penser qu'il y a un fort potentiel de développement de l'activité ambulatoire, notamment concernant :

- 05K14 – Accès vasculaires CH Niort : 95,60% Base régionale : 93,23%
- 05C17 – Chirurgie des varices CH Niort : 87,91% Base régionale : 79,17%

1.3. *Les moyens engagés*

Afin d'assurer la prise en charge des patients, le Centre Hospitalier s'est doté, depuis 1998, d'une unité de chirurgie ambulatoire d'abord dotée de 10 places puis agrandie à 21 places en 2010 afin de permettre le développement de son activité et enfin complétée par 3 places supplémentaires début 2015. Parallèlement, en 2010, deux salles interventionnelles ont été créées à proximité immédiate de l'UCA et ont été équipées de façon à prendre en charge des patients relevant principalement de l'ophtalmologie et de la gastro-entérologie. Le reste de l'activité chirurgicale ambulatoire est réalisée au sein des salles du bloc général où le planning d'interventions ne distingue pas de créneaux spécifiquement dédiés à l'ambulatoire.

Outre la prise en charge des patients accueillis dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, une partie conséquente de l'activité de l'UCA (2059 actes en 2014 soit 46,48% de l'activité de l'UCA), concerne l'activité de gastro-entérologie qui se situe en dehors du périmètre de la chirurgie ambulatoire. L'architecture de cette unité est pensée autour du flux patients avec un accueil / secrétariat en début d'unité, puis des chambres réparties sur 2 couloirs ainsi qu'un salon de sortie. A noter que les flux entrants et sortants empruntent les mêmes circulations. Egalement, les personnels sont affectés à la prise en charge patient au sein de l'UCA dans son ensemble, sans distinction pré ou post opératoire.

Cette unité est dotée de 11,60 ETP répartis de façon uniforme du lundi au vendredi, de 7h à 19h :

- IDE : 2 matin / 2 après-midi soit 4,80 ETP
- AS : 2 matin / 2 après-midi soit 4,80 ETP

- Cadre : 1 ETP
- Secrétaire : 1 ETP

A noter le chevauchement entre l'équipe du matin et de l'après-midi. En effet, alors que l'équipe du matin termine son service à 14h45, celle de l'après-midi embauche à 12h15. De fait, la présence en personnel est concentrée sur la période du midi.

Heures IDE + AS (nb par heure)					
Plages	Lu	Ma	Me	Je	Ve
07h-08h	4	4	4	4	4
08h-09h	4	4	4	4	4
09h-10h	4	4	4	4	4
10h-11h	4	4	4	4	4
11h-12h	4	4	4	4	4
12h-13h	7	7	7	7	7
13h-14h	8	8	8	8	8
14h-15h	7	7	7	7	7
15h-16h	4	4	4	4	4
16h-17h	4	4	4	4	4
17h-18h	4	4	4	4	4
18h-19h	4	4	4	4	4
19h-20h	4	4	4	4	4

Si l'on ramène ces effectifs à l'activité 2014, l'UCA dispose de 2,53 ETP pour 1000 patients ce qui situe l'établissement à un niveau plus faible que la moyenne des centres hospitaliers suivis par l'ANAP dans le cadre de la mission d'accompagnement déployée en 2013 (3,21 ETP pour 1000 patients). De même, le nombre d'ETP pour 10 places à l'UCA apparaît plus faible que la moyenne des 5 centres hospitaliers suivis par l'ANAP (4,67 ETP pour 10 places au CH Niort contre 5,74 dans les autres établissements).

Un référent médical anesthésiste accompagne l'équipe de l'UCA dans les différents projets, de même qu'un binôme Directeur des soins / Elève-directeur d'hôpital pilote le projet de développement de la chirurgie ambulatoire en lien avec les équipes médicales et soignantes.

1.4. *Le benchmark régional*

Le Centre Hospitalier de Niort a souhaité participer à un audit organisationnel de la chirurgie ambulatoire au niveau régional initié par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Poitou-Charentes.

Ce benchmark régional engagé en Poitou Charentes repose sur un audit organisationnel des unités de chirurgie ambulatoire de premier niveau basé sur la comparaison. Il doit permettre aux établissements d'évaluer leur organisation et d'améliorer leur performance interne. Il a

pour ambition de donner aux établissements des valeurs repères pour les indicateurs clés de façon à se situer par rapport aux établissements de la région et permettre un partage des bonnes pratiques organisationnelles.

L'audit organisationnel s'est déroulé sur 3 phases. D'abord une phase de recueil des données d'activité sur 4 semaines via une plateforme régionale (mars 2015) puis une phase de restitution des données au niveau de chaque établissement (mai 2015) avant une présentation commune à tous les établissements participants pour une comparaison infra régionale (juin 2015).

Nombreux sont les enseignements de ce benchmark régional qui fournit un panel d'indicateurs organisationnels relatifs à l'UCA mais également le positionnement du CH Niort vis-à-vis des établissements de la région. Les principaux enseignements sont les suivants :

- Le CH Niort développe peu l'échelonnement des arrivées et des sorties des patients puisque 70% des patients arrivent entre 7h et 9h et seuls 2% des entrées se font après 12h (contre 12% pour la région). De même, 15% des patients sortent avant 13h et plus de 50% après 16h. Ainsi, la charge de travail est concentrée en particulier sur le début de journée.

Présence patients UCA/Heures IDE						Présence patients UCA/Heures AS					
Plages	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Plages	Lu	Ma	Me	Je	Ve
00h-07h						00h-07h					
07h-08h	5,0	12,8	10,1	11,4	21,9	07h-08h	2,0	3,7	2,9	3,3	3,9
08h-09h	4,0	7,4	5,1	5,4	7,4	08h-09h	5,3	7,2	6,4	6,7	8,1
09h-10h	5,0	8,3	5,3	6,0	7,8	09h-10h	7,4	9,4	8,0	9,0	10,7
10h-11h	8,6	9,9	8,8	10,5	11,1	10h-11h	8,6	9,9	8,8	10,5	11,1
11h-12h	8,2	7,9	7,0	10,8	10,8	11h-12h	8,2	7,9	7,0	10,8	10,8
12h-13h	4,0	4,1	3,8	5,6	6,4	12h-13h	3,8	4,1	3,8	5,6	6,2
13h-14h	2,0	2,3	2,1	3,1	4,2	13h-14h	1,8	2,3	2,1	3,1	4,0
14h-15h	1,1	1,5	1,1	2,0	2,5	14h-15h	1,1	1,6	1,2	2,2	2,6
15h-16h	0,5	0,7	0,4	0,8	1,1	15h-16h	1,0	1,3	0,9	1,7	2,3
16h-17h	0,4	0,3	0,1	0,3	0,9	16h-17h	0,5	0,4	0,2	0,4	1,1
17h-18h				0,1	0,2	17h-18h				0,1	0,2
18h-19h						18h-19h					
19h-24h						19h-24h					

Nombre de patients présents à l'UCA pour une heure de personnel présent

- Le taux de rotation des lits, bien que dans la moyenne régionale, reste inférieur à 1 (0,94) ce qui signifie que le potentiel d'activité absorbable par cette unité reste élevé. Si on considère un objectif de taux de chirurgie ambulatoire à 44%, toute chose égale par ailleurs au niveau de 2014, le taux de rotation cible interne à l'établissement est de 1,08. Pour les établissements pratiquant le « fast-track » ou principe de la « marche en avant », qui consiste à réduire les étapes de prise en charge au strict nécessaire, la rotation peut aller au-delà de 2 patients par place et par jour. Ainsi, le

calibrage actuel de l'UCA du CH Niort permet d'envisager, sans modification architecturale, un développement important de l'activité de chirurgie ambulatoire.

- Le temps moyen d'un séjour au sein de l'UCA est de 7h18. Si le temps moyen du geste opératoire de 27 minutes reste dans la moyenne régionale, le temps moyen passé entre la collation post-opératoire et la sortie du patient égal à 3 heures, reste conséquent et représente en moyenne 41% du temps du séjour. Cela s'explique en partie par le taux très important de doubles validations de la sortie par le chirurgien et l'anesthésiste puisque 72% des sorties sont doublement validées contre 1% au niveau régional. Dans l'analyse des flux, le temps post collation passé à l'UCA apparait comme un levier essentiel de réduction de la durée du séjour puisqu'il est, par définition, largement compressible.



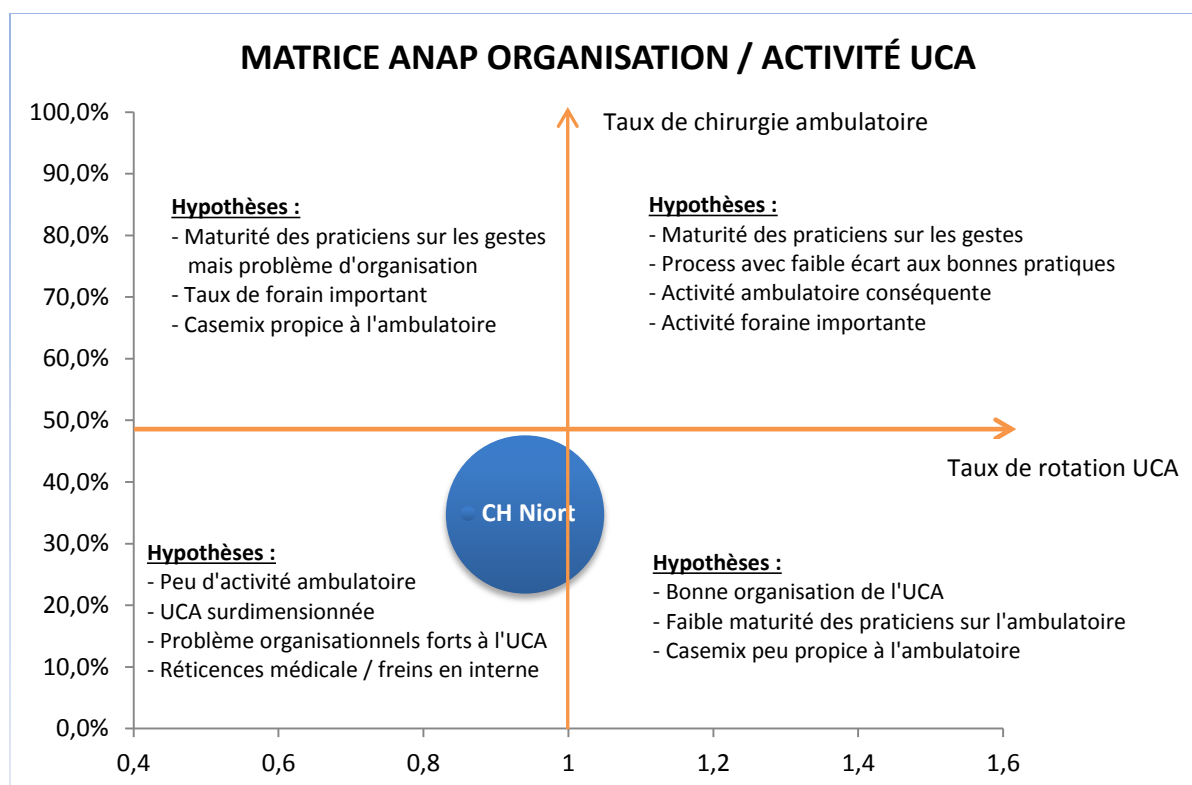
- La nature programmée des prises en charge (98%) a permis de développer quasiment systématiquement l'appel de la veille (dans 82% des prises en charge contre 69% au niveau régional). La contrepartie réside dans la difficulté organisationnelle à prendre en charge l'urgence au niveau de l'UCA. L'appel du lendemain est quant à lui, moins pratiqué (51%) notamment lié au fait que l'UCA fonctionne du lundi au vendredi et que les patients opérés le vendredi ne peuvent être rappelé le lendemain.

Ces chiffres permettent d'affiner la connaissance du fonctionnement de la prise en charge en chirurgie ambulatoire mais mettent également en exergue certains dysfonctionnements pouvant constituer des freins au développement de la chirurgie ambulatoire.

2. Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire du CH Niort

2.1. Diagnostic quantitatif et qualitatif

L'outil de diagnostic fourni par l'ANAP¹⁵ permet de dresser une première analyse des freins potentiels au développement de la chirurgie ambulatoire. Celui-ci est basé sur les données issues de l'activité de l'UCA au regard de son état capacitaire.



Les caractéristiques principales des établissements accompagnés par l'ANAP et se situant dans la même zone de la matrice sont une faible activité de chirurgie ambulatoire au sein d'une UCA surdimensionnée avec des problèmes organisationnels forts et des réticences médicales sur la nécessité de développer l'activité de chirurgie ambulatoire. L'analyse quantitative de l'activité de chirurgie ambulatoire permet donc de caractériser globalement son niveau de développement au CH Niort au regard des autres établissements de même catégorie. Il apparaît donc que le faible niveau d'activité de chirurgie ambulatoire trouve son origine principalement en interne à travers des problématiques de maturité du corps médical et d'organisation de la prise en charge.

¹⁵ ANAP, « Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi », novembre 2013

Afin de compléter ce diagnostic quantitatif, une analyse qualitative réalisée via l'outil d'autodiagnostic fourni par l'ANAP permet de prendre la mesure du niveau d'organisation de l'UCA au regard du parcours du patient. On note ainsi un score de maturité de l'établissement moyen (59 sur 100) laissant apparaître des difficultés notamment dans l'organisation des consultations préopératoires, dans la prise en charge préopératoire ainsi que dans la communication en interne et avec la médecine de ville. Autant d'axes de travail à approfondir dans l'objectif de développer la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement.

		Résultats qualitatifs	
		Taux de remplissage	Note sur 100
AXE 1	Maturité de l'ES / Communication	✓ 100%	45
AXE 2	Ressources / Moyens	✓ 100%	78
AXE 3	Maturité du corps médical	✓ 100%	56
AXE 4	Pilotage et outils	✓ 100%	65
AXE 5	Consultations pré-opératoires	✓ 100%	14
	Pré admission	✓ 100%	100
	Appel de la veille	✓ 100%	100
	Pré-op	✓ 100%	33
	BLOC / SSPI	✓ 100%	58
	Prise en charge UCA	✓ 100%	100
	Sortie	✓ 100%	67
	Appel du lendemain	✓ 100%	100
	Relations avec l'aval	✓ 100%	0
	TOTAL		✓ 100%

Afin d'affiner cette analyse quantitative et qualitative rendue possible à travers les outils mis à disposition par l'ANAP, des rencontres avec les différents intervenants de la prise en charge chirurgicale ambulatoire de l'établissement ont permis de confronter les constats précédemment établis aux différentes pratiques en vigueur au Centre Hospitalier de Niort.

2.2. Les résistances aux changements

La perspective de développement de la chirurgie ambulatoire au sein d'un établissement induit inéluctablement une modification des organisations qui impacte les habitudes et, in extenso, les situations individuelles. Or, dès lors que l'on touche aux habitudes de travail fondées sur la dynamique collective, le risque de modification des jeux d'acteurs devient un

élément bloquant du changement¹⁶. De fait, il convient, avant toute proposition de changement, de bien comprendre la nature même des résistances et décrypter les différents jeux d'acteurs. Cela passe d'une part par une observation sur le terrain, notamment réalisée lors du stage de découverte en mars 2014, et par la rencontre des différents acteurs intervenant dans la chirurgie ambulatoire. Cette analyse révèle des craintes différentes selon les acteurs, pouvant constituer un blocage parfois difficile à contourner, et relevant très souvent de la responsabilité de l'autre.

Ces craintes doivent faire l'objet d'une analyse fine de façon à bien cerner les causes réelles de la résistance aux changements. L'ANAP¹⁷ propose à ce sujet un recensement des différents types de résistance :

Causes de résistances liées à...

...la nature du changement	...la mise en œuvre du changement	...des facteurs individuels
Jugé non légitime : « Les patients préfèrent rester une nuit, c'est plus rassurant »	Dans la préparation, les acteurs ne sont pas suffisamment sensibilisés, informés, sollicités	Les acteurs sont amenés à sortir de leur zone de confort
Jugé non nécessaire : « On a toujours fait comme ça et cela fonctionne »	Dans l'exécution, les moyens ne sont pas mis à disposition : manque de temps, manque de ressources, manque de communication	Accroissement de la charge de travail
Jugé non efficace : « Les patients ne sont pas à l'heure au bloc opératoire quand ils viennent en ambulatoire »	Le développement de l'ambulatoire entraîne des modifications de l'ordonnancement des patients dans la journée opératoire	Âge et ancienneté dans la profession
Envisagé comme trop complexe : « L'organisation génère trop de gestion administrative »		Incompréhension du changement demandé
Jugé non pertinent : « Pourquoi l'ambulatoire permettrait-il de faire des économies? »		Manque de motivation

La compréhension des causes réelles de blocage doivent permettre de préparer un argumentaire de façon à vaincre les principales réticences des acteurs de la chirurgie ambulatoire. L'objectif n'est pas tant de comprendre les différents enjeux auxquels sont confrontés chaque acteur, de façon collective ou individuelle, mais également de convaincre sur la nécessité de modifier les organisations au bénéfice de l'ambulatoire.

Un des leviers essentiels pour vaincre les éventuelles réticences des acteurs de la chirurgie ambulatoire consiste à identifier puis à s'appuyer sur les *leaders* chirurgicaux et anesthésistes, qui savent influencer et fédérer leurs confrères autour de l'objectif du

¹⁶ Paul R. LAWRENCE - How to deal with resistance to change, 1969

¹⁷ ANAP – chirurgie ambulatoire, mode d'emploi – Novembre 2013

développement de la chirurgie ambulatoire. A contrario, l'identification des « *contre leaders* » est toute aussi importante puisqu'il s'agira de diriger principalement les efforts de persuasion vers eux. Là encore, la compréhension des jeux d'acteurs est un préalable à toute proposition de modification des organisations qui viendrait remettre en cause la notion de pouvoir, de territoire et d'appropriation des lits.

2.3. *Les freins identifiés par les acteurs internes de la chirurgie ambulatoire*

A travers les différentes discussions menées auprès des acteurs de la chirurgie ambulatoire (chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, patients), divers points de blocage sont mis en avant pour expliquer la situation spécifique du Centre Hospitalier de Niort. Ceux-ci peuvent être regroupés selon trois catégories principales, à savoir les freins liés aux patients, à l'organisation de la prise en charge ou imputables aux professionnels de la chirurgie ambulatoire.

2.3.1. *Les réticences liées aux patients*

Parmi les freins identifiés en lien avec le patient, la dimension culturelle est prépondérante, de même que son environnement (comorbidités, conditions sociales et géographiques) ou encore les craintes liées aux risques post-opératoires.

D'un point de vue culturel, le développement de la chirurgie ambulatoire apparaît comme une véritable révolution si l'on se place du côté du patient. En effet, on passe progressivement d'un système où celui-ci est complètement passif, où il subit les soins dispensés par un expert, où il est considéré comme ignorant à un système où il devient actif. La chirurgie ambulatoire reste un concept organisationnel centré sur le patient, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais bien le patient. On passe ainsi d'un système organisé autour de la dispensation de soins à un système basé sur le patient et les flux qu'il engendre. Le patient est désormais responsabilisé, il doit prendre part au processus de sa propre prise en charge, la réussite d'un acte opératoire ne dépend plus que du seul chirurgien, mais également du patient lui-même. Cet investissement du patient dans sa prise en charge peut donc constituer un frein qui apparaît tout de même de moins en moins prégnant dans la mesure où le développement de la chirurgie ambulatoire va de pair avec une évolution globale de notre société basée sur l'individualisation des modes de vie du fait de l'hétérogénéisation des populations¹⁸. En ce sens, une enquête menée auprès de 15 patients¹⁹ hospitalisés au

¹⁸ Denis PENEL – Travailler pour soi – Edition du Seuil – septembre 2013

¹⁹ Enquête menée les 11 et 12 décembre 2014 auprès de 15 patients hospitalisés au CHU St-Pierre de Bruxelles lors du stage international

sein de l'UCA du CHU Saint-Pierre de Bruxelles indique que 87,6% d'entre eux préfèrent ne pas passer la nuit à l'hôpital.

Le facteur médical est une condition première à l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire. En fonction de l'âge (moins de 6 mois, plus de 70 ans) ou d'éventuelles comorbidités existantes, la surveillance post opératoire devient indispensable. Cependant, certains acteurs de la prise en charge en chirurgie ambulatoire considèrent la moindre comorbidité comme rédhibitoire. Les différentes discussions menées lors des différents entretiens montrent bien que certaines comorbidités et notamment les plus courantes tel que le diabète ou l'obésité sont tout à fait compatibles avec la prise en charge ambulatoire dans la mesure où les risques post opératoires sont largement maîtrisés. La condition physique comme frein au développement de la chirurgie ambulatoire est donc à relativiser.

L'environnement géographique du patient revient couramment dans les échanges comme un point de blocage du développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, la zone d'attractivité du CH Niort se situe sur un territoire très majoritairement rural limitant de fait son accessibilité. Le développement du réseau de transport ne permet pas à certains patients de se rendre à l'hôpital à une heure matinale et ils sont souvent amenés à devoir effectuer leur déplacement à l'hôpital la veille de leur intervention pour des raisons tenant davantage aux conditions du trajet qu'à la nécessité médicale.

La condition sociale joue également un rôle de frein important au développement de la chirurgie ambulatoire. Certains patients pourtant éligibles médicalement à la chirurgie ambulatoire ne remplissent pas les conditions sociales pour s'y inscrire. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) fixe 6 critères sociaux²⁰ d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire :

- Compréhension suffisante
- Bonne observance des prescriptions médicales
- Conditions d'hygiène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation
- Disponibilité d'un accompagnant pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui
- Conditions d'éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée à l'acte
- Accès rapide à un téléphone

²⁰ Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire www.sfar.org

La multiplicité des critères sociaux recommandés par les sociétés savantes vise à limiter les risques inhérents à l'anesthésie et peuvent parfois constituer un frein au développement de la chirurgie ambulatoire notamment lorsque le critère revêt un caractère subjectif tel que le niveau de compréhension du patient pouvant être confronté à la qualité de l'information qui lui est donnée. Cependant, l'existence de ces critères a pour effet de rassurer les patients quant aux risques post-opératoires, notamment liés à la gestion de la douleur.

2.3.2. *Les freins inhérents aux acteurs de la chirurgie ambulatoire*

Lors des échanges menés avec les opérateurs des différentes spécialités médicales, certaines réticences ou constats d'échec sont venus émailler les discussions. Réinterroger ses propres pratiques n'est jamais une chose aisée et le facteur humain identifié comme élément bloquant du développement de la chirurgie ambulatoire est plus difficile à percevoir. Cependant, on retrouve une certaine tendance à remettre en cause les autres acteurs de la chirurgie ambulatoire, que ce soit le patient ou l'établissement quand bien même cela traduit une certaine réticence de la part des opérateurs chirurgicaux. Plusieurs explications peuvent justifier ce comportement.

Tout d'abord, le mode de prise en charge en ambulatoire peut créer un sentiment de dépossession de la spécificité médicale. Là où le chirurgien est, dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle, l'*expert* sur qui repose l'ensemble des décisions concernant le patient, il devient un simple opérateur d'un processus de prise en charge qu'il ne maîtrise plus de bout en bout. Ce sentiment de dépossession de la spécificité chirurgicale peut amener les opérateurs à se désintéresser de ce type de prise en charge et ne pas adhérer totalement au projet de développement impulsé au niveau de l'établissement.

Ensuite, le régime de responsabilité médicale peut amener certains praticiens à vouloir limiter au maximum tout risque de complications post opératoires pouvant engager sa responsabilité. Pourtant, bien que la profession nourrisse de nombreux fantasmes en matière de responsabilité médicale, il faut bien distinguer la responsabilité civile de la responsabilité administrative²¹. Or, le risque de complications médicales post opératoires relève, sauf faute directement imputable au médecin (faute contre l'humanisme, faute d'imprudence, faute technique), de la responsabilité administrative du médecin qui engage dans ce cas l'établissement. Cette crainte de complications médicales peut les amener à vouloir hospitalier les patients la veille de leur intervention de façon à s'assurer qu'ils suivent correctement le processus préopératoire. De même, la sortie où le maintien du patient en hospitalisation permet de s'assurer d'une prise en charge rapide en cas de complications

²¹ Docteur Clotilde ROUGE-MAILLART, MCU-PH ANGERS, La responsabilité médicale

post-opératoires. Finalement, il peut s'agir de la traduction du souhait de maintenir le sentiment de « toute puissance » du médecin au détriment de la responsabilisation du patient.

La multitude d'acteurs de la prise en charge en chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement et la fréquence de leur turn-over amène une grande diversité de pratiques entre spécialités mais également au sein d'une même spécialité. Or, l'optimisation du processus ambulatoire repose notamment sur la standardisation des prises en charge, gage de qualité et de réduction des risques inhérents à l'acte opératoire. Ainsi, la multitude de pratiques médicales freinent le développement de la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement. De même, l'absence de critères harmonisés d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire limite le développement de cette pratique. En effet, comme le souligne la HAS²², plus les actes sont standardisés et plus il devient simple de les optimiser et de réguler leurs flux. Pour cela, le périmètre des actes éligibles à la chirurgie ambulatoire est établi en fonction des actes les mieux maîtrisés et présentant de faibles risques de complications post opératoires.

2.3.3. Les freins imputables à l'établissement

La dimension organisationnelle détient une lourde part de responsabilité dans le faible rythme de croissance de la chirurgie ambulatoire au sein du CH Niort. Que ce soit en pré, en per ou en post opératoire, de nombreux points de blocage ont été identifiés.

En amont de l'acte chirurgical, le moment des consultations préopératoires revêt un caractère essentiel au bon déroulé de la prise en charge. La délivrance d'une information claire, précise et compréhensible pour le patient permet son adhésion tout au long du processus de prise en charge ambulatoire. Or, à ce jour, il n'y a pas de coordination entre les informations délivrées au moment de la consultation chirurgicale et celles données lors de la consultation d'anesthésie. De plus, le caractère ambulatoire de la prise en charge chirurgicale ne fait pas l'objet d'une information spécifique se distinguant d'une prise en charge chirurgicale classique. Lorsque le chirurgien estime que l'acte à réaliser est éligible à la chirurgie ambulatoire, il remet au patient un « passeport pour la chirurgie ambulatoire »²³, recensant les informations minimales inhérentes à la prise en charge ambulatoire, à rapporter le jour de l'intervention ainsi qu'un « questionnaire médico-social »²⁴ à apporter le

²² HAS – Recommandations organisationnelles – Pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre – 15 fiches techniques explicatives, évaluatives, de mise en œuvre – mai 2013

²³ Annexe 3

²⁴ Annexe 4

jour de la consultation d'anesthésie. C'est sur la base de ce questionnaire que l'anesthésiste valide l'orientation ambulatoire de la prise en charge, sans que l'information donnée au patient soit formalisée et tracée. De même, la programmation du bloc opératoire n'étant connue que 14 jours avant l'intervention, il n'est pas possible, lors de la consultation d'anesthésie, d'adapter les consignes à l'heure de passage au bloc. Il n'y a donc aucune assurance que le patient ait compris l'ensemble des informations qui lui sont fournies et qu'il adhère bien au mode de prise en charge qui lui est proposé. Le risque de non-respect des consignes liées à une intervention chirurgicale peut remettre en cause la prise en charge, que ce soit pour la préparation préopératoire ou pour la réalisation des analyses indispensables à la réalisation de l'acte chirurgical. Bien que l'appel de la veille²⁵ permette de s'assurer, même tardivement, de la bonne compréhension de ces consignes par le patient, les chirurgiens préfèrent pour certains patients, les hospitaliser la veille de façon à s'assurer qu'ils soient dans les meilleures dispositions pour l'acte opératoire du lendemain.

Aujourd'hui, le mode d'hébergement du patient n'a aucun impact sur sa prise en charge au bloc opératoire. En effet, que le patient relève ou non de l'ambulatoire, le geste opératoire est le même, l'anesthésie également. Pourtant, l'organisation des plannings opératoires impacte directement la fluidité du parcours patient tout au long de sa prise en charge. Bien que clairement identifié au sein du programme opératoire établi en cellule de coordination 14 jours auparavant, l'acte réalisé en ambulatoire ne fait pas l'objet d'un traitement particulier coordonné avec l'UCA. Ainsi, il n'y a pas d'organisation globale au niveau du bloc opératoire, si certains chirurgiens ont plutôt tendance à prévoir leurs interventions ambulatoires en début de programme de manière à s'assurer que le patient soit en état de rentrer à son domicile en fin de journée, d'autres préfèrent engager leur programme opératoire sur les actes les plus lourds de façon à limiter les dépassements de créneaux opératoires. De plus, les opérateurs sont souvent amenés, au décours de leur programme, à modifier l'ordre des interventions en fonction des aléas rencontrés (retard de patient, acte opératoire plus ou moins long que prévu, etc.). Pour faire face à ces changements de dernière minute, l'UCA a fait le choix de convoquer la majorité des patients en début de programme entraînant de ce fait :

- Un alourdissement de la charge de travail de l'équipe de l'UCA en début de journée
- Des temps d'attente préopératoires pouvant être extrêmement longs
- Un manque de fluidité dans le parcours patient limitant la rotation des lits et places au sein de l'UCA

Le fonctionnement actuel de la chirurgie ambulatoire au CH Niort privilégie exclusivement l'activité programmée (99%). Le programme opératoire fixé 14 jours à l'avance selon des

²⁵ Annexe 5

créneaux opératoires distribués selon les spécialités ne procure pas la souplesse nécessaire au développement de la chirurgie ambulatoire. Bien que de plus en plus attentive aux absences programmées des chirurgiens pour optimiser la répartition des créneaux opératoires, la cellule de programmation du bloc opératoire ne peut anticiper les absences non programmées et les annulations intervenants dans les jours précédents l'intervention. Or, aucune organisation formalisée n'est définie pour occuper ces créneaux qui permettraient d'optimiser l'occupation des salles opératoires et limiteraient les délais d'attente opératoires. Quand bien même un chirurgien pourrait proposer un patient sur le créneau rendu disponible, c'est souvent la difficulté d'organiser une consultation d'anesthésie dans un délai resserré qui constitue le blocage.

Par ailleurs, la répartition des plages opératoires entre les différentes spécialités ne tient pas compte du flux patients engendré par l'activité ambulatoire²⁶. Dans les faits, certaines spécialités telles que l'ophtalmologie, la gastroentérologie ou encore l'orthopédie, disposent de créneaux opératoires pouvant être disposés sur une même journée ou demi-journée, générant de fait une activité ambulatoire importante. Le flux patients généré par l'ensemble de ces activités ne peut être absorbé par l'UCA qui se voit contraint de refuser certaines prises en charge faute de place, renforçant ainsi l'activité dite « foraine » de l'établissement. A contrario, certains jours prévoient des plages opératoires peu concernées par la prise en charge ambulatoire et n'optimisent pas pleinement l'UCA.

	CTV	GYNECO / IVG	UROLOGIE	VISCERAL	ORL	OPHTALMO	STOMATO	ORTHO	ENDOSCOPIE	DOULEUR	TOTAL
LUNDI	15	95	25	67		225		131	292	141	991
MARDI	88	56	30	37	120	135		153	205	119	943
MERCREDI	38	75	24	42	45	120		137	174	79	734
JEUDI	63	77	41	45	20		175	131	203	100	855
VENDREDI	78	167	85	70	29		60	151	139	121	900
TOTAL	282	470	205	261	214	480	235	703	1013	560	4423

Fréquentation de l'UCA par spécialité et par jour en 2014

La non informatisation du bloc opératoire constitue un frein à la fluidité du parcours patient dans la mesure où il génère une altération dans la transmission d'informations entre le bloc opératoire et l'UCA. Le mode d'affichage du programme opératoire au niveau du bloc opératoire sur tableau blanc avec des feuilles imprimées ne permet pas de répercuter les

²⁶ Annexe 6

changements sur le programme disponible à l'UCA. De ce fait, ni l'équipe de l'UCA, ni les patients en attente de passage au bloc opératoire ne sont au courant d'un éventuel retard ou changement de programme opératoire, souvent source de mécontentement.

Bien qu'équipé de 2 salles opératoires adjacentes à l'UCA, le Centre Hospitalier de Niort doit faire face à de nombreuses contraintes architecturales. Tout d'abord, la séparation physique entre le bloc central et les 2 salles situées à proximité de l'unité de chirurgie ambulatoire ne facilite pas les allers-venues des personnels. Cette disposition des locaux est d'autant plus contraignante que les 2 blocs sont séparés par un couloir de circulation. Or, les règles d'hygiène et d'asepsie requièrent que toute personne entrant au bloc opératoire respecte une procédure longue et contraignante de décontamination qui, ici, ne peut être respectée dans certains cas d'urgence. Par ailleurs, la spécificité technique des 2 salles adjacentes à l'UCA, l'une pour l'ophtalmologie, l'autre pour la gastroentérologie, limite largement leur accès aux autres spécialités. L'absence de plombage dans la salle d'opération dédiée à l'ophtalmologie exclut de fait le recours à un amplificateur de brillance mobile pour les actes de radiologie et ne permet donc pas l'utilisation de cette salle pour la majorité des chirurgies.

Si la question de la surcapacité est posée par le diagnostic quantitatif proposé par l'ANAP (cf. infra 1.3.1), le faible taux de rotation pratiqué aujourd'hui à l'UCA infirme ce constat. En effet, les 24 places disponibles à l'UCA affichent un taux d'occupation moyen de 86,8% au 1^{er} semestre 2015, amenant au quotidien des refus de prendre en charge certains patients faute de place disponible (124 refus au 1^{er} semestre 2015).

Concernant la sortie du patient, le benchmark régional a mis en évidence un temps de maintien en unité post collation de 3 heures en moyenne quand bien même le patient est considéré comme apte à la rue. Ce laps de temps passé à attendre la sortie s'explique par la double signature de validation de la sortie du patient. En effet, à ce jour, la quasi-totalité des sorties sont validées à la fois par le chirurgien ayant procédé à l'acte opératoire et par l'anesthésiste (72%). Si cette double signature permet de limiter le risque de complications post opératoires, il tend à considérablement allonger les délais d'attente pour la sortie du patient. Cette situation est le fruit d'une absence de coordination médicale dans laquelle chaque acteur refuse de voir sa responsabilité engagée en cas de complications post-opératoires. L'absence d'accord autour de la protocolisation de la sortie constitue un véritable frein au développement de la chirurgie ambulatoire qui empêche toute rotation sur une même place d'UCA.

Tableau de synthèse des freins au développement de la chirurgie ambulatoire

En lien avec les patients	En lien avec les acteurs de la chirurgie ambulatoire	En lien avec l'organisation interne à l'établissement
<ul style="list-style-type: none"> • Certains patients sont rassurés à l'idée de passer une nuit à l'hôpital • Les comorbidités sont trop importantes pour une prise en charge en chirurgie ambulatoire • Le patient habite dans une zone trop isolée en cas de complications postopératoires • L'environnement social du patient ne permet un retour à domicile dans de bonnes conditions 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de dépossession de sa spécificité médicale. • La responsabilité médicale peut être engagée en cas de complications postopératoires • Peu de standardisation des pratiques médicales • Manque de connaissance des critères harmonisés d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de coordination des acteurs dans les informations délivrées aux patients • Peu de souplesse laissée dans la programmation du bloc opératoire • Pas de réflexion autour d'une répartition de l'activité ambulatoire sur les différents jours de la semaine • Pas d'assurance que le patient ait bien compris les informations nécessaires à sa prise en charge et y adhère • Pas d'organisation du programme opératoire prenant en compte spécifiquement les actes relevant de la chirurgie ambulatoire • Peu d'échelonnement des arrivées à l'UCA • Les salles adjacentes à l'UCA ne permettent pas une activité diversifiée • La double validation de la sortie allonge considérablement les durées de séjour • Manque de visibilité de l'UCA sur l'évolution du programme opératoire

2.4. Bilan sous forme de matrice SWOT

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'une unité de prise en charge dédiée à la chirurgie ambulatoire • Objectif inscrit au projet d'établissement et dans le CPOM • Binôme EDH / Directeur des soins soutenu par le Chef d'établissement et le Président CME • Acteurs identifiés, comité de pilotage existant • Faible taux de chirurgie ambulatoire forain • Faible taux de transfert de séjour ambulatoire en hospitalisation complète • Capacité de l'UCA adaptée à l'activité • Appel de la veille systématique • 2 salles opératoires adjacentes à l'unité de chirurgie ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible taux de chirurgie ambulatoire • Pas d'organisation définie pour la prise en charge ambulatoire des urgences • Flux patients en pré et post admission non différenciés • Peu d'échelonnement des arrivées • Faible taux de rotation des lits • Temps de prise en charge global très important • Résistances aux changements • Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire non harmonisés • Manque de coordination entre les acteurs dans les informations délivrées aux patients • Pas d'informatisation du programme opératoire • Diversité des pratiques médicales liée au turnover des praticiens • Pas d'organisation des plannings opératoires tenant compte du type de séjour • Pas de lissage de l'activité sur la semaine • Blocs central et ambulatoire séparés par un couloir • Pas d'appel du lendemain lorsque la sortie a lieu le vendredi

OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Case-mix de l'établissement permettant le développement de la chirurgie ambulatoire • Objectif de développement de la chirurgie ambulatoire ambitieux • Taux de chirurgie ambulatoire en hausse constante depuis plusieurs années • Adhésion du public à ce mode de prise en charge • Architecture permettant un agrandissement de l'UCA • Meilleure connaissance de l'activité de chirurgie ambulatoire grâce à la réalisation du benchmark régional 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre hospitalier situé à moins d'une heure à l'Est et à l'Ouest des 2 établissements de la région les plus attractifs • Présence sur le territoire de santé d'une clinique avec une forte activité de chirurgie ambulatoire • Territoire de santé à dominante rurale

3. Le développement de la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier de Niort : perspectives

3.1. *Un projet ancré dans la politique de l'établissement*

A la lumière du constat d'une activité de chirurgie ambulatoire sous développée et des freins pouvant l'expliquer, le Centre Hospitalier de Niort, dans le prolongement des politiques instituées par les tutelles, a souhaité apporter une réponse organisationnelle pouvant impulser une nouvelle dynamique auprès des acteurs concernés. Le développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans un mouvement de profonde modification du paysage hospitalier qui tend à s'accélérer dans le cadre du plan d'économies.

En effet, que ce soit la Direction, le corps médical et paramédical, tous sont persuadés depuis de nombreuses années du caractère inéluctable et bénéfique du virage ambulatoire pour ce qui concerne la chirurgie. Cependant, la mise en place de cette dynamique demande du temps et une mobilisation importante de l'ensemble des acteurs concernés. Déjà, le projet d'établissement 2008-2012 prévoyait un « renforcement de l'activité chirurgicale, en particulier de la chirurgie ambulatoire »²⁷. Désormais, le projet d'établissement 2013-2017 consacre cet objectif comme objectif prioritaire et, par essence, transversal à plusieurs pôles. Il se décline à la fois par des objectifs de moyens (réorganisation interne de la chirurgie ambulatoire) et par des objectifs de résultats (nouvelles activités à développer, taux de chirurgie ambulatoire à atteindre conformément au contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS en juin 2012, taux de rotation à améliorer). Ces objectifs de résultats se sont considérablement renforcés avec le temps, d'abord fixé en 2012 à 30% à horizon 2017, l'objectif est passé à 38% lors de la signature de l'avenant au CPOM en 2013 puis à 44% à horizon 2016 dans l'avenant 2015²⁸.

L'évolution des objectifs relatifs au développement de la chirurgie ambulatoire va de pair avec la politique nationale en la matière qui tend à progressivement se renforcer au profit d'un glissement de la chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire. La mise en œuvre du plan triennal d'économies ONDAM 2015 / 2017 vise, pour son volet « virage ambulatoire », la « réduction des durées moyennes de séjours » par « diminution des capacités

²⁷ Projet d'établissement 2013-2017 – Bilan du projet d'établissement 2008-2012

²⁸ A souligner tout de même le changement de périmètre de la chirurgie ambulatoire entre 2014 et 2015

d'hospitalisation complète »²⁹. Ainsi, les établissements de santé sont invités à repenser leur organisation interne de façon à réduire leur capacitaire de lits d'hospitalisation complète au profit de l'ambulatoire. A ce titre, parmi les objectifs inscrits au CPOM 2015 du Centre Hospitalier de Niort, figure l'engagement d'une « réflexion sur une diminution capacitaire en chirurgie ».

Ce plan triennal d'économie 2015 / 2017 s'accompagne, au niveau de la région Poitou-Charentes, d'un « Programme d'appui au plan triennal » piloté par l'ANAP et l'ARS Poitou-Charentes. Ainsi le Centre Hospitalier de Niort va bénéficier d'un accompagnement méthodologique afin d'établir un diagnostic sur des champs d'activité bien spécifiques, dont la chirurgie ambulatoire, en vue de définir les actions nécessaires pour « mener à bien les transformations attendues dans le cadre du plan triennal d'économie »³⁰. Ce diagnostic viendra enrichir le travail déjà engagé au niveau de l'établissement par les différents acteurs de la prise en charge en chirurgie ambulatoire ainsi que dans le cadre de ce mémoire professionnel. Les propositions d'actions qui en découleront pourront, le cas échéant, venir compléter le plan d'action défini en interne à l'établissement.

3.2. Le potentiel de développement

Toute perspective de développement de l'activité doit faire état d'un objectif chiffré qui, s'il ne se veut pas décourageant pour les acteurs, se doit d'être réalisable. Pour ce faire, concernant la chirurgie ambulatoire, il doit tenir compte des caractéristiques propres à l'activité de l'établissement et donc à son case-mix. En effet, en fonction des caractéristiques inhérentes au territoire sur lequel il est implanté, des besoins de santé de la population, des ressources médicales dont il dispose, de son histoire, et d'une manière générale, d'une multitude de paramètres qu'il ne maîtrise pas forcément, chaque établissement génère une activité qui lui est propre et dont la tutelle doit tenir compte pour fixer les objectifs à atteindre.

Ainsi, chaque rencontre avec les chirurgiens par spécialité a donné lieu en amont à un travail préparatoire en lien avec le DIM visant à déterminer le potentiel d'activité pouvant basculer de la chirurgie conventionnelle à la chirurgie ambulatoire. La méthode retenue est celle

²⁹ Circulaire N° DGOS/R1/2015/140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé.

³⁰ Programme d'appui au plan triennal – Réunion de lancement régional du 08/07/2015 : Région Poitou-Charentes

proposée par l'ANAP³¹ qui évalue le potentiel de séjours transférables en ambulatoire à partir des RSS de la spécialité réunissant les caractéristiques suivantes :

- Séjour chirurgical inclus dans le périmètre de la chirurgie ambulatoire
- Séjour passé par une seule unité médicale
- Séjour dont le mode d'entrée et le mode de sortie sont le domicile
- Séjour dont la provenance exclue les urgences
- Séjour dont le niveau de sévérité est inférieur strictement à 3
- Séjour dont le patient est âgé de moins de 75 ans
- Séjour dont la durée est inférieure strictement à 3
- Séjour dont la codification existe en J

Ainsi, le potentiel de développement, pour chacune des spécialités investiguées, est le suivant :

	Taux de chirurgie ambulatoire 2014	Potentiel de développement 2014	Taux cible de chirurgie ambulatoire 2014
ORL	43,85%	+20,42%	64,27%
GYNECOLOGIE (hors IVG)	32,85%	+22,27%	55,12%
VISCERALE	17,03%	+17,20%	34,23%
OPHTALMOLOGIE	75,08%	+7,79%	82,87%
UROLOGIE	24,07%	+12,20%	36,27%
ORTHOPEDIE	23,6%	+5,79%	29,39%
THORACIQUE ET VASCULAIRE	45,04%	+6,42%	51,46%
TOTAL	34,72%	+10,70%	45,42%

³¹ ANAP – OPEERA : outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire

On note un potentiel global sur l'établissement de 891 actes chirurgicaux supplémentaires pouvant être réalisés en ambulatoire selon la méthode de l'ANAP, soit un taux de chirurgie ambulatoire cible de 45,42% contre 34,72% en 2014 (+10,70%). Les spécialités chirurgicales avec le plus fort potentiel sont la gynécologie (+22,27%), la chirurgie ORL (+20,42%) et la chirurgie viscérale (+17,20%). A contrario, les spécialités disposant des marges de progression les plus faibles sont l'orthopédie (+5,79%), la chirurgie thoracique et vasculaire (+6,42%) et l'ophtalmologie (+7,79%). Ce découpage par spécialité permet de cibler les actions à entreprendre sur des domaines précis, notamment concernant les pratiques médicales. Cependant, de façon à simplifier le schéma de développement de la chirurgie ambulatoire et de permettre un partage des actions à mener entre tous les acteurs notamment médicaux, il apparaît évident de ne pas raisonner sur une spécialité dans son ensemble mais sur quelques actes suffisamment représentatifs pour que leur substitution de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation ambulatoire est un impact sur le taux de chirurgie ambulatoire global.

Ainsi, les rencontres avec les opérateurs de chacune des spécialités ont ensuite donné lieu à une analyse fine des actes concernés par ce potentiel de manière à pouvoir établir une liste d'actes marqueurs pouvant faire l'objet d'un suivi dans le temps. L'objectif étant de concentrer les moyens d'action sur l'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire de ces actes marqueurs. Ont ainsi été proposés les actes suivants :

GHM	Libellé	Nb actes 2014	Nb actes en ambulatoire 2014	Taux de chirurgie ambulatoire	Moyenne régionale
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	275	244	88,73%	95,64%
03C21	Intervention pour oreilles décollées	11	6	54,55%	56,08%
03C07	Intervention sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans	37	2	5,41%	24,44%
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	217	112	51,61%	60,38%
06C25	Interventions réparatrices pour hernies à l'exception des hernies inguinales, crurales, âge supérieur à 17 ans	86	39	45,35%	39,29%
06C19	Hémorroïdectomies	112	30	26,79%	22,54%
09C08	Interventions sur la région anale et périanale	70	3	4,29%	35,41%

02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	590	445	75,42%	88,45%
03C10/ 03C11/ 03C22/ 03C27	Amygdalectomies	58	0	0%	31,69%
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	42	19	45,24%	75,08%
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins	102	23	22,55%	53,76%
13C07	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires	83	10	12,05%	18,21%
13C17	Cervicocystopexie	41	15	36,59%	41,47%
08C58	Arthroscopie de l'épaule	28	0	0%	15,38%
01C15	Libérations du médian au canal carpien	195	165	84,62%	93,77%
08C14	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	164	119	72,56%	73,27%
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie	81	67	82,72%	88,58%
08C44	Autres interventions sur la main	175	53	30,29%	74,42%
08C46	Autres interventions sur les tissus mous	90	41	45,56%	69,45%
01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien	33	23	69,7%	77,93%
08C37	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	90	17	18,89%	25,42%
17C03	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies	35	3	8,57%	25,25%
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	224	27	12,05%	15,02%
03C09	Rhinoplastie	17	0	0%	16,85%
12C07	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	46	24	52,17%	55,35%
11C11	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires	195	14	7,18%	12,94%
05C17	Ligatures de veines et éveinages	207	184	88,89%	81,93%

05C21	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05	24	3	12,5%	7,58%
TOTAL		3328	1688	50,72%	69,13%

3.3. Les axes d'amélioration proposés au Comité de pilotage

Sur la base du parcours patient et au vu des actes marqueurs identifiés dans le tableau précédant, des axes d'amélioration ont été identifiés afin d'en faire la présentation en Comité de pilotage.



➤ Harmoniser les informations délivrées au patient

L'information donnée au patient doit être adaptée aux spécificités de la prise en charge ambulatoire. La délivrance du « passeport ambulatoire » au cours de la consultation chirurgicale doit s'accompagner d'une information orale qui reprend les principaux éléments

tels que les mesures préopératoires, le retour au domicile, etc. Ces informations doivent être reprises, de façon claire, cohérente et harmonisée par l'ensemble des acteurs de la prise en charge ambulatoire et notamment lors de la consultation anesthésique. La bonne compréhension de ces informations est gage d'adhésion et de responsabilisation du patient à sa prise en charge. L'organisation de la consultation préopératoire pourra prévoir, par redéploiement de moyens, un temps d'information spécifique à l'ambulatoire délivrée par un IDE dédié de façon à exonérer partiellement le corps médical de cette information. Par ailleurs, l'ensemble des supports délivrés au patient doivent être recensés et actualisés afin de s'assurer que l'information délivrée soit cohérente avec les pratiques du Centre Hospitalier de Niort.

➤ **Harmoniser les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire**

Pour chacun des actes en question, un travail d'harmonisation des critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire doit être mené afin que chaque spécialité puisse s'appuyer sur un référentiel en fonction de l'acte à effectuer. Ce travail doit promouvoir la chirurgie ambulatoire comme chirurgie par défaut et prévoir les critères d'exclusion à cette pratique sur la base de critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux. Il est entendu que l'élaboration de tels critères n'exclue pas l'analyse au cas par cas et le calcul bénéfice / risque pour le patient. Cette harmonisation des pratiques devra s'appuyer sur les recommandations professionnelles des différentes sociétés savantes concernées et dégager un consensus propre au Centre Hospitalier de Niort.

➤ **Systematiser la préadmission**

De manière à fluidifier le parcours patient, il convient d'éviter tout risque de rupture de la marche en avant du patient. Bien que l'organisation du service des admissions du CH Niort ne soit pas en cause, l'afflux important de patient à l'ouverture de l'UCA présente un risque potentiel de goulot d'étranglement. Pour cette raison, la généralisation de la préadmission doit permettre d'écourter le circuit patient le jour de l'intervention et de limiter les retards de prise en charge. Pour le confort du patient, cette préadmission doit pouvoir s'effectuer le jour de la consultation chirurgicale ou anesthésique et il convient donc d'inviter le patient à se rendre au service des admissions dès la sortie de sa consultation. A cette fin, le service concerné doit anticiper la signalétique afin de faciliter le cheminement du patient.

➤ **Ouvrir des plages opératoires dédiées à l'ambulatoire**

La disposition actuelle de deux salles d'intervention à proximité immédiate de l'UCA constitue un atout pour le développement de l'ambulatoire. En tenant compte des spécificités techniques des deux salles (présence ou non de plombage), il est possible de proposer une

organisation permettant d'y développer une activité exclusivement ambulatoire pour des spécialités autres que l'ophtalmologie et la gastroentérologie. Cette programmation doit s'accompagner de la mise en place de nouveaux créneaux opératoires d'après-midi qui pourrait accueillir une spécialité différente du matin (par exemple 8h-12h puis 12h30-16h30). Cette organisation pourra prévoir la présence d'un anesthésiste pour les deux salles de bloc et permettra une validation plus rapide de la sortie des patients par les chirurgiens entre deux interventions.

Une mise en place progressive sur une journée d'abord puis sur deux journées à terme permettra une meilleure adaptation des différents intervenants. Par exemple, il serait possible de reporter les actes endoscopiques du jeudi ou du vendredi sur un autre jour de la semaine de façon à libérer les deux salles de bloc adjacentes à l'UCA qui pourraient alors accueillir chacune un créneau de matin et un créneau d'après-midi, soit dans 4 spécialités différentes restant à définir.

Cette organisation impose de définir au préalable les actes nécessitant une prise en charge de courte durée qui pourraient être réalisés sur un créneau opératoire d'après-midi. De même, la réflexion relative aux règles de jeun préopératoire doit être menée pour les patients admis en fin de matinée ou début d'après-midi.

La concentration de l'activité chirurgicale ambulatoire sur un créneau opératoire facilite l'échelonnement des arrivées patient. En effet, la chirurgie ambulatoire concerne des actes très standardisés dont les temps peropératoires sont bien maîtrisés, il devient alors plus simple d'établir et de tenir un planning fixé au préalable et donc de prévoir les arrivées des patients en conséquence.

➤ **Créer une de prise en charge filière courte / filière longue**

En parallèle de la mise en place de créneaux opératoires dédiés à l'ambulatoire, chaque spécialité doit s'attacher à définir les actes pouvant faire l'objet d'une prise en charge courte, c'est-à-dire de moins de 4 heures. Ces actes devront être prioritairement réalisés sur les temps opératoires dédiés à l'ambulatoire de façon à faciliter la rotation des patients au sein des lits et places de l'UCA. Les patients s'inscrivant dans un circuit court devront faire l'objet d'une attention particulière quant à la validation de leur sortie puisque de l'effectivité de leur sortie dans les temps prévus dépendra le bon déroulement du planning opératoire, et notamment en vue d'accueillir les patients sur des créneaux opératoires d'après-midi.

La création d'un espace de 6 fauteuils destinés aux patients s'inscrivant dans la filière courte doit permettre de fluidifier le parcours patient. Les locaux actuels de l'UCA permettent d'envisager une telle organisation puisqu'il existe au sein du service deux pièces adjacentes

dont l'une pourrait accueillir 6 fauteuils et l'autre pourrait servir de vestiaire mixte. Cette nouvelle modalité de prise en charge pourrait permettre d'accueillir principalement des patients relevant de l'ophtalmologie pour une chirurgie de la cataracte.

➤ **Harmoniser la programmation opératoire**

Afin de lisser les flux de patients sur la journée, il est nécessaire d'engager une réflexion sur l'harmonisation des règles de constitution du planning opératoire en ciblant les moments du programme opératoire dédié à l'ambulatoire. Cette programmation permettra de coordonner les prises en charge en fonction des contraintes liées au type d'hébergement. En contrepartie, les chirurgiens pourront être assurés que leurs patients sont préparés à l'intervention dans les délais.

De même, la répartition sur la semaine des créneaux opératoires entre spécialités devra tenir compte du mode d'hébergement de manière à répartir équitablement l'activité sur les différents jours de la semaine et limiter les refus pour absence de place disponible. Plus largement, la possibilité de créer des créneaux entièrement dédiés à l'ambulatoire serait l'occasion de repenser cette répartition. Par définition, cette nouvelle répartition viendrait chambouler l'ensemble des activités des spécialités chirurgicales et pourrait amener une perte de repère pour les professionnels et les patients qu'il convient de prendre en compte.

➤ **Améliorer la visibilité de l'activité du bloc opératoire**

Afin d'optimiser le flux des patients en amont de la prise en charge chirurgicale, l'UCA doit pouvoir disposer des informations relatives à l'avancement du programme opératoire en temps réel. Le suivi du programme opératoire par les différentes équipes concernées (blocs opératoires, SSPI, UCA) est une condition nécessaire pour la fluidité des patients dans les différentes étapes de sa prise en charge. C'est la possibilité d'anticiper un départ ou une arrivée d'un patient, d'adapter les moyens à la charge de travail effective. Cette diffusion de l'information passe par la mise en place d'un logiciel de gestion du bloc opératoire, dont l'acquisition est en cours dans l'établissement. Ce logiciel doit s'accompagner de la mise en place d'écrans de diffusion dans des endroits stratégiques afin que tous les acteurs puissent avoir accès à l'information.

➤ **Protocoliser la sortie du patient**

La sortie du patient doit être anticipée au plus tôt afin de diminuer la durée de la prise en charge et limiter les délais d'attente inutiles. Cette anticipation passe à la fois par la formalisation de la sortie, notamment pour la signature de validation et par l'établissement de protocoles de « mise à la rue ». Il s'agit de définir les temps de validation de la sortie par

l'anesthésiste et par le chirurgien de manière à éviter la double signature au moment de la sortie, génératrice de délais d'attente inutiles. Cette organisation repose sur un consensus entre anesthésistes et chirurgiens concernant les critères de sortie. Ces critères devront faire l'objet de protocoles rédigés, communiqués et partagés par l'ensemble des acteurs de la prise en charge. Chaque protocole doit préciser, selon l'acte chirurgical pratiqué, les différentes étapes de la prise en charge et le temps imparti, les règles de signature de sortie, les différents documents à établir ou à remettre.

➤ **Systematiser l'appel du lendemain**

L'appel du lendemain n'est pas une obligation réglementaire mais constitue un outil d'amélioration de l'organisation et du fonctionnement de l'UCA en rassurant les patients, en évaluant la qualité de la prise en charge et en améliorant la satisfaction des patients. La procédure de rappel du lendemain permet de réitérer les consignes post-opératoires et de s'assurer que le patient ne présente pas de complications qui nécessiteraient une réhospitalisation, il ne peut donc être décalé aux jours suivants. L'UCA du CH Niort propose à ce stade un rappel systématique le lendemain de l'intervention³² à l'exception des patients ayant subi une intervention la veille d'un jour chômé (pas d'appel le samedi ni les jours fériés). Il s'agit donc de proposer une organisation visant à appeler systématiquement l'intégralité des patients pris en charge par l'UCA.

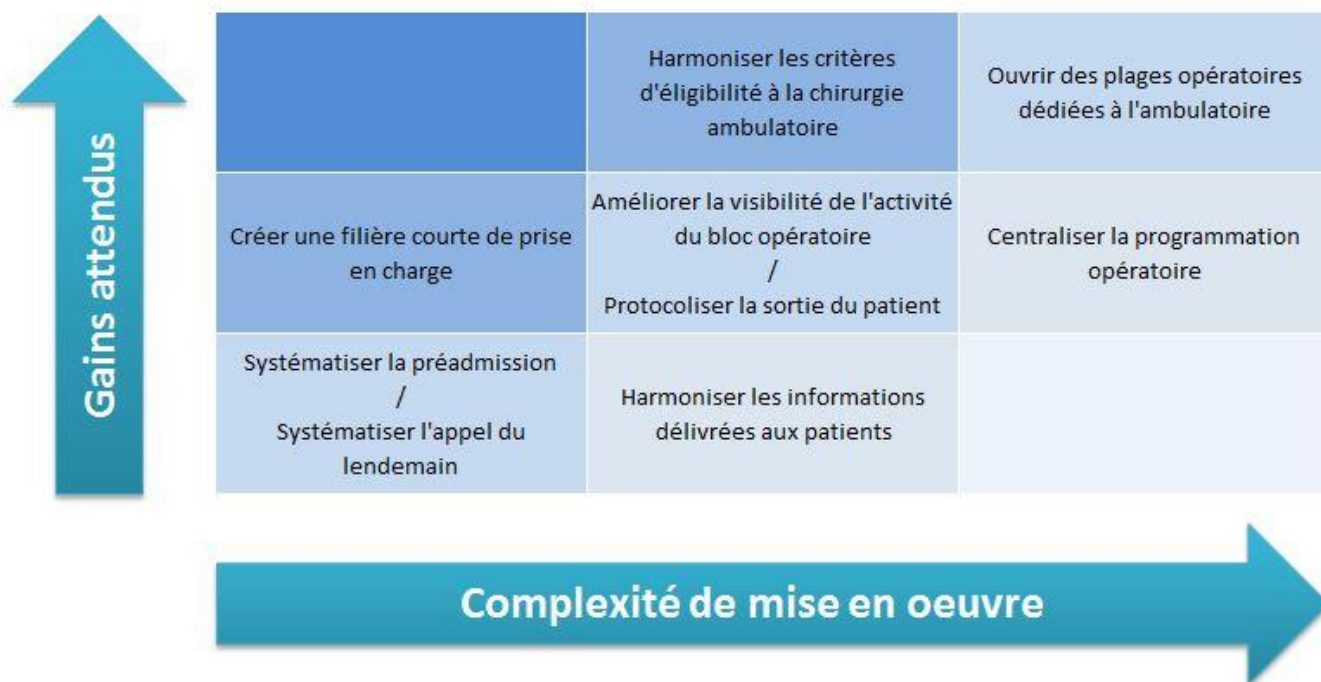
Sur la base de ces propositions, certains axes sont définis comme prioritaires et feront l'objet d'une réflexion plus poussée en groupe de travail avant leur mise en œuvre effective courant 2016.

3.4. Les axes retenus par le comité de pilotage

Sur la base des constats établis précédemment et des propositions qui en découlent, le comité de pilotage de chirurgie ambulatoire, réuni suite aux rencontres avec les différents professionnels s'est attaché à retenir, comme pistes de développement de l'activité de chirurgie ambulatoire, celles pouvant être mises en œuvre de façon rapide et ayant des effets notoires. La réflexion a notamment pu être aiguillée par la matrice de priorisation des actions³³ suivante :

³² Annexe 7

³³ Sur la base du modèle proposé par l'ANAP – chirurgie ambulatoire – Mode d'emploi



Au final, les axes identifiés comme pertinent pour permettre le développement de la prise en charge ambulatoire des actes marqueurs sont les suivants :

- Harmonisation des critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire
- Harmonisation des informations délivrées au patient
- Création d'une filière courte de prise en charge
- Réflexion autour de l'ouverture de plages opératoires dédiées à l'ambulatoire
- Suppression de l'activité foraine de chirurgie ambulatoire

Ces axes font dans un premier temps l'objet de l'élaboration de fiches actions³⁴ avant d'engager un travail approfondi en groupe pluri professionnel qui se réunira durant le dernier trimestre 2015. Chaque proposition de mise en œuvre fera l'objet d'une validation par le Comité de pilotage avant une mise en œuvre courant 2016.

3.5. *La nécessité de pérenniser la démarche*

L'intégralité de la démarche est réalisée sur 9 mois, d'avril à décembre 2015 et permet d'associer l'ensemble des acteurs de la chirurgie ambulatoire du CH de Niort afin d'aboutir à des propositions concrètes visant le développement de l'activité ambulatoire. Pour autant, si l'objectif de mettre en œuvre les actions concrètes est en passe d'aboutir à brève échéance,

³⁴ Annexe 8

cela ne doit pas constituer un aboutissement mais bien une étape dans la réalisation de l'objectif initial d'atteindre un niveau de chirurgie ambulatoire de l'ordre de 44% à fin 2016.

Afin d'assurer un suivi effectif du projet de développement de la chirurgie ambulatoire, il apparaît nécessaire de continuer à diffuser les informations relatives à l'atteinte des objectifs exprimés. Pour ce faire, la création d'un tableau de bord de suivi de l'activité ambulatoire adressé de façon régulière à l'ensemble des acteurs concernés doit permettre à chacun de se situer par rapport à l'atteinte des objectifs qui lui incombent. Un tableau incluant les différents indicateurs opérationnels identifiés dans les fiches actions être adressé de façon mensuelle à l'UCA ainsi qu'aux différentes spécialités chirurgicales concernées par l'ambulatoire.

Aussi, le maintien du Comité de pilotage réunit trimestriellement doit permettre d'effectuer un bilan complet des évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire et, le cas échéant, proposer des actions correctrices voire, selon les évolutions, à travailler de nouveaux axes de développement.

Dans le but de maintenir une dynamique autour du développement de la chirurgie ambulatoire, il convient d'identifier les personnes ressources, dans la continuité du travail mené. Ainsi, les personnes associées au groupe de travail (Directeur, Directeur des soins, Chef de pôle et Cadre supérieur de santé du pôle des activités du bloc opératoire, chirurgien et Cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire) doivent continuer à faire vivre le projet et être les interlocuteurs privilégiés pour toute question autour de la chirurgie ambulatoire.

3.6. Les hôtels hospitaliers

Lors des différents échanges autour du développement de la chirurgie ambulatoire, la question de l'hébergement du patient est souvent présentée comme une problématique majeure freinant le développement de la prise en charge ambulatoire. Comme nous avons pu l'aborder, l'environnement social, géographique, la responsabilité médicale, les comorbidités, etc. sont étroitement liées avec les conditions de retour à domicile du patient. Nombre de pays européens ont développé des structures de type hôtels hospitaliers afin de limiter les durées d'hospitalisation tout en garantissant un maximum de sécurité. Selon les pays, les modèles économiques, de gestion et d'investissement de ces structures sont très diverses, pouvant aller d'un établissement purement hôtelier géré par un organisme privé à une structure faiblement médicalisée gérée par un établissement de santé.

En France, le concept d'hôtel hospitalier peine à se développer. Des expérimentations se mettent en place progressivement (Institut Gustave Roussy, Hôtel Dieu, CLCC Reims) mais

c'est plus particulièrement l'appel à projet instauré par l'article 53 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2015 qui prévoit la possibilité pour les établissements de santé de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisée, en amont ou en aval de l'hospitalisation. Cet appel à projet sera lancé au cours du 4^e trimestre 2015 afin d'accompagner une quinzaine de projets de développement d'hôtels hospitaliers. L'article 53 de la LFSS 2015 fixe la première condition inhérente à cette expérimentation, à savoir une structure non médicalisée. L'expérimentation prévoit un accompagnement financier (via le FIR) à hauteur de 75 000€ /an sur 3 ans.

Plusieurs scénarios sont alors possibles notamment en fonction des disponibilités foncières³⁵ :

Avantages et inconvénients de chaque scénario

1. Convention avec une structure associative type **Maison d'accueil des familles**



- › Rapidité de mise en œuvre
- › Proximité historique de la maison d'accueil des familles près de l'établissement
- › Qualité de l'accueil, assuré par des bénévoles
- › Coûts d'exploitation réduits, car la structure associative est gérée en partie par des bénévoles



- › Existence d'une telle structure
- › Nombre de places pouvant être limité
- › Bâtiments parfois vétustes
- › Qualité de service ne pouvant se rapprocher des services rendus par un véritable hôtel

2. Convention avec des hôtels existants hors les murs de l'établissement



- › Qualité de l'hébergement et de la restauration
- › Rapidité de mise en œuvre d'une convention de partenariat avec un hôtel existant



- › Distance des trajets entre l'établissement et l'hôtel hospitalier
- › Nécessité d'avoir une activité suffisante pour assurer un minimum d'activité à l'hôtel hospitalier

3. Convention avec un prestataire dans les murs de l'établissement – Location d'un bâtiment

4. Convention avec un prestataire dans les murs de l'établissement – Cession d'un bâtiment

Les avantages et inconvénients des scénarios 3 et 4 sont similaires:



- › Proximité du lieu d'hébergement et des services, assurant un sentiment de sécurité pour le patient
- › Qualité de l'hébergement et de la restauration
- › Reconversion à moindre coût du patrimoine immobilier (l'établissement perçoit un loyer dans le cas du scénario 3 et le montant de la vente dans le cadre du scénario 4)



- › Existence de locaux pouvant être loués ou cédés
- › Freins culturels à faire entrer le privé dans les murs de l'hôpital,
- › Risque de « médicalisation » de l'hôtel

³⁵ ARS Île de France, « Hôtels hospitaliers : Expériences repérées et 1^e modélisations », Novembre 2014

Si le CH Niort souhaite s'inscrire dans cette expérimentation, il doit engager, à condition de s'inscrire dans le cadre fixé par le prochain appel à projet, une réflexion stratégique sur l'utilisation de ses réserves foncières.

Une fois le scénario arrêté, le choix de développer un projet d'hôtel hospitalier doit en premier lieu s'appuyer sur un travail en interne destiné à déterminer le potentiel d'activité afin de calibrer le besoin capacitaire de l'hôtel hospitalier.

En pratique, il s'agirait de fixer les critères d'éligibilité à l'hôtel hospitalier (géographiques, sociaux, médicaux) afin d'effectuer un recensement, auprès de chaque service de soins concerné, sur une période déterminée (nombre de patients présents en hospitalisation complète ou partielle, répondant aux critères définis, un jour donné).

A partir de ce potentiel d'activité, une modélisation économique doit être réalisée avec estimation des différentes recettes et charges afin de juger de la viabilité du projet.

La réalisation de ce projet pourrait s'adosser à celui du développement de la chirurgie ambulatoire et constituer un outil supplémentaire facilitant une prise en charge globale articulée autour de l'ambulatoire.

Conclusion

La réussite d'un projet de développement de la chirurgie ambulatoire repose sur de nombreux paramètres et plus particulièrement sur l'énergie déployée par les acteurs et la synergie des objectifs poursuivis.

Le travail d'élaboration de l'état des lieux a dans un premier temps permis de fixer un socle de connaissances communes sur l'activité de chirurgie ambulatoire du CH de Niort partagé par l'ensemble des acteurs. Sur cette base, l'analyse de l'organisation à partir de témoignages, d'échanges et/ou d'observations permet l'identification des points de blocage dont la présentation en Comité de pilotage a permis un échange constructif sur les points à améliorer et la manière d'y parvenir.

A ce jour, alors que le groupe de travail est en passe de se réunir en vue de traduire les pistes identifiées en actions concrètes, les prémisses d'une culture commune tendent, à quelques exceptions près, à se dégager autour de la pratique chirurgicale ambulatoire. C'est à travers cette culture partagée que l'atteinte des objectifs sera possible. Le chemin à parcourir n'est pas tant sur le plan technique que sur l'aspect communicationnel afin de maintenir et amplifier cet élan entrevu.

Comme constaté précédemment, le maintien d'une dynamique d'acteurs autour de la chirurgie ambulatoire passe par la pérennisation de la démarche. L'objectif fixé par les autorités de tutelle (taux de chirurgie ambulatoire du CH Niort de 44% en 2016) doit être considéré comme une étape dans le développement de la chirurgie ambulatoire et non comme une finalité.

Ainsi, concernant les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire, on ne peut se satisfaire du simple constat d'une augmentation ou d'une baisse du taux de chirurgie ambulatoire sans proposer une analyse plus fine : est-ce le fait d'une diminution des actes lourds de chirurgie conventionnelle, auquel cas on peut s'attendre à une diminution des recettes de T2A ? A contrario, une diminution du taux peut trouver plusieurs interprétations dont le sens peut être très différent : une hausse des actes chirurgicaux lourds à activité ambulatoire constante, un passage en consultations externes de certains actes antérieurement réalisés en ambulatoire, etc. Les chiffres sont donc à interpréter avec beaucoup de précaution et un taux à lui seul ne peut constituer un critère de bonne ou mauvaise gestion. L'analyse ne doit pas être portée de manière globale mais acte par acte en lien direct avec les opérateurs et les anesthésistes, c'est en augmentant le taux de chirurgie ambulatoire d'actes auparavant identifiés comme marqueurs qu'il devient possible

de considérer une augmentation du taux de chirurgie ambulatoire à l'échelle de l'établissement et non l'inverse. Ce n'est donc pas une augmentation du taux de chirurgie ambulatoire qu'il faut viser mais bien une augmentation des taux de chirurgie ambulatoire. Cette augmentation passe par la mise en œuvre de nouvelles actions d'aspect organisationnel et probablement, à court terme, par la mise en place de nouvelles structures d'hébergement post opératoires à proximité immédiate du plateau technique du type hôtels hospitaliers.

Bibliographie

Textes de loi

- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Décret n°1992-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Circulaire DGOS/R1/2015/140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé
- Projet de loi de modernisation de notre système de santé – 2014
- Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la Sécurité Sociale pour 2015

Ouvrages

- PAUL R. LAWRENCE – How to deal with resistance to change – 1969
- DENIS PENEL – Travailler pour soi – Edition du seuil – septembre 2013

Rapports et études

- CNAMTS – Etude de l'évolution des parts de marché de la chirurgie classique dans 20 régions entre 1999 et 2001, réalités et perspectives » – 2004
- HEALTH CARE ADVISORY BOARD – Future of surgery – 2009.
- MASSA H, HUBERT S, CARLES M, ROUCOULES-AIME M – Anesthésie du patient ambulatoire – Elsevier Masson SAS - 2010
- HAS – Socle de connaissances sur la chirurgie ambulatoire – 2012
- HAS / ANAP – Recommandations organisationnelles pour le développement de la chirurgie ambulatoire – mai 2013
- ANAP – OPEERA : outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire – juillet 2013
- ANAP – Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi – novembre 2013

- IGAS / IGF – Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France – juillet 2014
- ARS ÎLE-DE-FRANCE – Hôtels hospitaliers : expériences repérées et 1^e modélisations – novembre 2014
- SFAR – Recommandations concernant l’anesthésie du patient ambulatoire – avril 2013

Articles

- APM – « Le CHU de Toulouse annonce les premières greffes de rein par voie vaginale robot-assistée » – 19/08/2015
- OWENS PL, BARRETT ML, RAETZAMM S, MAGGARD-GIBBONS M, STEINER CA – Surgical site infection following ambulatory surgery procedures – 2014
- ROUGE-MAILLART C – La responsabilité médicale

Documents internes

- Avenant 2015 au CPOM 2012 – 2016
- Projet d'établissement 2013 – 2017
- Programme d'appui au plan triennal 2015-2017 : réunion de lancement régional
- PMSI Pilot : outil décisionnel en santé

Liste des annexes

Annexe 1 : Slide de présentation du projet de développement de la chirurgie ambulatoire en Conseil de bloc

Annexe 2 : Exemple de fiche d'entretien avec chaque spécialité chirurgicale

Annexe 3 : Passeport pour la chirurgie ambulatoire

Annexe 4 : Questionnaire médico-social

Annexe 5 : Fiche d'appel de la veille

Annexe 6 : Tableau des vacances opératoires au bloc

Annexe 7 : Fiche d'appel du lendemain

Annexe 8 : Fiches actions

Annexe 1

Objectifs

- Identifier les freins au développement de la chirurgie ambulatoire / estimer les besoins => rencontres avec les acteurs de terrain
- Proposer des pistes d'amélioration travaillées en groupes pluriprofessionnels => COFIL
 - Pré opératoire (consultations)
 - Per opératoire (bloc opératoire)
 - Post opératoire (UCA)
- Elaborer des protocoles / procédures communs à l'ensemble des spécialités => groupes de travail

Développement de la chirurgie ambulatoire => 44 % en 2016

Annexe 2

Rencontre chirurgiens CTV – 22/05/2015

DONNEES

Taux 2014 de chirurgie ambulatoire CTV = 42,70 %

Taux 2014 de chirurgie ambulatoire établissement = 31,21 %

Taux 1^{er} trimestre 2015 de chirurgie ambulatoire CTV = 50,64 %

Taux 1^{er} trimestre 2015 de chirurgie ambulatoire établissement = 35,82 %

Taux 2014 ambulatoire forain CTV = 12,26 %

Taux 2014 ambulatoire forain établissement = 17,47 %

QUESTIONS

➤ **Faible taux de chirurgie ambulatoire au CH Niort, quels sont selon vous les freins et comment y répondre ?**

➤ **Nb d'actes substituables selon liste ?**

Groupes homogènes de malades			
GHM	Libellé	Effectif 2014	Sustituable ?
11C091	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, niveau 1	19	
05C171	Ligatures de veines et éveinages, niveau 1	13	
05C211	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, niveau 1	7	
05C181	Autres interventions sur le système circulatoire, niveau 1	2	
16C031	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 1	2	
08C461	Autres interventions sur les tissus mous, niveau 1	1	
	Total	44	

➤ **Parmi les actes réalisés en ambulatoire, quels sont ceux qui pourraient bénéficier d'une prise en charge courte (4-5 heures maximum entre l'entrée et la sortie du patient) ?**

Groupes homogènes de malades			
GHM	Libellé	Effectif 2014	PEC courte ?
11C091	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11, niveau 1	19	
05C171	Ligatures de veines et éveinages, niveau 1	13	

05C211	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, niveau 1	7	
05C181	Autres interventions sur le système circulatoire, niveau 1	2	
16C031	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 1	2	
08C461	Autres interventions sur les tissus mous, niveau 1	1	
05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	137	
05K14Z	Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	102	
05C17J	Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	47	
05K14Z	Mise en place de certains accès vasculaires pour des affections de la CMD 05, séjours de moins de 2 jours	15	
05C21J	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05, en ambulatoire	2	
16C03J	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, en ambulatoire	2	
05C101	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 1	1	
08C46J	Autres interventions sur les tissus mous, en ambulatoire	2	
11K07Z	Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire	1	
11K07Z	Séjours de la CMD 11 comprenant la mise en place de certains accès vasculaires, en ambulatoire	1	

- **A court et moyen termes, quels sont les actes qui pourraient basculer en ambulatoire ?**


- **Seriez-vous prêt à opérer en créneau d'après-midi (et modifier de fait vos organisations de travail) ?**

- **Pour des PEC courtes, est-il possible d'envisager une validation des sorties patients à horaire fixe (par exemple 14h pour les patients du matin, 19h pour les patients du soir) ?**

- **Certains actes pourraient-ils faire l'objet d'une PEC en fauteuil et non en lit ?**

- **Peut-on envisager pour certains actes de constituer un « kit de sortie » (ordonnances, instructions post-opératoires, etc. déjà tout préparé) ?**

Annexe 3



CENTRE HOSPITALIER
40, avenue Charles de Gaulle
79021 Cedex NIORT
Standard 05 49 32 79 79

**PASSEPORT
POUR LA CHIRURGIE AMBULATOIRE**

Service de Chirurgie Ambulatoire : 05 49 78 34 01 (ou 78 34 10)
Ouvert du lundi au vendredi de 7 h à 20 h
Plan au dos du document

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

**MIEUX CONNAITRE L'ANESTHÉSIE
POUR CHIRURGIE AMBULATOIRE**

Vous-même ou votre enfant allez bénéficier d'un acte chirurgical ou d'un examen en « ambulatoire », c'est-à-dire au cours d'une hospitalisation de moins de 24 heures.
Les garanties de confort et de sécurité sont les mêmes que pour une hospitalisation classique.
Les consignes à respecter sont les suivantes :
- Consultation avec l'anesthésiste au minimum 48 heures avant l'intervention.
- Rappporter les questionnaires ci-joints remplis, les résultats d'exams récents, carte de groupe sanguin... lors de votre rendez-vous avec l'anesthésiste.

CONSIGNES PRÉ-OPÉRATOIRES :

1. L'intervention peut être annulée ou reportée dans les cas suivants :

- vous avez un problème de santé après la consultation d'anesthésie (fièvre, toux, rhume...) : nous contacter rapidement, tél : 05 49 78 34 10.
- vous ne respectez pas le jeun pré-opératoire prévu avec le médecin anesthésiste.

2. si vous prenez des médicaments, respecter les consignes de l'anesthésiste.

Médicaments autorisés :

3. Prévoir un accompagnant obligatoirement pour le retour et la surveillance à domicile la première nuit.

4. Il vous est demandé :

- de prendre une douche avec un savon antiseptique la veille et le matin de l'intervention,
- d'enlever les bijoux, piercings,
- de ne mettre aucun maquillage ni vernis à ongles (mains, pieds),
- d'effectuer une dépilation de la zone à opérer (selon prescription du Chirurgien) : cf schéma au dos.

5. Une infirmière de Chirurgie Ambulatoire vous appellera par téléphone la veille de l'intervention (ou le vendredi si opéré le lundi), pour vous communiquer l'horaire et les consignes pré-opératoires (au numéro que vous avez noté sur le questionnaire médico-social, document à remettre à l'anesthésiste)

RETOUR AU DOMICILE

L'horaire vous sera précisé après l'intervention et sera effectif après la visite de l'anesthésiste et de l'opérateur.

Le retour à domicile nécessite qu'un certain nombre de conditions soient remplies.

Exceptionnellement, une hospitalisation pour la nuit peut être envisagée si votre état le nécessite.

CONSIGNES POUR LE RETOUR A DOMICILE

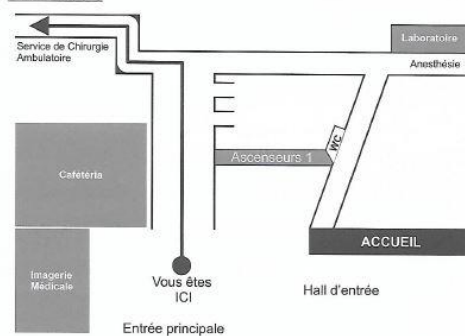
1. Vous ne pouvez pas revenir et rester seul à votre domicile la nuit qui suit l'intervention.
2. Pour les enfants, la personne qui accompagne n'est pas celle qui conduit.
3. Vous ne devez pas prendre de décision importante pendant 24 h.
4. Vous ne devez avoir aucune activité à risques pendant 24 h.
5. Suivre les consignes de l'anesthésiste et/ou de l'opérateur concernant la prise de vos médicaments.
6. Vous serez appelé le lendemain matin de l'intervention, par une infirmière de Chirurgie Ambulatoire, afin de voir ensemble les suites opératoires.

En cas de problème la nuit qui suit l'intervention, composez le 05 49 32 79 79 (standard hôpital) qui vous mettra en relation avec l'anesthésiste de garde.

Si vous avez des questions ou des problèmes les jours suivant l'intervention, contacter le secrétariat de votre opérateur :

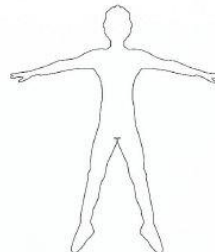
- Secrétariats :**
Ophthalmologie : 05 49 78 32 81
ORL et stomatologie : 05 49 78 32 88
Chirurgie thoracique et vasculaire : 05 49 78 33 05
Hépatogastrologie : 05 49 78 35 39
Orthopédie : 05 49 78 33 48
Gynécologie : 05 49 78 34 56
Urologie : 05 49 78 33 26
Chirurgie viscérale : 05 49 78 33 85

PLAN D'ACCÈS



RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉPARATION DE LA PEAU

La dépilation doit concerner la zone indiquée sur le schéma



Annexe 4

CENTRE HOSPITALIER DE NIORT
Unité de Chirurgie Ambulatoire et d'Endoscopies Digestives
☎ 05 49 78 34 03

QUESTIONNAIRE MEDICO-SOCIAL

Document à remplir et à rapporter lors de la consultation d'anesthésie

NOM :

PRENOM :

AGE :

TRAVAILLEZ- VOUS (les parents pour les enfants) ? OUI NON
Quelle est votre profession ?

AVEZ- VOUS UNE ASSURANCE SOCIALE ? OUI NON
Laquelle ?

Numéro d'assuré social :

Avez-vous une mutuelle ? OUI NON Laquelle ?

A COMBIEN DE KILOMETRES DE NIORT HABITEZ- VOUS ? Km

Disposez- vous d'un moyen de locomotion personnel ? OUI NON

Quelqu'un peut-il vous accompagner à l'hôpital le jour de l'intervention ? OUI NON

Quelqu'un peut-il vous raccompagner à votre domicile le soir de l'intervention ? OUI NON

AVEZ- VOUS UN MEDECIN TRAITANT ? OUI NON

Nom du médecin :

Adresse :

VIVEZ- VOUS SEUL(E) ? *Rayer la mention inutile* OUI NON

Quelqu'un peut-il vous surveiller la nuit suivant l'intervention ? OUI NON

DISPOSEZ- VOUS DU TELEPHONE ? OUI NON

Numéro de téléphone auquel vous pourrez être joint

la veille de l'intervention de 09h à 13h,

par l'infirmière de Chirurgie Ambulatoire :

Numéro de téléphone du domicile :

Numéro de téléphone au travail :

Numéro de téléphone portable :

Autre téléphone (tiers personne, si pas de
téléphone personnel)

Avez- vous déjà été hospitalisé dans notre service de Chirurgie Ambulatoire ? OUI NON
Si oui, en quelle année ?

Annexe 5

Nom ou étiquette Chirurgie Ambulatoire Prévenu Messagerie
Appel de la veille

- TFI :
- Opérateur :

- Intervention :

- **Heure d'arrivée :**

- **Anesthésie** : AG Rachi NLA Bloc AL Sédation Hypnose

- chimio : non débutée débutée

- A jeûn - Non à jeûn thé ou café avant 7H

Bilan : non demandé **A faire à l'entrée** - **carte de groupe sanguin**: Apportée par le patient
 Apporté par le patient Dans le dossier médical Dans le dossier médical
 Fax labo extérieur Dans dossier anesthésie Dans dossier anesthésie
 A récupérer à l'écran (fait au CH Niort) - **carte d'anesthésie** : Apportée par le patient
 Dans le dossier médical
ECG à faire à l'entrée - **carte vitale /mutuelle** : A apporter

Préparation cutanée :
 - douche à domicile (la veille et le matin) Enlever lentilles oculaires, piercings
 - dépilation (signaler les zones) : Enlever bijoux, vernis mains et pieds

APPORTER :
 - passeport ambulatoire rempli et signé
 - consentement éclairé ou (Civ, Gyn, Oph, Orl, JfM, JL, gastro sauf CB, Uro, visc) dans dossier médical
 - autorisation d'opérer dans dossier médical
 - autorisation de la tutelle dans dossier médical

Remplir tableau avec : A* = apporter / D* = dans dossier

CTV	OPH	STOM	GYN	GASTRO	VISC	ORTHO	URO
Bas, bandes repérage	Rhume, toux : Oui / non	Pano dent	Cytotex Saignements: oui / non	régime préparation	Lavage -La veille -Le matin	béquilles attelle Pst JFM dépilation	ECBU -
doppler	Conjonctivite: Oui / non						
tointe	CS lendemain Bilan séro	ORL	coelin: dépilation pubis et propreté ombilic		dépilation	Radios A*	chir prévenu
	- gouttes - l'avaric	Radios si fract nez	Brassière /op sein		<i>Bas à varices en pré-op</i>	Radios D*	caudre U à
Bon de T : aller / retour		Accompagnant : oui non			Alimentation :		
Enfant	Malade ou non	e. de santé	doudou	autorisation op	lit	alimentation	
Allergies	IODE	LATEX	autres	aliments			

- **Traitement médical** : Anticoagulant DID DNID Autres
 - L'apportera
 - A prendre au lever
 - **rappeler pour tous renseignements le 05/49/78/34/10**
 Commentaires :


Effectué par :

Annexe 6

TABLEAU DES VACATIONS OPERATOIRES AU BLOC VERSION 01 - 09/2014

SALLE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
1	CTV 8H00 / 17H00	CTV 8H00 / 15H00	CTV 8H00 / 15H00	CTV 8H00 / 15H00	CTV 8H30 / 15H30
2	IVG - GYNECO 8H30 / 14H00	GYNECOLOGIE 8H30 / 15H30	GYNECOLOGIE 8H30 / 14H00	GYNECOLOGIE 8H30 / 15H30	IVG/GYNECOLOGIE 8H00 / 15H30
3	UROLOGIE 8H30 / 15H30	UROLOGIE 8H00 / 14H00 + AI	UROLOGIE 8H00 / 15H00	UROLOGIE 8H30 / 13H30 URGENCES	UROLOGIE/PEDIATRIE 8H00 / 14H00
4	VISCERAL 8H30 / 14H00	VISCERAL 8H00 / 13H30 URGENCES	VISCERAL 8H30 / 13H30 URGENCES	VISCERAL 8H00 / 17H00	VISCERAL 8H30 / 17H00
5	VISCERAL 8H / 14H00 URGENCES	VISCERAL 8H30 / 17H	VISCERAL 8H30 / 17H00	VISCERAL 8H30 / 15H30	VISCERAL 8H00 / 13H30 URGENCES
6		AL / sites		AL/sites	
7	VISCERAL 8H30 / 15H30	ORL 8H00 / 14H00	ORL 8H00 / 14H00	ORL 8H00 / 14H00	GYNECOLOGIE/VISCERAL 8H30/14H00
AMBU	OPHTHALMOLOGIE 8H00 / 15H00	OPHTHALMOLOGIE 8H00 / 15H00	OPHTHALMOLOGIE 8H00 / 15H00	STOMATOLOGIE 8H00/ 15H00	STO/VISC/CTV
	ENDOSCOPIE 8H00 / 15H00	ENDOSCOPIE 8H00 / 15H00	ENDOSCOPIE 8H00 / 15H00	ENDOSCOPIE 8H00 / 15H00	ENDOSCOPIE 8H00 / 15H00
O 2	ORTHO B/SEM IMP 8H30-16H00 URGENCES	ORTHO B/SEM P 8H30-16H00 URGENCES	ORTHO B/SEM IMP 8H30-16H00 URGENCES	ORTHO B/SEM P 8H30-16H00 URGENCES	ORTHO B/SEM IMP 8H30-16H00 URGENCES
	ORTHO A /SEM P 8H30-16H00 URGENCES	ORTHO A/SEM IMP 8H30-16H00 URGENCES	ORTHO A/SEM P 8H30-16H00 URGENCES	ORTHO A/SEM IMP 8H30-16H00 URGENCES	ORTHO A/SEM P 8H30-16H00 URGENCES
O 3	8H30-17H00	8H30-17H00	8H30-17H00	8H30-17H00	8H30-17H00

Annexe 7

Centre Hospitalier de Niort Service de Chirurgie Ambulatoire APPEL DU LENDEMAIN	
---	---

ETIQUETTE **Malade non joignable** :
Message laissé sur répondeur :

Téléphone : Portable :

Type d'intervention :

CHIRURGIEN : **ANESTHESISTE** :

Pendant le séjour

Douleurs-céphalées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Saignements	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vomissements / nausées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diurèse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Score de SCHUNG : / 10

Commentaires :
.....

Appel du lendemain

Avez-vous passé une bonne nuit ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous pris les antalgiques prescrits ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu mal ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous saigné ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu de la fièvre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des vomissements et/ou nausées ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous contacté le numéro d'urgences ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous fatigué ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Commentaires libres :
.....
.....
.....

Nom de l'IDF :

Annexe 8

THEME		A	Développer l'activité de chirurgie ambulatoire	
Fiche-action	I.A.1.	Harmonisation des critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire		
Calendrier de la fiche action			01/10/2015	01/06/2016
Enjeux		Sensibiliser les acteurs de la chirurgie ambulatoire. Harmoniser les connaissances de l'ensemble des acteurs pour des critères d'éligibilité partagés		
Responsable(s)		FV / SM		
Equipe projet et contributeurs		Groupe de travail (DIM - Président de CME, Chef de pôle Blocs, Cadre sup Blocs, cadre de santé UCA, chirurgien, Coordonnateur Général des soins, Directeur adjoint)		
Actions			date de début	date de fin
	A.1.1	Rencontre formalisée par discipline des PH	01/10/2015	31/12/2015
	A.1.2	Définition des actes marqueurs par discipline	01/01/2016	01/03/2016
	A.1.3	Définition des critères d'éligibilité par acte marqueur	01/01/2016	01/06/2016
	A.1.4			
Moyens et modalités de mise en œuvre		Réunions		
		Traçabilité des rencontres		
		Protocole par acte (critères médicaux et sociaux d'éligibilité)		
Facteurs clés du succès		Implication de la communauté médicale Partage de connaissances socles autour de l'activité de chirurgie ambulatoire de l'établissement		
Points de vigilance / risques et actions de maîtrise		Résistance au changement		
Lien avec les autres fiches action ou autre thèmes				
Indicateurs opérationnels		Nombre de protocoles établis / Nombre de rencontres		

THEME		A	Développer l'activité de chirurgie ambulatoire	
Fiche-action	I.A.2.	Harmonisation des informations délivrées aux patients		
Calendrier de la fiche action			01/10/2015	31/12/2016
Enjeux		Favoriser l'adhésion des usagers à la prise en charge ambulatoire.		
Responsable(s)		Chef de pôle Blocs / cadre de santé UCA		
Equipe projet et contributeurs		Chef de pôle Blocs, Cadre sup Blocs, cadre de santé UCA, chirurgien, membre de la cellule qualité		
Actions			date de début	date de fin
	A.1.1	Réaliser un état des lieux des documents d'information délivrés au patient lors de la consultation	01/10/2015	31/12/2015
	A.1.2	Redéfinir le parcours du patient en amont de l'intervention (quel information / quel professionnel)	01/01/2016	01/06/2016
	A.1.3	Actualiser les documents remis au patient (passeport ambulatoire, fiche de renseignement médico-social) - un document général commun + documents spécifique par spécialité	01/06/2016	31/12/2016
	A.1.4			
Moyens et modalités de mise en œuvre		Réunions		
		Traçabilité des rencontres		
		Collecte de l'ensemble des documents existants		
Facteurs clés du succès		Implication de la communauté médicale		
Points de vigilance / risques et actions de maîtrise		Multiplicité des documents existants et des informations données Clarté du message à transmettre Obtention d'un consensus anesthésiste / chirurgien		
Lien avec les autres fiches action ou autre thèmes				
Indicateurs opérationnels		Nombre de documents spécifiques par spécialité / nombre d'annulation du fait du patient à J0		

THEME		A Développer l'activité de chirurgie ambulatoire		
Fiche-action	I.A.3.	Création d'une filière courte de prise en charge en chirurgie ambulatoire		
Calendrier de la fiche action			01/10/2015	01/03/2016
Enjeux		Accompagner l'augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire à moyens constants		
Responsable(s)		FV / SM		
Equipe projet et contributeurs		Groupe de travail (Président de CME, Chef de pôle Blocs, Cadre sup Blocs, cadre de santé UCA, chirurgien, Coordonnateur Général des soins, Directeur adjoint)		
Actions			date de début	date de fin
	A.1.1	Définition des actes pouvant relever d'une filière courte de prise en charge	01/10/2015	01/03/2016
	A.1.2	Définition des actes pouvant relever d'une prise en charge en fauteuil	15/12/2015	01/03/2016
	A.1.3	Création d'un espace fauteuils	01/10/2015	31/12/2015
	A.1.4	Fixer les critères de validation médicale de la sortie	01/10/2015	01/03/2016
Moyens et modalités de mise en œuvre		Réunions		
		Travaux / achats d'équipements		
Facteurs clés du succès		Obtention d'un consensus anesthésiste / chirurgien		
Points de vigilance / risques et actions de maîtrise		Organisation permettant une sortie précoce des filières courtes (signature de validation de la sortie)		
Lien avec les autres fiches action ou autre thèmes		En lien avec la mise en place de protocole d'éligibilité à la PEC en chirurgie ambulatoire		
Indicateurs opérationnels		Taux de rotation, temps moyen passé à l'UCA		

THEME		A Développer l'activité de chirurgie ambulatoire		
Fiche-action	I.A.4.	Réflexion autour de l'ouverture de plages opératoires dédiées à l'ambulatoire		
Calendrier de la fiche action			01/10/2015	31/12/2016
Enjeux		Améliorer la prise en charge en chirurgie ambulatoire. Lisser l'activité sur la journée et les jours de la semaine.		
Responsable(s)		Chef de pôle Blocs / Coordonnateur du blocs / Directeur référent du pôle blocs		
Equipe projet et contributeurs		Groupe de travail (Chef de pôle Blocs, Cadre sup Blocs, cadre de santé UCA, chirurgien, Coordonnateur Général des soins, Directeur adjoint)		
Actions			date de début	date de fin
	A.1.1	Protocoliser les règles de programmation et d'ordonnancement des patients	01/10/2015	31/12/2016
	A.1.2	Associer le cadre de l'UCA à la cellule de programmation	01/10/2015	01/11/2015
	A.1.3			
	A.1.4			
Moyens et modalités de mise en œuvre		Réunions		
		Mise en place de vacations ambulatoires en demi-journées		
Facteurs clés du succès		Adhésion des chirurgiens à la pratique de la chirurgie ambulatoire Programmation opératoire centralisée		
Points de vigilance / risques et actions de maîtrise		Respect des règles d'ordonnancement des patients Volume d'activité ambulatoire suffisant Disponibilité des praticiens pour assurer des vacations en demi-journées		
Lien avec les autres fiches action ou autre thèmes				
Indicateurs opérationnels		Taux de rotation à l'UCA, taux de patients opérés l'après-midi, taux de patients convoqués à l'ouverture de l'UCA		

THEME		A	Développer l'activité de chirurgie ambulatoire	
Fiche-action	I.A.5.	Supprimer l'activité foraine de chirurgie ambulatoire		
Calendrier de la fiche action			01/10/2015	31/12/2016
Enjeux		Améliorer la qualité de la prise en charge en chirurgie ambulatoire.		
Responsable(s)		Cadre de l'UCA / Chef de pôle Blocs		
Equipe projet et contributeurs		Groupe de travail (Chef de pôle Blocs, Cadre sup Blocs, cadre de santé UCA, chirurgien, Coordonnateur Général des soins, Directeur adjoint)		
Actions			date de début	date de fin
	A.1.1	Identifier les facteurs de développement de l'activité foraine (habitudes, capacités)	01/10/2015	31/12/2016
	A.1.2	Communiquer auprès des chirurgiens sur la qualité conférée par la prise en charge en UCA	01/10/2015	31/12/2016
	A.1.3	Augmenter la capacité d'accueil de l'UCA	01/10/2015	31/12/2015
	A.1.4	Systematiser l'appel du lendemain	01/10/2015	31/12/2015
Moyens et modalités de mise en œuvre		Information auprès des chirurgiens		
		Création d'un espace fauteuils		
		Mode d'organisation de l'appel du lendemain		
Facteurs clés du succès		Prise des acteurs de la chirurgie ambulatoire de l'amélioration de la qualité de la prise en charge en UCA Programmation opératoire centralisée		
Points de vigilance / risques et actions de maîtrise		Résistance aux changements		
Lien avec les autres fiches action ou autre thèmes		En lien avec la réflexion sur les vacations dédiés à l'ambulatoire, en lien avec la création d'une filière courte		
Indicateurs opérationnels		Taux d'activité foraine		

VINCLAIR	Florian	
<p style="text-align: center;">EDH</p> <p style="text-align: center;">Promotion 2014-2016</p>		
<p style="text-align: center;">Développer la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier de Niort : état des lieux, analyse des freins et perspectives de développement</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Avec un taux de chirurgie ambulatoire de 34,7% en 2014, le Centre Hospitalier de Niort peine à développer ce mode d'hospitalisation les avantages ne sont plus à démontrer en termes de qualité de prise en charge et d'efficience.</p> <p>Pourtant, les autorités de tutelle ont érigé le développement de la chirurgie ambulatoire comme priorité incontournable à court terme, fixant un objectif à atteindre de 44% à fin 2016.</p> <p>Face à cette pression interne et externe, le Centre Hospitalier de Niort a fait le choix de s'engager dans un suivi approfondi de cette modalité de prise en charge en dressant un état des lieux visant à présenter l'organisation établie, positionner l'établissement dans son environnement et identifier ses atouts et ses faiblesses.</p> <p>Sur la base de ce constat, l'analyse des obstacles au développement de la chirurgie ambulatoire permet de proposer des pistes d'actions concrètes validées et partagées par l'ensemble des acteurs de l'établissement.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Chirurgie ambulatoire – UCA – Centre Hospitalier de Niort – virage ambulatoire</p>		
<p style="text-align: center;"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		