



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2002 - 2003

**Conduite du projet d'implantation du
service de chirurgie ambulatoire au
Centre Hospitalier Intercommunal
Toulon – La Seyne :**

**« Un petit pas pour l'organisation, un
grand pas pour la qualité »**

Béatrice VANUXEM

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement celles et ceux qui, par leur compétence et leur disponibilité, m'ont permis d'effectuer ce travail :

Monsieur Bernard BONNICI, Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon – La Seyne, pour son accueil, sa disponibilité et les précieux savoirs qu'il a su me transmettre ;

Mon Maître de stage Madame Chantal BORNE, pour son dynamisme et sa technicité tout au long de cette démarche projet ;

L'équipe de direction du C.H.I.T.S., les personnels administratifs, techniques et soignants, pour leur collaboration éclairée ;

L'équipe paramédicale et médicale de l'Hôpital George Sand, pour sa coopération et sa ténacité au cours de ces six derniers mois ;

Les enseignants de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, pour leurs apports pédagogiques ;

Les enseignants de l'université Toulon-Var, et plus particulièrement Monsieur Gilles SCHMITT pour son précieux soutien ;

Cynthia, Chloë et Tom, qui ont supporté mes absences avec compréhension, courage et humour ;

Bien sûr, cette liste n'est pas exhaustive, car durant ce stage j'ai bénéficié de la compréhension et des suggestions fructueuses de nombreuses personnalités ; je sais qu'elles trouveront ici l'expression de ma totale gratitude.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 ETAT DES LIEUX	8
1.1 LES ETAPES PREPARATOIRES	8
1.1.1 DE LA DETERMINATION DES BESOINS.....	8
1.1.2 ... AU RECENSEMENT DES CONTRAINTES	17
1.2 LA CONSTRUCTION DU PROJET	19
1.2.1 D'UN MODELE STRUCTUREL	19
1.2.2 ... A UN MODELE FONCTIONNEL.....	23
2 PROPOSITIONS D'ORGANISATION	28
2.1 UNE APPROCHE PROCESSUS	28
2.1.1 TROIS GRANDES PHASES A GERER	29
2.1.2 TROIS TYPES DE PROCESSUS A COORDONNER.....	36
2.2 MANAGEMENT DE LA QUALITE	44
2.2.1 D'UNE ARTICULATION FORMELLE DES INTERFACES	44
2.2.2 ... A UNE AMELIORATION CONTINUE DES PERFORMANCES.....	52
CONCLUSION	61
Bibliographie	67
Liste des annexes	69

Liste des sigles utilisés

AC : Action Corrective

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AP : Action Préventive

CA : Chirurgie Ambulatoire

CHITS : Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-la Seyne

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DIM : Département d'Information Médicale

ETP : Emploi Temps Plein

FAQ : Fiche Action Qualité

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

IBODE : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

ORL : OtoRhino Laryngologie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RD : Revue de Direction

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

UCP : Unité Centrale de Production des repas

UF : Unité Fonctionnelle

INTRODUCTION

En France, la chirurgie ambulatoire est une pratique inégalement utilisée dont la part moyenne reste évaluée entre 25% et 30% des actes chirurgicaux, contrairement aux pays anglo-saxons, où elle représente plus de 50% de l'ensemble des activités chirurgicales (statistiques tirées d'une enquête menée par l'OCDE¹).

Une enquête nationale menée en 1998 a montré que 82% des places installées se trouvent dans le secteur privé, dont 76% dans le secteur privé à but lucratif, et seulement 18% en secteur public hospitalier.

C'est la raison pour laquelle les hôpitaux publics tentent depuis plusieurs années de rattraper le retard en terme d'activité ambulatoire, au sein d'un environnement sanitaire qui devient de plus en plus concurrentiel, dans un contexte de limitation de ressources et de contraintes budgétaires fortes, dont les enjeux sont de plus en plus prégnants.

Le Centre Hospitalier Intercommunal TOULON-LA SEYNE (CHITS) est le troisième établissement de santé et le premier centre hospitalier non universitaire de la région PACA.

Il est composé de quatre sites situés sur trois communes différentes, d'une capacité totale de 1226 lits et places. Avec un budget annuel d'environ 150 millions d'euros, l'établissement veut garantir un service public de haut niveau. Il s'est engagé dans la procédure d'accréditation, destinée à mettre en œuvre une véritable dynamique institutionnelle en matière de sécurité et de qualité.

L'établissement compte 3500 agents répartis entre 70 services. Il accueille chaque année près de 40 000 hospitalisés et 240 000 consultants externes.



Hôpital Font-Pré, Toulon

¹ Voir Bibliographie > Mémoire > E.N.S.P. « M.I.S.P. 2002 – groupe n° 6 »



Hôpital Chalucet, Toulon



Hôpital G. Sand, La Seyne sur Mer



Hôpital G. Clémenceau, La Garde

Avant d'aborder le projet d'implantation d'une structure de chirurgie ambulatoire au CHITS, il convient tout d'abord de situer clairement ce que recouvre cette pratique . Si les définitions de la chirurgie ambulatoire sont nombreuses et varient selon les pays considérés, la définition la plus largement reconnue en France a été élaborée lors d'une conférence de consensus réalisée en mars 1993 sous l'égide de la Mutualité Française et la Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée :

« ensemble d'actes chirurgicaux ou d'investigations programmé et réalisé dans des conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et selon des modalités permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour- même ».

Le terme de « chirurgie ambulatoire » désigne par conséquent les séjours d'une durée inférieure à 12 heures, sans nuitée ni complications prévisibles.

Il s'agit d'une chirurgie qualifiée et substitutive, programmée, avec anesthésie, qui repose sur un concept organisationnel, thérapeutique et architectural centré sur le patient.

Ainsi, cette pratique implique l'existence d'un cadre structurel propre, articulé autour des notions de qualité et de sécurité.

En effet, la prise en charge d'un acte de chirurgie dans un temps très court suppose que toutes les situations, administratives et/ou médicales, soient anticipées et fassent l'objet de procédures formalisées clairement établies.

De nombreuses disciplines chirurgicales peuvent être pratiquées en ambulatoire sous réserve d'une sélection spécifique du patient, incluant des critères d'ordre médical et d'ordre psychosocial.

Le Projet d'Etablissement du CHITS, présenté en octobre 1997, prévoyait la structuration pour janvier 1999 d'un service de chirurgie ambulatoire, avec à terme une capacité de dix places. Toutefois, en raison de difficultés organisationnelles et structurelles, ce projet n'a pu être concrétisé.

Le nouveau Projet d'Etablissement 2003/2008 reprend ce choix d'orientation, avec pour objectif la création d'une entité autonome, dotée de locaux et de moyens propres sur le site G.Sand, à la Seyne-sur Mer.

Il est à noter qu'en l'état actuel des choses, de nombreux actes qui relèveraient d'une telle structure sont effectués dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en soins externes, ce qui génère des difficultés pour évaluer réellement l'activité de chirurgie ambulatoire et pèse lourdement sur la Durée Moyenne de Séjour (DMS).

L'objectif de ce projet est d'offrir aux patients une véritable qualité de prise en charge ambulatoire, avec des locaux identifiés, des capacités de consultation améliorées, une planification des interventions, le respect des horaires et une organisation spécifique des démarches administratives.

De plus, la création d'un service dédié permettra de comptabiliser toute l'activité relevant de l'anesthésie ou de la chirurgie ambulatoire, contrairement aux pratiques actuelles, et d'infléchir la DMS en chirurgie tout en optimisant le bloc opératoire du site de La Seyne.

En outre, ce projet s'inscrit dans une meilleure transversalité, pour pallier la saturation des services de chirurgie et du bloc opératoire de Font-Pré tout en contribuant à la réduction des coûts.

Enfin, à l'aube du système de tarification à l'activité qui sera mis en œuvre au 1^{er} janvier 2004, ce projet prend d'autant plus de relief qu'une valorisation des actes pratiqués devient absolument indispensable à l'hôpital public en terme de financements.

Cette démarche de projet s'inscrit dans une véritable évolution et une volonté d'amélioration de la situation actuelle : en effet, depuis 1993, le CHITS possède une autorisation de chirurgie ambulatoire pour une capacité théorique de trois places. Pour autant, ces places n'ont pas été organisées en structure autonome, et sont actuellement dispersées dans trois services différents de l'hôpital Font-Pré.

Est envisagée dans un premier temps la création de 5 places de chirurgie ambulatoire, pour une capacité ultérieure développée à dix places. Ce service sera implanté à l'hôpital George SAND, à La Seyne-sur-Mer. Le chef de projet est un Directeur adjoint du CHITS, maître de stage de l'élève-Directeur.

La Commission Médicale d'Etablissement (CME) tout comme le Comité Technique d'Etablissement (CTE) ont émis un avis favorable. Le Conseil d'Administration de l'établissement a donné son accord en juin 2002.

Enfin, totalement intégré dans les objectifs qualitatifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, ce projet a reçu un avis favorable à l'unanimité du Comité Régional d'Organisation Sanitaire.

Les impératifs à respecter sont : la qualité et la sécurité des soins, l'efficacité de la prise en charge, et la satisfaction des usagers.

L'intérêt d'une approche par processus permettra de rationaliser la démarche d'implantation de ce service, de mettre au point une organisation simple et formalisée, tout en mettant en œuvre un système de management de la qualité qui permettra d'assurer l'efficacité du système et sa nécessaire pérennité.

Ce projet a connu une phase d'enclenchement en fin d'année 2002 et une phase de déroulement au cours de l'année 2003 ; la phase de clôture est prévue pour décembre 2003, avec une ouverture du service concerné en janvier 2004.

Du mois de mars au mois de septembre 2003, mon investissement s'est articulé autour de deux attributs professionnels : d'une part en tant qu'élève Directeur du CHITS, placée sous la responsabilité du Directeur adjoint aux affaires générales, maître de stage et chef de projet ; d'autre part, en tant qu'étudiante en « DESS Management de la Qualité », chargée de mission pour mener à bien les multiples facettes de ce projet.

La méthodologie de cette mission s'est organisée autour de plusieurs axes forts :

- Tout d'abord, un diagramme de Gantt a été élaboré pour planifier les étapes, afin de guider d'un point de vue temporel la réflexion et les actions nécessaires à l'avancement du projet, en concertation avec les différentes parties prenantes.
- Dans un second temps, un diagnostic du système actuel a été établi, en choisissant un périmètre d'investigations propre à renseigner sur les volontés et les disponibilités des individus à s'engager dans la démarche :
Qui voulait s'y investir ? quels étaient les besoins ? que voulait on créer pour y répondre ? En quels lieux ? Comment ? Pourquoi ?
- Il a fallu ensuite analyser où se situaient les véritables résistances au changement, afin de pouvoir préparer une argumentation adéquate au regard des freins potentiels.

Comme dans toute démarche de projet, il a fallu mettre en place un déroulement rigoureux des étapes à franchir, en conjuguant du mieux possible les aspects humains, matériels et organisationnels pour assurer la cohérence des actions : comme l'indique la célèbre phrase de Sénèque, « *il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait où il va* ».

Le système documentaire étant un outil que les acteurs doivent s'approprier et non pas « subir », les parties prenantes ont été associées le plus largement possible à sa rédaction : plusieurs groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués, chacun ayant une mission définie.

Des rencontres hebdomadaires avec le médecin coordonnateur et le personnel d'encadrement ont permis une réflexion transversale et partagée autour des diverses thématiques ; les documents, rédigés au fur et à mesure, ont été régulièrement soumis au chef de projet pour validation.

Des fiches de synthèse ont été établies pour chaque étape, et plusieurs restitutions ont été proposées au personnel hospitalier : présentation de l'état initial du projet en mars 2003, de son état d'avancement en juillet 2003 et en septembre 2003 .

Ce rapport vise à retracer les différentes étapes qui, de mars à septembre 2003, ont permis l'évolution de la démarche et la construction du projet :

- Il expose tout d'abord la réalisation du diagnostic d'état des lieux de l'existant (I), avec des étapes préparatoires de recensement des besoins et des contraintes (I.1), suivies d'une première élaboration structurelle et fonctionnelle du projet (I.2).

- Dans un second temps, est proposé un modèle d'organisation (II), à travers une approche processus (II.1) et un système de management de la qualité (II.2).

PLANIFICATION DE LA METHODOLOGIE ET DU DEROULEMENT DES ACTIONS LORS DU STAGE

Etapes du projet :	Fév	Mar	Avr	Mai	Jun	Jul	Août
Elaboration de la méthodologie	■						Août
Validation de la méthodologie par le Tuteur Universitaire, le maître de stage et l'ENSP		◆					
Rencontres avec les acteurs du projet (Direction, Chirurgiens, Anesthésistes, CLIN, cadres de santé...)	■						
Recueil d'informations réglementaires	■						
Recueil et analyse des résultats de l'enquête nationale sur la chir. Ambu. (CNAM)			■				
Etude du référentiel ANAES			■				
Planification des actions à engager avec les directions fonctionnelles concernées (D.R.H, Travaux, Finances)				■			
Rencontre avec le tuteur universitaire "pour faire le point"					◆		
Etudes de terrains (publiques et privées)				■			
Elaboration et validation : Règlement Intérieur, charte de fonctionnement, profils de postes					■		
Rédaction du rapport					■		
Validation du contenu du rapport par le Tuteur Universitaire							◆
Validation du contenu du rapport par le maître de stage et l'ENSP							◆

ETAT DES LIEUX

Bien que la volonté de créer une telle structure soit inscrite depuis plusieurs années dans les ambitions stratégiques de l'établissement, une première approche au mois de janvier 2003 a mis en évidence que ce projet n'en était qu'à ses balbutiements : structuration de la démarche encore floue, avec notamment une planification hasardeuse des travaux à réaliser, et pas de consultation réelle des acteurs concernés.

Les étapes préliminaires ont visé à établir un état des besoins et à effectuer des prévisions d'activité sur la base de l'existant, avant de procéder à un recensement des contraintes.

1.1 Les étapes préparatoires

1.1.1 De la détermination des besoins...

Une étude prospective interne et externe a permis d'établir un état des besoins pour ce type de prise en charge. Le terme « interne » désigne tous les éléments qui doivent être pris en compte et qui relèvent de la structure hospitalière, alors que le terme « externe » désigne les paramètres extérieurs à l'établissement.

A) Les besoins internes

Ils correspondent d'une part aux actes déjà effectués sur le mode ambulatoire, en dehors de toute structure identifiée, d'autre part aux actes chirurgicaux qui pourraient relever d'un tel mode de prise en charge, et qu'il convient de recenser en s'appuyant sur les données du Département d'Information Médicale (DIM).

Cette analyse correspond à une étude des besoins théoriques.

Dans un second temps, il convient de vérifier auprès des praticiens concernés s'ils sont véritablement intéressés pour effectuer une partie de cette activité sur le mode ambulatoire, et si oui, pour quels actes et sur quel volume d'activité annuel.

Cette analyse reflète les besoins réels des acteurs.

➤ *Etude des potentialités théoriques :*

Une liste des activités pratiquées par les praticiens hospitaliers durant l'année 2001 a été étudiée, sur la base des statistiques issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Ces données ont été comparées aux principales techniques ou indications médicales pouvant relever de la chirurgie ambulatoire, telles que préconisées par certains textes réglementaires (cf. arrêté du 31 mai 1999, annexe 1), ou faisant référence au potentiel de développement pour les gestes marqueurs définis par le CREDES (annexe 2), ou encore selon les recommandations de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA).

Une évaluation de l'activité « réalisable » au CHITS a ainsi pu être déduite par le médecin responsable du DIM (annexe 3), en estimant qu'un nombre prévisionnel de 1550 séances annuelles pouvait raisonnablement être énoncé sur la base de l'activité 2001, avec une extrapolation à 1700 actes à l'horizon 2004, eu égard aux potentialités nouvelles générées par l'implantation d'un site dédié à cette pratique.

Il est à noter que la capacité sollicitée de 5 places laisse apparaître une activité maximale théorique de 1825 séances annuelles (selon le calcul théorique en vigueur : une place = 365 actes/an ; $365 \times 5 \text{ places} = 1825$), ce qui permet une marge à la hausse de 125 actes par an.

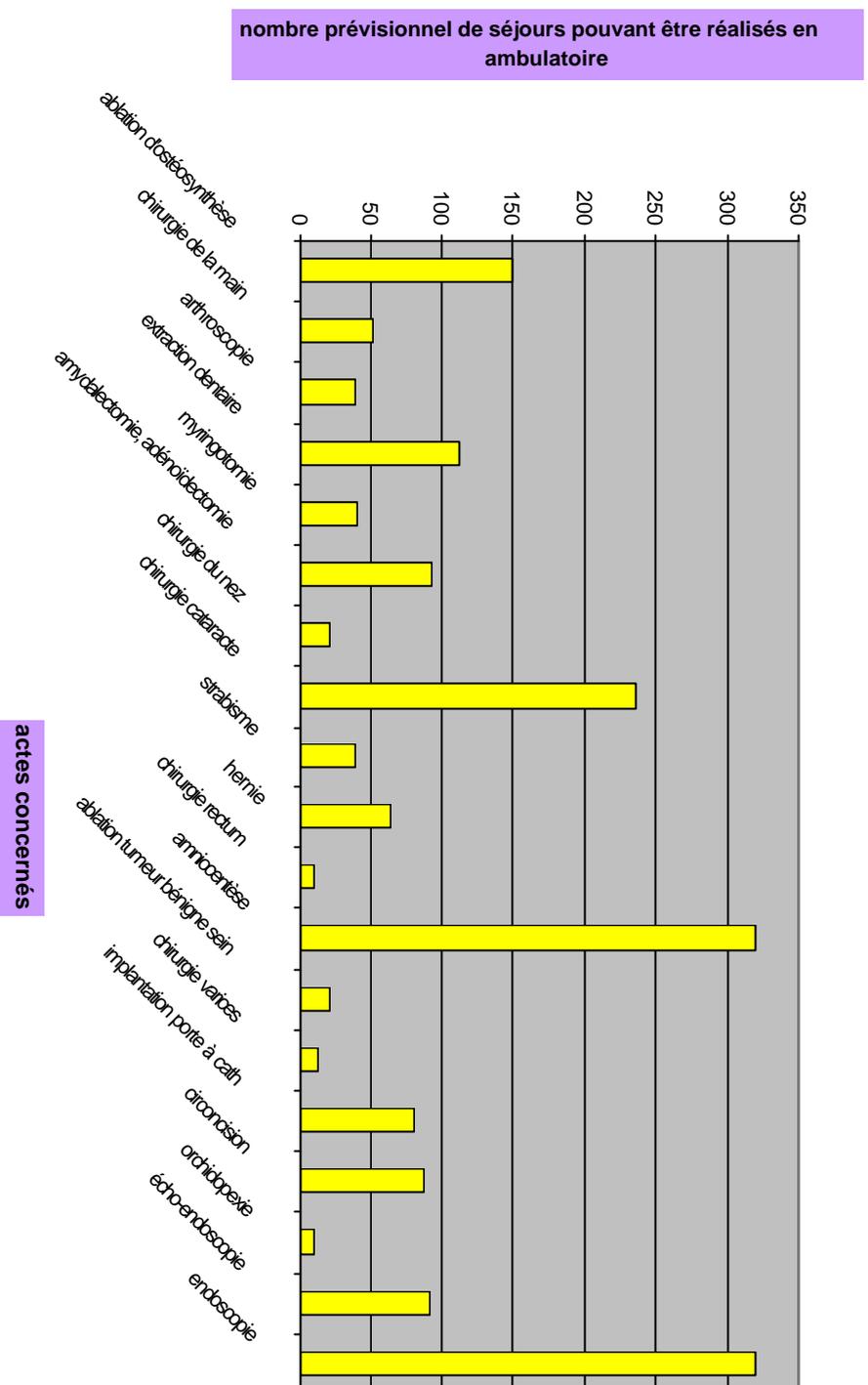
Il convenait ensuite de faire confirmer ou infirmer ces données par les médecins concernés, premiers responsables de la production d'actes.

➤ *Etude des besoins réels :*

Ainsi qu'on peut le constater, les activités potentielles sont réparties en plusieurs grandes spécialités :

- Orthopédie générale
- Chirurgie de la main
- Oto-rhino-laryngologie (ORL)
- Ophtalmologie
- Chirurgie viscérale
- Gynécologie/obstétrique
- Cancérologie
- Chirurgie vasculaire
- Endoscopies et écho-endoscopies

**EVALUATION DE L'ACTIVITE ANNUELLE REALISABLE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHITS,
HORS IVG, SUR LA BASE DES DONNEES PMSI 2001**



Total prévisionnel, hors IVG : 1790 actes

Si les IVG sont effectuées dans le cadre de l'ambulatoire, il faut rajouter 700 actes à ce total prévisionnel, soit 2490 actes

La typologie et la volumétrie des actes recensés permet de dresser deux constats :

1^{er} constat :

Certaines spécialités ou pratiques, bien que couramment pratiquées au CHITS, ont été oubliées dans ce listing : c'est le cas notamment des interventions urologiques, des hystérosopies, des coeliosopies, des activités dermatologiques, de la chirurgie bénigne du larynx et de la chirurgie de la myopie.

D'autres en revanche ne paraissent pas, du moins dans un premier temps, directement concernées par une prise en charge en chirurgie ambulatoire : c'est le cas notamment des amniocentèses, déjà couramment pratiquées en hôpital de jour et sans difficultés particulières liées à ce mode de prise en charge.

2^{ème} constat :

Pour certaines spécialités recensées, rien n'indique que les chirurgiens concernés désirent s'engager dans la voie de l'ambulatoire, à plus forte raison sur un autre établissement que celui où ils exercent habituellement (la plupart des chirurgiens étant actuellement en poste à l'hôpital Font-Pré).

Ces interrogations méritant une étude plus précise, il a été décidé de rencontrer les praticiens intéressés par ce projet et désireux de s'y investir. Etant donné le nombre de praticiens potentiellement concernés (80 médecins et chirurgiens), une première concertation générale a été organisée au sein des différentes spécialités médicales et chirurgicales

Pour cela, un questionnaire-type a été élaboré, afin d'évaluer le degré de motivation et/ou d'engagement des praticiens du CHITS vis à vis de cette démarche.

En fait, ce questionnaire constitue un premier outil d'expression offert aux chirurgiens pour qu'ils puissent se prononcer également sur les orientations qu'ils souhaitent voir aboutir en terme de typologie et de volumétrie des actes.

Les réponses obtenues vont permettre de dresser un premier état des lieux du degré de motivation, et de construire le projet sur une base de données fiable pour tout ce qui relève des incertitudes liées au manque de communication et qui rendent actuellement hasardeuse toute prospective de planification .

Il conviendra ensuite d'exploiter ces réponses en les rapprochant des potentialités théoriques évoquées par le DIM, pour établir un cadre prévisionnel d'activité quantitatif et qualitatif, même si à ce stade il est encore trop tôt pour arrêter définitivement une programmation-type de planning.

Une lettre du médecin coordonnateur accompagne ce questionnaire (annexe 4). L'adressage a eu lieu par courrier interne, en date du 24 juin 2003, à destination de tous les chefs de service du CHITS, et de tous les praticiens susceptibles d'être concernés par cette nouvelle activité, soit 80 personnes au total.

Le retour de ces questionnaires a été rapide : de quelques jours à quatre semaines, ce qui laisse à penser que les praticiens étaient réellement en attente d'une consultation de leurs opinions. Ainsi, 35 questionnaires complétés sont parvenus au secrétariat du bloc opératoire. Ce taux de retour de 44 % démontre l'intérêt porté à ce projet par la communauté médicale, si l'on considère que pour les enquêtes de ce type le taux de réponse habituel est d'environ 18 %.

L'analyse des résultats a permis de dresser dès le 23 juillet 2003 les grandes orientations quantitatives et qualitatives du projet.

(questionnaire page suivante)

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ACTIVITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Ce questionnaire bref vous est remis afin de mieux connaître votre avis et votre souhait d'implication dans le cadre du projet d'implantation du service de chirurgie ambulatoire. Y répondre ne prendra que quelques minutes de votre temps. Votre aimable coopération permettra d'orienter et d'adapter la construction de ce projet vers une meilleure réponse à vos besoins.

Avez-vous déjà été contacté dans le cadre du projet d'implantation du service de chirurgie ambulatoire sur le site G.SAND à La Seyne ? Si non, pourquoi ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pensez-vous que l'activité de chirurgie ambulatoire a sa place au CHITS ? Si non, pourquoi ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Seriez-vous prêt à pratiquer une activité de chirurgie ambulatoire sur le site G.SAND ? Si non, pourquoi ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Le fait de changer de site constitue-il une entrave personnelle ou professionnelle à votre engagement vis à vis de ce projet ?	oui ++ <input type="checkbox"/> oui + <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans opinion <input type="checkbox"/>
Souhaitez-vous être tenu au courant de l'avancement du projet ? Si non, pourquoi ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Quel volume d'activité hebdomadaire souhaiteriez-vous assurer ?	< 4 actes <input type="checkbox"/> 4 à 8 actes <input type="checkbox"/>
Pour quels types d'actes ?	
Qu'attendez-vous d'une telle structure en terme d'amélioration de vos pratiques actuelles ?	
NOM :	Spécialité :
Date :	

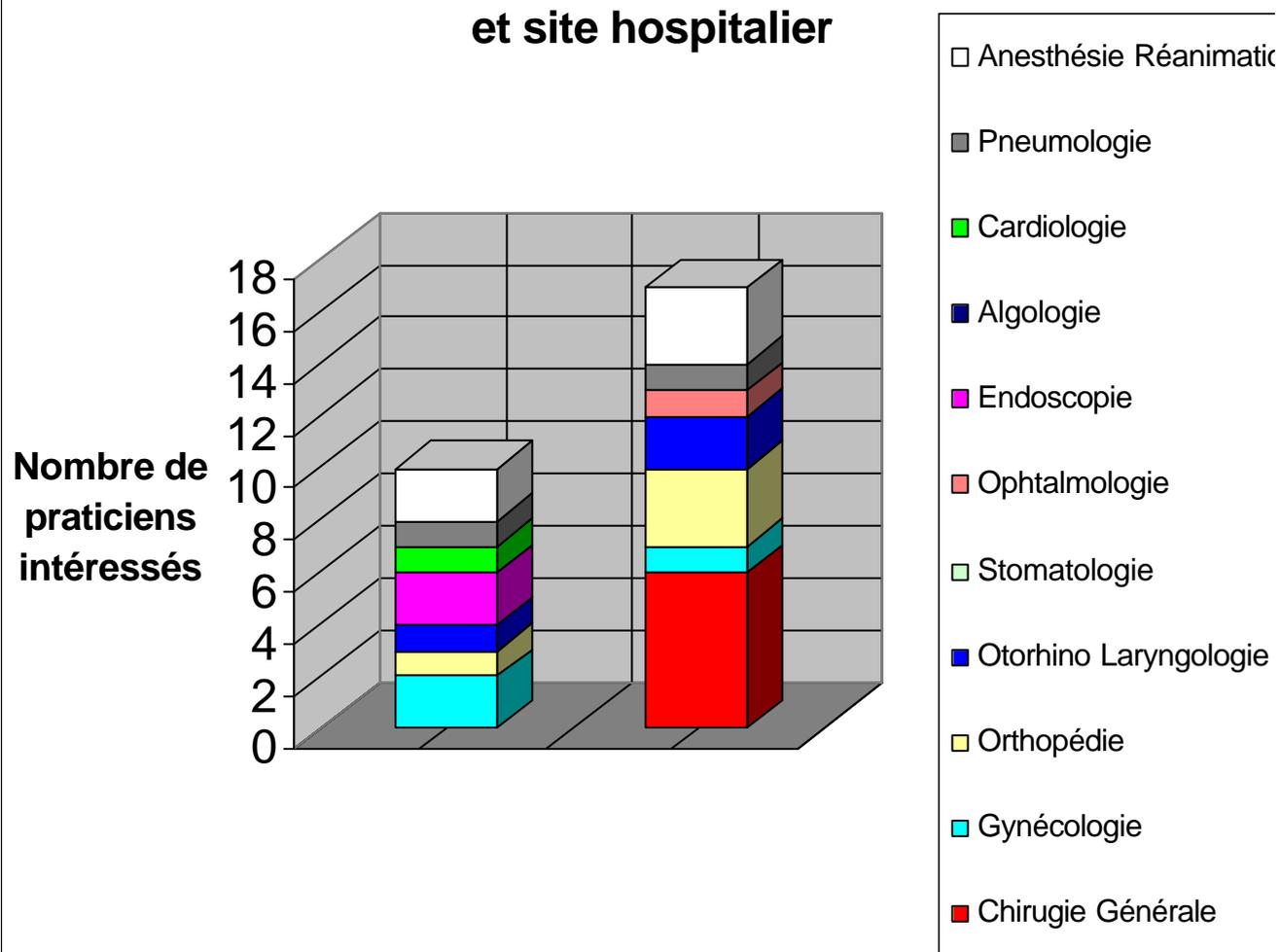
Merci d'avoir bien voulu nous consacrer quelques instants pour répondre à ces questions

Retour courrier : Secrétariat du bloc opératoire, Hôpital G.SAND

ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES :

DISCIPLINES CONCERNEES	Nombre de praticiens intéressés			Nombre d'actes envisagés	
	La Seyne	Font Pré	Total	< 4	4 à 8
Chirurgie Générale		6	6	5	1
Gynécologie	2	1	3	2	1
Orthopédie	1	3	4	3	1
Otorhino Laryngologie	1	2	3	2	1
Stomatologie			0		
Ophthalmologie		1	1		1
Endoscopie	2		2	2	
Algologie			0		
Cardiologie	1		1	1	
Pneumologie	1	1	2	2	
Anesthésie Réanimation	2	3	5	2	3
Total	10	17	27	19	7

Nombre de praticiens intéressés par discipline et site hospitalier



Sur les 35 réponses reçues au 23 juillet 2002, 27 praticiens déclarent vouloir s'inscrire dans la démarche. Huit autres ne le souhaitent pas, et ce pour diverses causes :

- 1 en raison d'un statut d'attaché (ophtalmologie)
- 2 pour absence de pratiques chirurgicales (pédiatrie)
- 1 faute de temps médical à dégager (anesthésie-réanimation)
- 1 pour cause d'éloignement du plateau technique (stomatologie)
- 1 en raison d'un manque de temps et de moyens (dermatologie)
- 1 par non acceptation de changer de site (ophtalmologie)
- 1 sans élément explicatif (néphrologie)

En ce qui concerne la gêne liée à la mobilité, seules les 17 réponses des chirurgiens intéressés et travaillant sur Font-Pré ont été étudiées ; en effet, les praticiens de G.Sand ne connaîtront aucun changement par rapport à leur situation habituelle.

Pour 9/17, il n'y a aucune gêne liée à cet exercice multi-sites, alors que la gêne est « moyenne » pour 6/17, et importante pour 2 praticiens. Deux d'entre eux ont suggéré un système de compensation financière au regard de ces déplacements, ce qui n'est pas réalisable dans la mesure où le Centre Hospitalier est par nature un hôpital intercommunal, et chacun doit pouvoir travailler dans un site ou dans un autre sans discrimination financière liée au lieu de travail.

En terme d'amélioration des pratiques actuelles, l'analyse des réponses laisse apparaître les éléments suivants :

- Pour 45% des praticiens, attente d'une meilleure qualité des prestations fournies au patient : meilleure organisation de la prise en charge, en terme de rapidité, simplicité, efficacité et respect des horaires. La plupart soulignent que cette amélioration présente un double bénéfice praticien/patient.
- Pour 17% d'entre eux, attente d'une meilleure gestion des lits d'hospitalisation traditionnelle, souvent « saturés », et optimisation des blocs opératoires des deux sites.
- 8% approuvent cette ouverture de l'hôpital sur la ville, et la possibilité de développer de nouvelles activités.
- 4% disent « TOUT » attendre de ce projet en terme d'amélioration de leurs pratiques actuelles.
- 26% des praticiens n'ont pas répondu à cette question .

D'un point de vue quantitatif, l'exploitation de ces données permet d'élaborer une première ébauche de planification hebdomadaire, sachant qu'il faut prendre en compte les éléments stables suivants :

Le service de chirurgie ambulatoire fonctionnera 5 jours sur 7.

En décomptant les jours non ouvrables (week-end, jours fériés, jours chômés, congés), son fonctionnement annuel sera réparti sur 228 jours. Avec une autorisation de 1825 actes par an, le maximum d'actes journaliers sera donc de 8 interventions ($1825/228 = 8$), avec une extrapolation éventuelle à 9 si l'organisation de la structure le permet et le besoin le justifie.

Ce sera sur cette base que devront être élaborés les plannings quotidiens et hebdomadaires, voire mensuels du service. C'est la raison pour laquelle un maximum de 8 actes hebdomadaires a été proposé à chaque chirurgien, afin d'ouvrir le plus largement possible les potentialités d'adhésion de chacun.

B) Les besoins externes

Ils sont guidés par une demande forte des patients, qui souhaitent réduire au minimum le temps passé à l'hôpital pour des interventions d'ordre bénin, tout en bénéficiant d'une qualité des soins irréprochable, en toute sécurité.

La plupart des individus considèrent effectivement qu'une hospitalisation brève, dès lors qu'elle est possible, est moins pénalisante pour leur organisation familiale ou professionnelle.

Si ces besoins sont moins facilement identifiables et chiffrables que les données relevant de l'analyse d'activité interne, il n'en demeure pas moins que les médecins traitants se font l'écho de telles demandes, et les relayent au cœur même des services hospitaliers.

De plus, il suffit de se pencher sur les activités en chirurgie ambulatoire des établissements voisins pour se rendre compte que la « part de marché » ambulatoire est réellement forte au sein de la population du bassin de vie toulonnais. Sachant qu'actuellement la majorité des structures privées pratiquent couramment ce mode de prise en charge, il devient important pour toute structure publique de pouvoir faire face à la concurrence en proposant des prestations au moins équivalentes, sinon meilleures, en qualité, en sécurité et en variété, à celles offertes par les structures voisines. La même analyse a par ailleurs été effectuée à l'hôpital militaire de Toulon (HIA Sainte Anne), qui envisage également l'ouverture de quelques places de chirurgie ambulatoire dans les années à venir pour faire face, tout comme le CHITS, à l'accroissement des besoins.

Une fois le besoin déterminé, il convient de procéder à un recensement des contraintes.

1.1.2 ... au recensement des contraintes

En matière de chirurgie ambulatoire, les contraintes peuvent être classées en deux catégories :

d'une part celles qui sont déterminées par des facteurs externes, qui relèvent des normes en vigueur mais également des partenaires extérieurs à l'hôpital public ; d'autre part celles qui sont guidées par des impératifs internes, au décours des activités nécessitant une mobilisation des ressources propres à l'établissement.

A) Les contraintes internes

- Elles se déclinent tout d'abord en termes de géographie : en effet , l'activité actuelle qui relève de la chirurgie ambulatoire est exercée sur le site de Font-Pré, à Toulon même.

Outre l'augmentation de cette activité, ce projet en prévoit la délocalisation sur le site de l'hôpital George Sand, situé dans la commune de La Seyne, distante de quelques kilomètres. Il va donc falloir surmonter les résistances au changement, qui animent le personnel médical tout autant que le personnel non médical de l'établissement.

- D'autres contraintes sont d'ordre temporel : les « opérations tiroirs » impliquent une concrétisation du projet d'ici à la fin de l'année 2003, sous peine de mettre en péril les autres orientations du projet médical. Sachant que la durée des travaux de réhabilitation des locaux sera d'environ six mois, ce laps de temps sera utilisé pour mettre en place toute l'organisation et mobiliser les moyens nécessaires.
- Les contraintes budgétaires : l'aménagement des locaux a fait l'objet d'un chiffrage sur la base d'un programme en trois tranches successives, pour une durée totale de six mois (juillet à décembre 2003), et un montant total prévisionnel de 155 000 €. Il faut également prendre en compte les dépenses d'équipements biomédicaux (prévision : 205 000 €) et mobiliers (prévision : 5 700 €). L'investissement nécessaire aux transformations des locaux est donc estimé à 365 700 € au total.

S'y rajoutent les surcoûts de fonctionnement qu'il conviendra de chiffrer pour la section d'exploitation, relatifs aux matériels consommables et aux dépenses de personnel.

En ce qui concerne le surcroît d'activité qui incombera au service de stérilisation de G.SAND, une étude réalisée par l'ingénieur biomédical laisse apparaître que les capacités des autoclaves installés sur le site permettront d'absorber le surplus prévisionnel d'activité .génééré par l'accroissement du volume des actes chirurgicaux.

B) Les contraintes externes

- La réglementation :

La chirurgie ambulatoire bénéficie d'un cadre juridique précis (annexe 5). Les exigences normatives concernent les locaux d'activité, les ressources matérielles et humaines qui y sont affectées, et l'organisation de la prise en charge.

D'un point de vue organisationnel, le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 impose une consultation préopératoire pour le patient, d'une part avec l'opérateur et d'autre part avec le médecin anesthésiste. La surveillance après l'intervention est également réglementée.

En ce qui concerne les locaux, différentes zones doivent être identifiées ; de plus, les travaux d'aménagement sont soumis aux règles des marchés publics, avec des délais incompressibles en matière de mise en concurrence des candidats et d'appel d'offres.

Pour ce qui relève du personnel, il faut au minimum un médecin qualifié et un infirmier présents pour cinq patients présents, plus deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

D'un point de vue concret, il faudra que la réalisation de la structure prenne en compte tous ces paramètres, sachant que plusieurs gestionnaires de l'hôpital seront concernés par ces exigences : Direction des travaux, Direction des ressources humaines, Direction des soins.

- Les partenaires extérieurs :

La chirurgie ambulatoire s'appuie sur des acteurs externes à l'établissement de santé : entourage familial du patient, acteurs paramédicaux, médecins libéraux. Elle constitue ainsi un champ privilégié d'application de la coopération entre le secteur public et le secteur privé.

Si les médecins traitants adressent souvent les patients à leurs confrères hospitaliers, leur rôle redevient prépondérant dès la sortie du séjour ambulatoire.

A ce titre, il convient qu'un système d'information et de communication pertinent et efficace soit établi entre le service ambulatoire et le médecin de ville, élément indispensable à une bonne organisation du processus : le médecin généraliste et le médecin hospitalier sont deux producteurs de soins, et leur vision partagée de la gestion des risques doit faciliter la cohérence de leurs interactions.

Une construction du projet peut dès lors être envisagée, en tenant compte des paramètres précédemment décrits.

1.2 LA CONSTRUCTION DU PROJET

1.2.1 D'UN MODELE STRUCTUREL ...

Pour établir un modèle structurel, l'étude s'est appuyée sur de nombreuses références bibliographiques, notamment sur les textes et recommandations en vigueur, ainsi que les diverses observations retracées par l'AFCA au cours de ces dernières années.

Le décret 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux structures ambulatoires précise que « *ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique* » (article D.712-30).

Le concept idéal s'organise autour d'une unité de temps et d'une unité de lieu. La déclinaison de ce concept a permis de dresser d'un point de vue structurel la physionomie du futur service, en tâchant de répondre aux exigences d'une prise en charge optimale, tant au niveau des locaux que des ressources matérielles et humaines à engager.

A) Les locaux du service

L'unité de chirurgie ambulatoire doit se concevoir selon un schéma simple, avec une division géographique en trois zones :

Une zone préopératoire, une zone opératoire, une zone postopératoire.

Les circuits et les flux doivent être aussi courts que possible.

Le patient doit pouvoir passer d'une zone à l'autre le plus simplement possible, en tenant compte des contraintes liées au fait qu'il soit couché, appareillé et accompagné : le choix d'une implantation sur un même niveau de réalisation a été retenu.

Il convenait ensuite de préciser le contenu de chaque zone :

- La zone préopératoire doit inclure un espace réservé à l'accueil, le secrétariat, un espace vestiaire et sanitaires, une zone de préparation et une zone d'attente.

- La zone opératoire, interdite au public, comprend la salle d'induction et la salle d'opération.
- La zone postopératoire comprend la salle de surveillance post-interventionnelle et la chambre où le patient sera transféré ensuite jusqu'à ce que « l'aptitude à la rue » lui soit donnée. Cette zone empiète en partie sur la première (préopératoire), puisqu'on y retrouve les espaces formés par le secrétariat, les vestiaires et les sanitaires.

Le lieu où le patient prendra un peu de repos avant sa sortie de l'unité devra être suffisamment isolé et paisible pour que soit garantie « *le respect et la dignité du patient* », selon les termes du décret 92-1102-art.D712-31.

Pour traduire concrètement ces exigences, une proposition architecturale a été élaborée sous l'autorité du Directeur des travaux².

Les plans des locaux ont tenté de concilier de multiples contraintes : celles dictées par l'existence d'une aile désaffectée au sein du bâtiment, et les contraintes liées au modèle structurel décrit ci-dessus, avec un découpage en trois zones distinctes, proches du plateau technique, facilement accessibles et identifiables (plan des locaux et programme des travaux, annexe 6).

Une telle disposition permettra, en outre, un gain de temps et des économies non négligeables en terme de personnel affecté à l'entretien des surfaces.

Un chiffrage estimatif de ces travaux a été présenté et approuvé en Cellule de Veille Budgétaire (22 mai 2003), pour un montant total de 155 000 €, selon la déclinaison suivante : aménagement des locaux de l'unité de soins entre le 31 août et le 15 septembre, du bloc opératoire entre le 15 septembre et le 15 décembre. La partie hébergement connaîtra un agencement provisoire d'ici à la fin de l'année, et bénéficiera en 2004 d'une restructuration d'envergure, avec d'autres travaux qui concerneront la partie « consultations externes ».

Dès la phase de conception du chantier et jusqu'à réalisation, ont été associés trois organes de l'établissement qui ont validé les solutions mises en œuvre : le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), la Médecine du travail, et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

² « Architecturer un espace, c'est d'abord clarifier l'énoncé d'un problème à partir de l'analyse du programme proposé. » Voir Bibliographie > ouvrages > BOUTINET J.P. *Psychologie des conduites à projet*.

Leurs avis, à caractère obligatoire, portent notamment sur les opérations de cantonnement des zones en travaux, au fur et à mesure de leur avancement.

B) Les matériels et équipements :

Les besoins en matériels et en équipements sont de deux types : d'une part les éléments à caractère médical et bio médical, d'autre part les éléments à caractère hôtelier et bureautique.

- en ce qui concerne le domaine médical et bio médical :

Il faut réarmer une salle de bloc opératoire qui jusqu'à ce jour n'a pas été utilisée. D'un point de vue structurel, cette salle est conforme aux exigences réglementaires : filtration air et eau, circuits et prises, fluides et gaz médicaux, surpression, surfaces. L'ingénieur bio-médical a été chargé de dresser une liste des équipements intérieurs nécessaires, et de les chiffrer. Il ressort de cette étude un investissement prévisionnel de 125 000 €

Pour renforcer les équipements de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), il faut acheter deux brancards supplémentaires car la capacité d'accueil de cette salle sera augmentée de deux places.

Ce renfort de la SSPI correspond à un ratio réglementaire défini selon : Nombre de salles d'opération / nombre de lits de SSPI = 1,5. Pour 4 salles de bloc, on doit donc avoir 6 lits de surveillance post-opératoire. Cette opération est estimée à 30 000 €

Pour la salle d'induction, un renforcement des équipements bio médicaux est prévu à hauteur de 50 000 €, pour l'achat de matériel « courant » de surveillance.

- en ce qui concerne le domaine hôtelier et bureautique :

Il convient de prévoir un bureau pour le secrétariat, estimé à 2200 €, et deux bureaux pour les postes d'informatique, d'un montant prévisionnel de 3500 € (Maquette budgétaire du projet : annexe 7). Le 24 juillet, une réunion à G.SAND a permis de finaliser les commandes d'équipement . Les budgets estimatifs ont été approuvés par la Direction ; il restera à mettre en œuvre les démarches de mise en concurrence et d'achat prévues par le Nouveau Code des Marchés Publics.

C) Les ressources humaines :

Les personnels affectés à l'activité nouvelle seront mis en place par redéploiement interne de moyens, puisés dans les ressources humaines de l'établissement. Ceci concerne en particulier le personnel de chirurgie du site, sur la base d'une qualification permettant une approche collective de ce nouveau concept d'organisation.

L'étude des besoins en personnel non médical laisse apparaître comme effectif nécessaire au fonctionnement de la structure :

- Pour l'unité de chirurgie ambulatoire : 1, 8 ETP (Emploi Temps Plein)
Infirmier
1, 3 ETP secrétaire médicale
- Pour le bloc opératoire : 1, 2 ETP Infirmier Anesthésiste
- Pour les liaisons Bloc / Unité de chirurgie ambulatoire : 1 ETP brancardier

Les profils de poste correspondant à chaque grade et fonction ont été élaborés en concertation avec l'encadrement et les équipes de soins.

Les agents devront se positionner sur la base du volontariat, sachant qu'en terme de conditions de travail, les atouts présentés par le nouveau service ne manquent pas : il s'agit d'un travail de jour, ne concernant ni les week-end, ni les jours fériés. Si l'on se réfère aux contraintes des autres services hospitaliers, il apparaît donc clairement que les postes à pourvoir peuvent être particulièrement attractifs.

Chaque responsable de secteur a été rencontré pour prévoir ce redéploiement en fonction des charges de travail actuelles de leurs équipes, discussions qui ont parfois été âpres, surtout en ce qui concerne le redéploiement des agents IADE.

Une étude précise a été présentée en juillet à l'équipe de Direction pour faire le point sur le projet (annexe 8).

Les arbitrages concernant les affectations du personnel infirmier et du personnel administratif (secrétaire médicale) seront rendus d'ici à la fin de l'année 2003 par la Direction.

1.2.2 ... A UN MODELE FONCTIONNEL

« L'organisation est au centre de la chirurgie ambulatoire et le patient est au centre de l'organisation »³.

Des réunions hebdomadaires ont permis de faire avancer le projet. En amont et pour chaque réunion programmée sont fixés : les objectifs à atteindre et le temps de la réunion. Chaque rencontre a fait l'objet de la production d'un compte-rendu (annexe 9), et toutes les étapes ont été retracées dans une fiche de synthèse.

A) Réflexion sur l'organisation des soins :

- *Méthode employée :*

Plusieurs questions ont été abordées en groupe de travail afin de fixer les grandes lignes directrices de l'organisation des soins :

- Quels critères de sélection faut-il arrêter en ce qui concerne le contexte psychosocial du patient ?
- A quelle heure le patient doit-il arriver par rapport à l'heure d'intervention programmée ?
- Comment effectuer la séparation des créneaux de chirurgie adulte et de chirurgie enfant ?
- Doit-on regrouper un seul et même type d'activités par matinée ?

Pour fixer les règles de fonctionnement et concevoir des règles d'organisation performantes, l'étude s'est enrichie de benchmarking auprès d'autres structures de soins, publiques et privées, ayant déjà mis en place un service similaire : Clinique Malartic à Ollioules, Clinique St Jean à Toulon, Hôpital Saint-Joseph à Marseille, Centre Hospitalier de Perpignan, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

Ces diverses structures ont fait l'objet d'une visite et de consultation des documents mis en place pour l'organisation de la prise en charge.

Cette démarche a permis un retour d'expérience et une capitalisation des informations puisées, tant au niveau des réussites que des écueils à éviter.

Les dysfonctionnements les plus fréquemment observés sont relatifs aux délais d'attente : attente pour l'admission, pour l'entrée au bloc opératoire, et pour l'autorisation de sortie conditionnée par les deux avis médicaux (chirurgien et anesthésiste).

³ Voir Bibliographie > ouvrages > LANGLOYS J. *Anesthésie ambulatoire*,

- *Réponses apportées :*

La prise en compte du contexte psychosocial est essentielle pour minimiser les risques de complication et assurer le maximum de sécurité et de confort au patient.

Les critères retenus, conformément aux recommandations des sociétés savantes, seront :

- Présence d'un accompagnant adulte, valide et disponible, s'engageant à rester auprès du patient la nuit suivant l'intervention.
- Présence d'un téléphone au domicile du patient
- Délai de trajet domicile/hôpital inférieur à une heure de route.

- Le laps de temps conseillé entre l'arrivée du patient et l'heure de l'intervention programmée a été fixé à une heure.

- La chirurgie adulte devra rester séparée de la chirurgie enfant, d'un point de vue chronologique tout autant que spatial. Ce point sera pris en compte lors de la programmation des créneaux d'interventions.

- Les activités de même spécialité seront regroupées par matinée, et aucun acte de chirurgie ne sera réalisé après 13 heures. En effet, les deux blocs opératoires relatifs à la chirurgie ambulatoire fonctionneront sur des créneaux horaires délimités de 7h30 à 14h, contrairement aux horaires de fonctionnement de la chirurgie « traditionnelle » qui s'étend de 8 heures à 18 heures pour toute l'activité programmée, et au-delà en cas d'urgence.

- Le secrétariat du service aura un rôle prépondérant dans la prise en charge, particulièrement en début (accueil) et en fin de chaîne (sortie du patient).

Il assumera la responsabilité de remise des documents suivants dans les délais impartis : compte-rendu opératoire, compte-rendu anesthésique, courrier au médecin traitant, prescriptions médicales et paramédicales.

- En raison du flux tendu des interventions et des contraintes d'organisation, il faudra parer à toute éventualité d'absence, et prévoir par conséquent bien en amont les potentialités de remplacement immédiat d'un ou plusieurs agents.

Le fonctionnement de la structure de chirurgie ambulatoire associant étroitement les secteurs administratifs, médico-techniques et soignants, toutes les interfaces devront être maîtrisées, condition indispensable à l'efficacité de la prise en charge.

En ce sens, les réunions hebdomadaires menées en juin et en juillet ont permis d'échanger les points de vue des responsables des secteurs concernés, pour trouver le meilleur chaînage d'actions, en visant toujours à rester très pragmatique dans la simplification des circuits d'information.

Les membres de l'équipe projet qui ont visité d'autres structures de chirurgie ambulatoire, in et hors-département, ont présenté une synthèse des modes de fonctionnement observés, mettant en relief les points forts du système : information, communication, organisation.

Ces visites ont également permis d'engager un débat au sein des groupes de travail, portant sur les modalités d'évaluation de la satisfaction du patient et sur les liens avec la médecine de ville pour le suivi post-opératoire.

En effet, la chirurgie ambulatoire présente la particularité d'étendre son concept organisationnel au-delà de la « porte du service », et de tisser en amont et en aval les mécanismes nécessaires aux conditions de sa réussite.

B) Rédaction des documents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la structure :

Trois groupes de travail pluridisciplinaires (cadres paramédicaux, médecins, membres de l'équipe de Direction) ont été mis en place, et des échéances de travail ont été arrêtées : au 21 juillet pour la finalisation du passeport de Chirurgie Ambulatoire, mi septembre pour la validation des fiches de poste et de l'organisation des soins, mi octobre pour la formalisation des procédures d'admission et la standardisation des documents édités avant la sortie du patient.

Des rencontres mensuelles entre ces trois groupes ont été organisées pour partager les informations et mener une réflexion collective.

- *Elaboration du Passeport de Chirurgie ambulatoire :*

C'est une pochette qui réunit les informations indispensables à la prise en charge du patient : coordonnées du service, conduite à tenir avant, pendant et après l'intervention chirurgicale, conseils d'ordre général, explications relatives au fonctionnement de la structure, feuilles de rendez-vous, de prescriptions et de bilans, charte du patient hospitalisé, charte du service à signer par les parties prenantes (médecin, anesthésiste, patient) dont un double est conservé au sein du service, annexé au dossier du patient.

La charte du service a été finalisée dans le courant du mois de juin, sous couvert du médecin coordonnateur de la structure (annexe10).

- *Elaboration du référentiel de la structure :*

Ce référentiel présentera le service à travers sa définition, ses missions, la population traitée, les pathologies concernées, l'organisation des soins, les moyens mis en œuvre et la démarche qualité (annexe 11). La tâche de rédaction de ce référentiel a été répartie au sein des différents groupes de travail.

- *Elaboration du règlement intérieur :*

Ce règlement est décliné en 4 volets : règlement intérieur chirurgical et médical, règlement intérieur anesthésique, règlement intérieur paramédical, règlement intérieur du secrétariat médical.

Chaque règlement stipule :

- le cadre réglementaire
- les missions spécifiques
- les liens hiérarchiques
- les liens fonctionnels
- le profil et l'organisation des postes
- la description des activités.

- *Elaboration des fiches de poste :*

Les fiches de fonction correspondent aux compétences générales de l'agent, elles sont disponibles pour tous les grades à la Direction des Affaires sociales et de l'emploi.

Les fiches de poste formalisent l'adaptation de ces compétences dans le service.

Les profils de poste, quant à eux, spécifient les particularités liées à la structure, et figurent dans le règlement intérieur. Ils indiquent précisément les horaires des agents et leurs tâches.

PROPOSITION D'UN MODELE DE FICHE DE POSTE (*voir page suivante*) :

PROPOSITION D'UN MODELE DE FICHE DE POSTE

FICHE DE POSTE : SECRETAIRE MEDICALE	
<p style="text-align: center;">MISSIONS</p> <p>Accueil téléphonique et physique du patient Prise de rendez-vous Rédaction du compte rendu opératoire et du compte-rendu d'anesthésie Rédaction du courrier au médecin traitant Transmission des données PMSI au Département d'Information Médicale (Résumés d'Unité Médicale)</p>	
<p style="text-align: center;">AUTORITE HIERARCHIQUE Cadre administratif</p>	<p style="text-align: center;">AUTORITE FONCTIONNELLE Cadre de santé</p>
<p style="text-align: center;">EVALUATION DE L'AGENT</p> <p>Entretien annuel avec le cadre :</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ appréciation littérale du cadre et proposition d'une note chiffrée⇒ expression des besoins de formation en corrélation avec les objectifs du service	

Ce modèle de fiche est applicable à tous les agents de la structure, qu'ils soient soignants ou administratifs. Il devrait permettre une réactualisation et une harmonisation des documents du même type déjà utilisés dans les services de chirurgie.

Les choix qui ont été retenus en ce domaine résultent d'un large consensus, et ont permis de dresser les premières propositions d'organisation s'inscrivant dans une démarche de management de la qualité.

2 PROPOSITIONS D'ORGANISATION

La nécessaire maîtrise des contraintes, tout autant que la volonté forte de réussir ce projet en se rapprochant de l'idéal « zéro défaut », ont porté l'équipe projet à se pencher sur une vision transversale du service à mettre en place. Les propositions d'organisation ont ainsi été guidées par une approche processus, et c'est ce qui a fait l'originalité de cette démarche ; en effet, le secteur public hospitalier n'est pas coutumier de ce type de réflexion, ni sur la forme, ni sur le fond, même si elle a suscité un réel intérêt chez les acteurs impliqués.

2.1 UNE APPROCHE PROCESSUS

Le processus est un « *moyen en vue d'atteindre un objectif. Est stratégique tout processus qui affecte de façon sensible un objectif assigné à la stratégie* »⁴.

Une approche simple et concrète permet de définir les paramètres essentiels de ce type de processus. En ce sens, trois questions sont incontournables pour clarifier la démarche :

- Quel est le produit ?
 - Qui est le client ?
 - Quelles sont les exigences pour le produit ?
-
- Le produit : il s'agit en l'occurrence d'un service ; on fabrique du soin, ou plus exactement de la santé.
 - Le client : il s'agit du patient qui sera pris en charge. Il est le consommateur du service « soin ».
 - Les exigences : on veut un soin de qualité, avec un respect absolu des délais de réalisation du service (moins de 12 heures) et une gestion des risques maîtrisée.

Dès lors, dans l'approche processus qui est faite de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire, il apparaît que l'on peut distinguer trois phases temporelles et organisationnelles qui se succèdent avant, pendant et après l'intervention (A).

⁴ voir Bibliographie > ouvrages > WEILL M. *Le management de la qualité*.

Dans un second temps d'analyse, la démarche consistera à construire trois types de processus qui permettront un regard transversal sur la coordination des différentes activités à organiser (B).

2.1.1 TROIS GRANDES PHASES A GERER

Il convient de scinder ce processus de prise en charge d'un patient en trois grandes phases selon le modèle suivant :

- PHASE 1 : c'est la phase pré-opératoire, qui s'étend du 1^{er} contact du patient avec la structure jusqu'à son retour pour le jour de l'intervention.
- PHASE 2 : c'est la phase qui se déroule au sein du service de chirurgie ambulatoire, le jour-même de l'intervention. Par définition, ce laps de temps est inférieur à 12 heures.
- PHASE 3 : elle débute lorsque le patient quitte la structure hospitalière et rentre à domicile. Elle s'achève après le retour du questionnaire relatif à la satisfaction du patient à J+5.

A l'intérieur de chacune de ces phases, les différents acteurs du processus interviennent, font des choix, et produisent des documents qui font partie intégrante du système documentaire qu'il convient de maîtriser.

Chaque phase est totalement liée à la précédente, dans le sens où il s'agit d'un enchaînement d'activités qui se suivent et s'imbriquent dans un ordre rationnel. Ainsi, aucune étape du processus ne peut être négligée sous peine d'arrêt total et immédiat du processus.

L'élaboration d'un logigramme va permettre de décrire de façon exhaustive les enchaînements à mettre en œuvre.

A chacune des étapes, ce logigramme « circuit du patient » s'accompagne d'acteurs associés, d'outils et de documents qui valident le cheminement des processus.

Le circuit du patient peut à son tour être re-découpé selon les trois phases décrites, avec une description plus fine des tâches accomplies.

L'importance de la structuration des tâches en management a été maintes fois soulignée comme une nécessité stratégique⁵.

A) L'organisation générale

L'établissement d'une matrice aide dans un premier temps à positionner les différents processus de l'organisation et les acteurs associés.

Cet outil va ensuite permettre de dimensionner le système documentaire nécessaire à cette organisation.

- Matrice processus/acteurs : (tableau page suivante)

Parmi les acteurs associés, ce diagramme ne considère que les acteurs internes à la structure :

personnel d'accueil (secrétaire médicale), personnel médical (anesthésistes, chirurgiens) et non-médical (infirmiers, personnels médico-techniques, brancardiers).

D'autres acteurs sont extérieurs à l'établissement, et sont également parties prenantes dans cette organisation :

patient, famille et /ou personne accompagnante, médecin traitant libéral.

⁵ Voir Bibliographie > Ouvrages > AUBERT N., GRUERE J.P., JABES J. et al. Management - aspects humains et organisationnels

Matrice processus/acteurs

Acteurs Processus	Anesthésiste	Chirurgien	Cadre de santé	IDE, IBODE, IADE	Brancardier	Secrétaire médicale	Direction
Consultations pré-opératoires	X	X	V			X	V
Accueil du patient	V	V	X	X		X	V
Réalisation du service	X	X	V	X	X	X	V
Achats	V	V	X	V			X
Plateau médico-technique	X	X	X	X			X
Gestion des risques	X	X	X	X	X		X
Sortie du patient	X	X	X			X	V

X = impliqué

V = concerné

- Le système documentaire :

Les documents produits :

Ils constituent une partie de la structure documentaire sur laquelle s'appuie le processus de prise en charge.

Ce sont des procédures (exemple : règlement intérieur du service), des instructions (exemple : modes opératoires de décontamination des surfaces) ou des supports d'enregistrement (feuilles de prescriptions, de bilans, questionnaires, charte ...).

Tous ces documents doivent être élaborés au sein même de la structure, en concertation avec les acteurs concernés ; ils sont propres à l'organisation telle qu'elle sera définie en interne.

Les procédures permettront de décrire et d'expliquer les différents processus, alors que les instructions se rapportent essentiellement à la description des activités au sein même de ces processus .

En ce qui concerne les enregistrements, ils constituent un élément indispensable en terme de traçabilité et de gestion des risques.

D'autres documents ne sont pas produits par la structure mais constituent le socle documentaire sur lequel le système repose :

lois, réglementation, manuels d'utilisation et de maintenance des équipements et appareils. C'est en quelque sorte la « partie obligatoire et incontournable » de la structure.

B) La gestion des risques :

Il convient de mettre en évidence au cours du circuit du patient, qui constitue le « cycle de vie » du système, les différentes zones de risques.

Ceci permettra d'établir une matrice de criticité, en fonction de la fréquence de survenue et de la gravité des risques décelés. Pour cette analyse, l'appréciation fréquence / gravité se bâtit sur l'expérience capitalisée dans le milieu hospitalier par rapport à certains événements indésirables.

- Matrice de criticité

ZONE DE RISQUE NON ACCEPTABLE

Fréquent	Troubles passagers post opératoires (céphalées, douleurs diverses...)	Mauvais suivi médical post-opératoire R1		Infections nosocomiales R2
Peu fréquent			Risque à l'induction R3	Risque lié au réveil R4
Rare			Risque transfusionnel	Risque de l'acte chirurgical R5
Extrêmement rare				Panne technique
<i>Fréquence</i> Gravité	Minime	Majeur	Très préoccupant	Risque létal

Une fois cette matrice établie, un plan de management des risques spécifique au système considéré doit être mis en place.

- Management du risque

- **R1 :**

Privilégier l'information du patient , de l'accompagnant et du médecin traitant. Veiller à ce que les comptes-rendus opératoire et anesthésique soient envoyés le jour même au médecin traitant ; un double sera faxé au Centre 15, que le patient ou son entourage devra joindre si un problème surgit la nuit suivant l'intervention.

- **R2 :**

Application drastique des protocoles élaborés par le CLIN et le service d'hygiène hospitalière.

Importance de la formation des personnels à ces techniques.

- **R3 :**

Importance de la consultation pré-anesthésique qui aura donné lieu à une information précise relative aux risques encourus, et aura permis de renseigner le questionnaire pré-anesthésique. Importance de la visite anesthésique pré-opératoire le jour même de l'intervention.

- **R4 :**

Même aspects préventifs que le risque 3, et importance de la formation des personnels soignants.

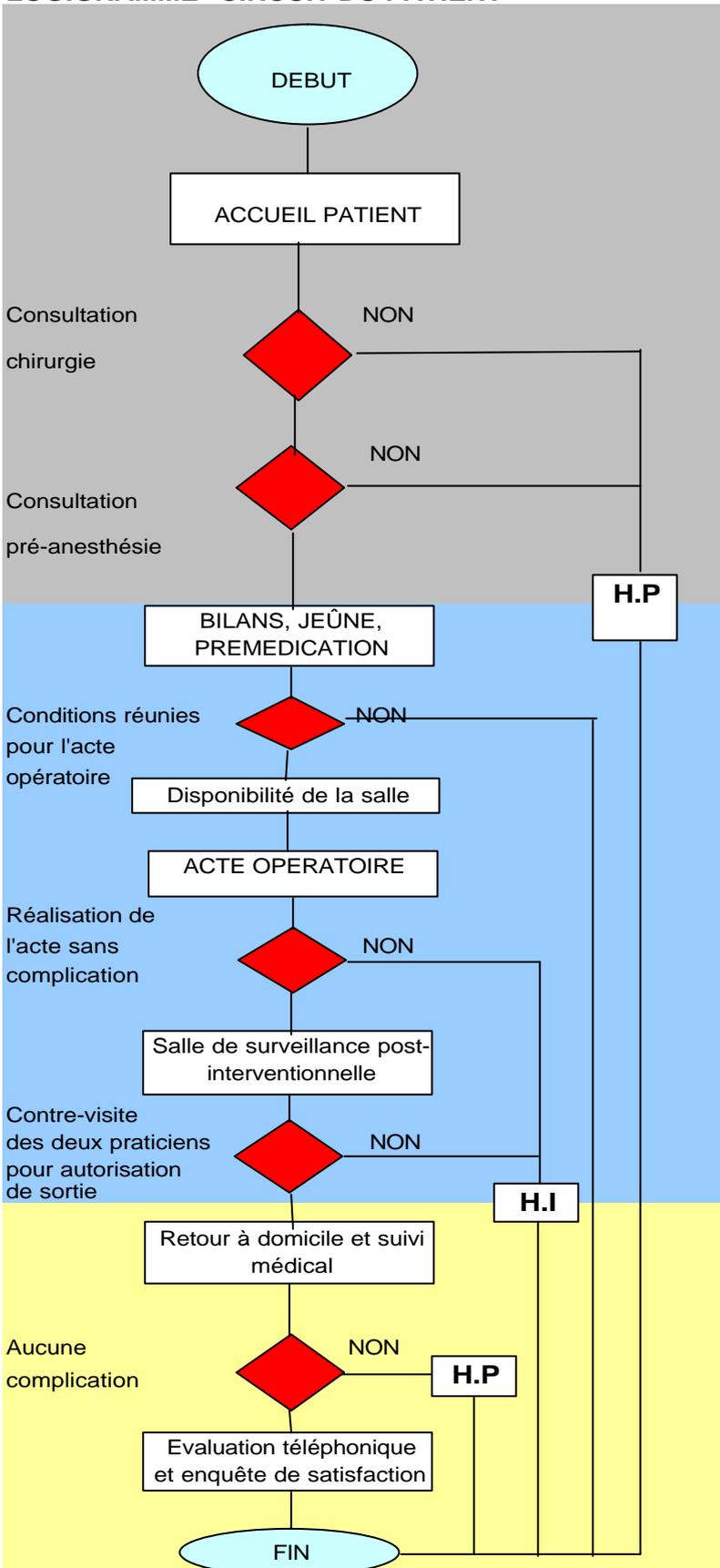
- **R5 :**

Relève de la compétence de l'opérateur et de son équipe. Là encore, prépondérance des formations, et de l'information entre les différents intervenants.

Cette gestion du risque doit être maîtrisée tout au long des étapes qui caractérisent le circuit du patient – *Voir logigramme page suivante.*

L'approche processus facilitera ce management.

LOGIGRAMME "CIRCUIT DU PATIENT"

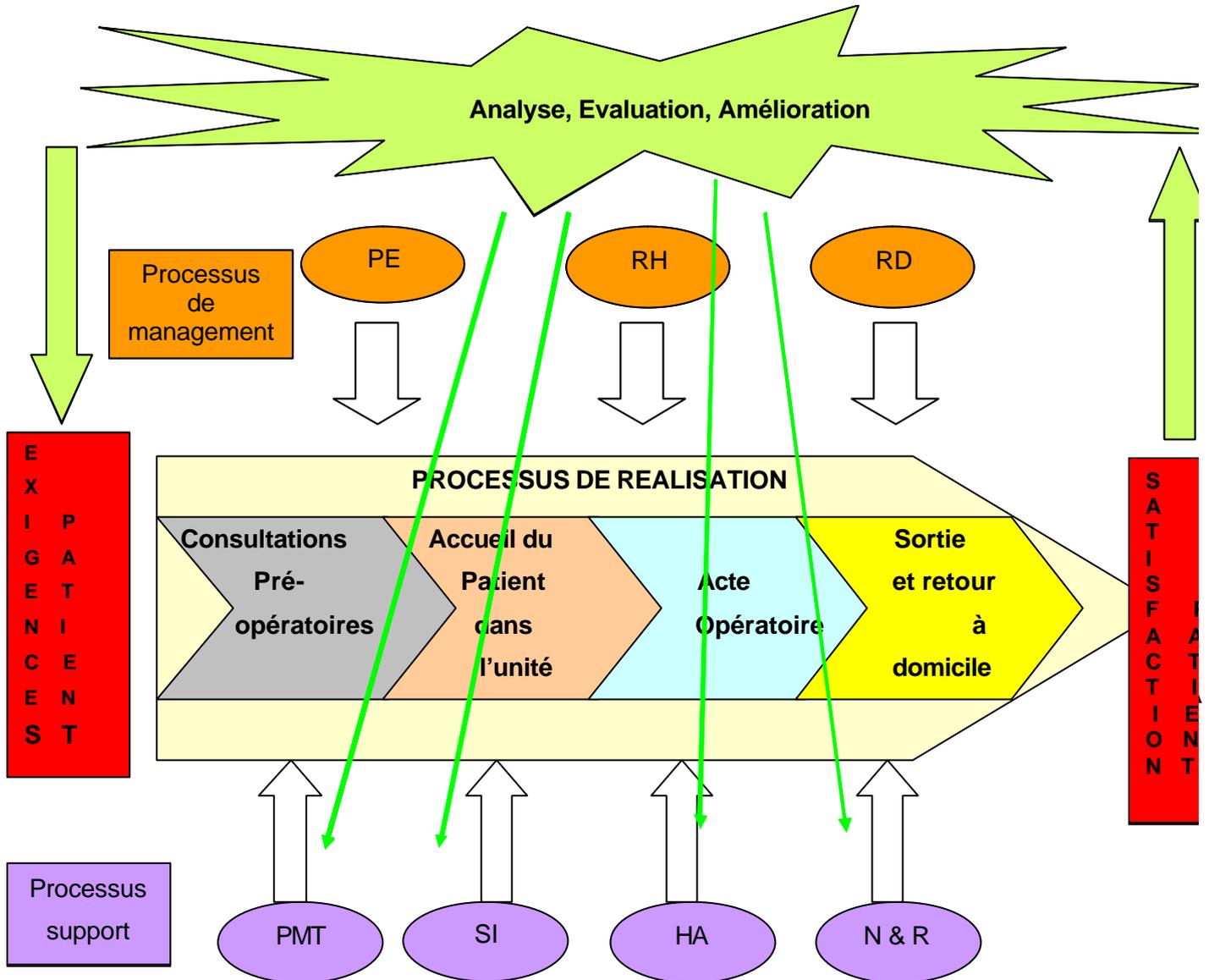


ACTEURS ASSOCIES	PRODUCTION ASSOCIEE
P	Passeport de
H	Secrétaire médicale
A	chirurgie ambulatoire
S	Dossier patient
E	IDE
U	Médecin opérateur
N	Prescriptions
IADE	Bilans à effectuer
IADE	Questionnaire de
	visite pré -
	anesthésique
	Acteurs para-médicaux
	en imagerie médicale, Résultats des bilans
	laboratoire, Infirmier, Chartre signée
	patient
P	Médecin opérateur
H	Anesthésiste
A	
S	Médecin opérateur
E	Anesthésiste
IADE	Brancardier
	fiche de
	décontamination
	et de nettoyage bloc
	feuille de surveillance
	anesthésique
D	Médecin opérateur
E	Anesthésiste
U	IADE
X	IBODE
	Compte-rendu
	anesthésique
	Compte-rendu
	opérateur
	IADE
	Médecin opérateur
	Anesthésiste
	Signature de
	l'autorisation de sortie
	Patient, entourage
	Médecin traitant
	Lettre médecin traitant
	prescriptions
P	Secrétaire médicale
H	
A	
S	Patient
E	Médecin traitant
T	Secrétaire médicale
R	
O	IDE
I	
S	
	Retour du
	questionnaire
	Fiche
	d'évaluation J+1

H.P : Hospitalisation Proposée **H.I** : Hospitalisation Imposée **IDE** : Infirmier(e) ; **IADE** : Infirmier(e) anesthésique ; **IBODE** : Infirmier(e) de bloc opératoire

2.1.2 TROIS TYPES DE PROCESSUS A COORDONNER

A) Cartographie des processus de chirurgie ambulatoire



PROCESSUS DE REALISATION	PROCESSUS SUPPORT	PROCESSUS MANAGEMENT
A1 A2 A3 A4	PMT : plateau médico-technique SI : système d'information HA : achats, approvisionnements N&R : normes et réglementation	PE = Projet d'Etablissement RH = Ressources Humaines RD = Revue de Direction

□ PROCESSUS DE MANAGEMENT :

- PE = Projet d'établissement

Projet médical + projet de soins paramédicaux + projet social + projet de gestion + projet du système d'information hospitalière + projet qualité

- RH = Ressources humaines

PNM => formation, recrutement, élaboration des plannings, des fiches de poste ...

PM => sur la base du volontariat ; motivation, plannings, coordination, mobilité

- RD = Revue de Direction

Permet d'établir annuellement (ou plus si nécessaire) un bilan de l'activité réalisée, une évaluation du degré d'atteinte des différents objectifs, une analyse des points à améliorer, dans un souci de management continu de la qualité des prestations délivrées.

□ PROCESSUS DE REALISATION :

- A1 = Consultations pré-opératoires

Prise de rendez-vous, consultations préalables avec le chirurgien et l'anesthésiste

- A2 = Accueil du patient dans l'unité

- A3 = Acte opératoire

Installation au bloc, l'anesthésie, l'intervention, le réveil du patient.

- A4 = Sortie et retour à domicile

Contre-visite des deux praticiens, prise du prochain rendez-vous, remise des documents de sortie et rappel des consignes à suivre.

□ PROCESSUS SUPPORT :

- PMT = Plateau médico-technique

Il inclut les services de stérilisation, d'imagerie médicale et le laboratoire d'analyses, avec notamment la réalisation des bilans pré-opératoire et post-opératoire. Il comprend également la gestion des locaux et équipements du bloc opératoire.

- SI : Système d'Information

Moyens mis à disposition des équipes de l'unité de chirurgie ambulatoire : moyens de communication (téléphone, fax), moyens informatiques (PC, logiciels), moyens de liaison avec les acteurs externes et internes (documents, courriers).

- HA = Achats, approvisionnements, gestion des stocks, maintenance

travaux, matériel, équipements, fournitures pharmaceutiques

- N & R = Normes et Réglementation

Ce processus recouvre la gestion des risques. Il inclut les textes législatifs et réglementaires qui s'imposent en matière de chirurgie ambulatoire, en terme de locaux, d'équipements, de personnels et d'organisation de la prise en charge des patients, ainsi que les recommandations formulées par les sociétés savantes, l'ANAES, et l'association française de chirurgie ambulatoire.

B) le processus comme chaînage d'activités

Chaque processus comporte des données d'entrée et des données de sortie ; entre les deux, il y a une valeur ajoutée à mettre en évidence.

Les données d'entrée sont : les besoins à prendre en compte, les exigences à respecter, les ressources pour y parvenir.

Les données de sortie sont : le patient soigné, les documents émis pour la suite de la prise en charge, l'activité produite par le service qui sera valorisée par le PMSI et la tarification des actes. Ces données doivent générer la plus grande satisfaction possible du patient, et il faudra mettre en place des outils de mesure pour s'en assurer.

Le processus de réalisation :

Il représente le cœur du métier, avec l'articulation des activités de l'accueil du patient jusqu'à son retour à domicile.

- Chaque activité comporte une partie interne autonome, qui correspond au savoir - faire professionnel des individus qui l'accomplissent.

Lors de son déroulement, toute activité donne lieu à une retranscription précise et écrite sur un support d'enregistrement. C'est la somme de ces documents qui va constituer le dossier du patient, composé du dossier médical et du dossier de soins infirmiers.

- Chaque activité possède également une interface en aval et en amont avec l'activité qui la précède et celle qui lui succède. Il est indispensable de maîtriser ces interfaces, pour garantir la continuité et la sécurité de la prise en charge.

La gestion de ces interfaces commence avant le jour de l'intervention programmée, dès le premier contact du patient avec la structure, et s'achève bien au-delà de son départ.

Les processus de support :

Ils garantissent la mise à disposition en temps et en lieu des moyens nécessaires aux activités précitées. Ils se déclinent en :

- Gestion du plateau médico-technique => les examens complémentaires devront être réalisés dans les délais, et leur disponibilité doit être assurée. Ce seront notamment les examens et bilans prescrits par le médecin opérateur ou le médecin anesthésiste, avant, pendant et après l'intervention et les examens en imagerie médicale. La disponibilité et la conformité des locaux, matériels et équipements du bloc opératoire devront être maîtrisées. Ce processus est placé sous la responsabilité de la Direction des soins
- Gestion du système d'information => qu'il s'agisse de supports papier ou de support informatique, il doit y avoir une coordination parfaite des flux d'information. La gestion de ces flux va assurer la transmission des données internes et externes nécessaires à la continuité de la prise en charge. Le responsable de ce processus est le Directeur du système d'information, d'organisation et de la gestion des malades.
- Gestion des achats et des approvisionnements => ce processus garantit la disponibilité des matériels entrant dans le processus de réalisation : matériels logistiques, avec les fournitures bureautiques et hôtelières produits pharmaceutiques, avec mise à disposition des médicaments et des dispositifs stériles. Ce processus est placé sous la responsabilité du Directeur des services économiques.
- Gestion des normes et de la réglementation => une vigilance particulière sera apportée au respect des obligations décrites par les textes, et ce processus sera conduit dans le cadre de la gestion des risques et des vigilances sanitaires, tout autant que dans l'optique du droit à l'information du patient. Ce processus est placé sous l'égide du responsable des vigilances sanitaires et du Président du CLIN.

Une proposition de formalisation de la gestion des flux d'information et de matières a été validée le 24 septembre 2003 par la Direction :

Service d'hospitalisation ⇔ Pharmacie :

Pharmacie => UF	UF => Pharmacie	Remarques
Approvisionnement de l'armoire à pharmacie de l'UF pour une semaine	Commande hebdomadaire chaque Mardi à 13 h (bon de commande)	La dotation du service reste à établir (essentiellement des antalgiques)
Approvisionnement hebdomadaire en petit matériel stérile	Gestion de cette commande par les IDE du service (le week-end)	On conserve le système de gestion actuel pour le « petit matériel »
Retour impératif de l'armoire le Mardi avant 16 h	Descente de l'armoire à pharmacie chaque Mardi entre 12h et 14h	Les commandes en urgence feront l'objet d'un « dépannage » sur place
Besoins logistiques : prévoir une armoire identifiée pour l'UF de chirurgie ambulatoire		

Service d'hospitalisation ⇔ magasin:

Magasin => UF	UF => magasin	Remarques
Approvisionnement mensuel de l'UF en petit matériel non stérile, droguerie, papeterie...	Commande mensuelle le 20 de chaque mois (bon de commande)	La dotation du service reste à établir (sacs, essuie-mains) Certains produits, notamment la papeterie, sont hors dotation.
	Gestion de cette commande par les IDE et les AS du service	Les commandes en urgence feront l'objet d'un « dépannage », géré directement entre le CS et le magasin.
Besoins logistiques : prévoir une armoire de rangement au sein de l'UF		

Service d'hospitalisation ⇔ lingerie :

Lingerie => UF	UF => lingerie	Remarques
Approvisionnement de l'UF chaque matin (armoires en provenance de Sivaël, identifiées au nom de l'UF)	Evaluation annuelle des besoins en draps, draps-housses, taies d'oreiller, steiners, chemises de patients, sacs de linge pour chariots, couvertures, torchons, dessus de lit	La dotation du service sera réévaluée en cas de besoin, par accord entre le CS et le responsable de la lingerie. Le service fermera chaque soir avec les chambres nettoyées et les lits faits pour le lendemain
Besoins logistiques : sans objet		

Service d'hospitalisation ⇔ Unité Centrale de Production des repas (UCP) :

UCP => UF	UF => UCP	Remarques
Livraison quotidienne de 4 à 5 repas et de 4 à 5 collations	Commande quotidienne des repas pour le lendemain (support papier), dès l'obtention du programme opératoire de J + 1, en fonction des spécificités des dossiers des patients	Le patient prendra un repas ou une collation en fonction du créneau horaire et de l'intervention chirurgicale dont il aura bénéficié
Une diététicienne passera chaque matin au sein de l'UF, pour la gestion des cas spécifiques	Les AS gèrent cette commande	En cas de besoin imprévu, la commande sera transmise en temps réel par l'UF au service de diététique
Remontée des chariots vers 10h30 pour la mise en chauffe	Les AS effectuent les branchements pour la mise en chauffe	La distribution s'effectuera au lit du patient ou en salle d'aptitude à la rue, selon les cas
Besoins logistiques : prévoir un four micro-ondes spécifique à l'UF		

Service d'hospitalisation ⇔ Consultations externes :

Lieu de la Cs externe	Cs Externes => UF	Documents associés
Cs secteur public : LS ou FP	<p>Cs à LS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le chirurgien donne au patient une date prévisionnelle d'intervention et lui remet le passeport de chir.ambulatoire. - Après son rdv avec l'anesthésiste et réalisation des bilans prescrits, le patient fait sa préadmission au Bureau des entrées 	<ul style="list-style-type: none"> - La secrétaire des consultations remplit en double le formulaire adéquat - Elle en adresse 1 exemplaire au Bloc LS (feuille verte) et l'autre exemplaire (feuille blanche) à l'UCA, avec le dossier patient
	<p>Cs à FP : même circuit pour le patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La feuille verte sera adressée au Bloc LS par FAX - La secrétaire du Bloc LS en fera copie pour l'UCA - La feuille blanche, annexée au dossier patient sera acheminée à l'UCA selon le schéma suivant : Centralisation des dossiers dans un casier « UCA » à FP, et 2 fois par semaine les dossiers seront amenés par coursier de FP vers l'UCA (le mardi et le vendredi)
Cs secteur privé : CHITS ou cabinet libéral	<p>Le chirurgien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - donne un rdv opératoire au patient, - lui remet le passeport de chir.ambulatoire, - prévient le Bloc LS par téléphone. <p>Après son rdv avec l'anesthésiste et réalisation des bilans prescrits, le patient fait sa préadmission au Bureau des entrées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La secrétaire du Bloc LS remplit une « fiche de liaison », qui sera transmise à l'anesthésiste ; elle donne le rdv avec l'anesthésiste et informe la secrétaire de l'UCA. - La secrétaire de l'UCA ouvre un dossier patient
<p>Besoins logistiques : 1 tampon encreur « UCA » gros modèle pour chaque opérateur 1 tampon encreur « UCA » modèle moyen pour labos et imagerie FP et LS 2 tampons encres identifiant l'UCA dans l'unité de chirurgie ambulatoire</p>		

Les processus de management :

Ils permettent d'assurer les éléments nécessaires au processus de réalisation par la mise à disposition de diverses ressources :

- Projet d'établissement => c'est le document officiel qui a donné les grandes orientations stratégiques de l'établissement pour les cinq années à venir, de 2003 à 2008. Ce texte, à travers la déclinaison du projet médical, prévoit la mise en œuvre du service de chirurgie ambulatoire. Ce projet est donc pleinement inscrit dans les perspectives affichées par le CHITS. La responsabilité de ce processus incombe au Directeur d'établissement.
- Ressources humaines => la gestion des ressources humaines doit garantir la disponibilité des équipes en nombre suffisant, et la qualité de leurs compétences. La spécificité de la chirurgie ambulatoire nécessite une grande vigilance en ce domaine, et les recrutements de personnels se feront à la fois par cooptation et sur la base du volontariat. En effet, si cette structure présente des points très positifs en matière de gestion du temps (travail diurne, congés programmés, structure fermée le week-end), les agents doivent faire preuve en retour d'un grand professionnalisme et d'une ponctualité sans faille. La responsabilité de ce processus incombe à la Direction des soins, sous couvert du Directeur des ressources humaines, et au Directeur des affaires médicales pour ce qui relève de la gestion des praticiens.
- Revue de Direction => une fois par an, ou plus si nécessaire, une Revue de Direction permettra de faire le point sur les actions menées et sur les résultats obtenus, sous la responsabilité conjointe du chef d'établissement et du responsable qualité. Cette revue de Direction comporte des éléments d'entrée (notamment les enregistrements relatifs à l'activité annuelle de la structure et les documents signalant les dysfonctionnements), une analyse de ces données, et des éléments de sortie qui donnent lieu à un rapport écrit.

2.2 MANAGEMENT DE LA QUALITE

Il reste à mettre en place un système de management de la qualité qui réponde tout d'abord aux exigences décrites et permette dans un second temps une amélioration continue des performances.

Dans ce but et suite aux réflexions engagées pour formaliser les différents processus, il s'est avéré indispensable d'organiser leurs interactions.

2.2.1 D'UNE ARTICULATION FORMELLE DES INTERFACES ...

A) Les interactions des processus

Pour formaliser la gestion des interfaces, il est nécessaire d'analyser les interactions des processus pour chaque domaine concerné.

Les résultats de cette analyse sont exposés dans le tableau suivant :

DOMAINE CONCERNE	PRINCIPAUX DOCUMENTS ASSOCIES	PROCESSUS DE REALISATION				PROCESSUS SUPPORT				PROCESSUS DE MANAGEMENT		
		A1	A2	A3	A4	PMT	SI	HA	N&R	PE	RH	RD
Management de la Qualité		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Maîtrise documentaire	Passeport CA Dossier patient	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DOMAINE CONCERNE	PRINCIPAUX DOCUMENTS ASSOCIES	PROCESSUS DE REALISATION				PROCESSUS SUPPORT				PROCESSUS DE MANAGEMENT		
		A1	A2	A3	A4	PMT	SI	HA	N&R	PE	RH	RD
Maîtrise des enregistrements	Dossier patient	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Information patient	Charte du service	X	X	X	X		X		X	X	X	X
Politique Qualité	Règlement intérieur					X			X	X	X	X
Responsabilité, autorité et communication	Référentiel Organigramme et fiches de postes						X		X	X	X	X
Représentation de la Direction	CR de Revues de Direction									X	X	X
Ressources humaines	Enregistrements des évaluations professionnelles						X				X	
	Plan de formation						X				X	
Infrastructures et environnement de travail						X		X	X	X		X
Planification de la réalisation du service	Tableau de programmation opératoire	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Processus relatifs aux patients	FICHES AQ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Développement de l'activité	RUM	X		X		X	X		X	X		
Achats	Liste des fournisseurs							X	X			X

DOMAINE CONCERNE	PRINCIPAUX DOCUMENTS ASSOCIES	PROCESSUS DE REALISATION				PROCESSUS SUPPORT				PROCESSUS DE MANAGEMENT		
		A1	A2	A3	A4	PMT	SI	HA	N&R	PE	RH	RD
Maîtrise de la production & de la préparation du service	Instruction Support d'enregistrement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Identification et traçabilité	Support d'enregistrement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure	Carnet de maintenance des dispositifs médicaux			X		X			X			
Satisfaction du patient		X	X	X	X	X			X			X
Surveillance et mesure des processus	Enregistrements des résultats	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Gestion des risques	Fiches relatives aux vigilances sanitaires			X		X			X	X		X
Maîtrise des dysfonctionnements	Fiches AP & AC	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Analyse des données		X	X	X	X	X	X	X			X	X
Amélioration	CR des Revues de Direction Fiches AP & AC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

B) La gestion des interfaces

❖ **Les interfaces des processus de support et de management avec le processus de réalisation :**

- **les interfaces PMT / processus de réalisation :**

Les laboratoires transmettront les résultats des bilans au secrétariat de la structure avant le jour prévu d'intervention. S'il s'agit d'un laboratoire externe, cette transmission se fera par fax ; s'il s'agit d'un bilan réalisé dans l'hôpital, la transmission se fera par le logiciel de transmission informatique déjà opérationnel.

Concernant l'imagerie médicale, la transmission se fera en interne si les examens sont réalisés au sein de l'établissement (télétransmission d'un service à l'autre). Le cas échéant, le patient viendra le jour J en possession de tous ses clichés.

Le matériel provenant de la stérilisation centrale sera livré dans le service chaque matin, comme c'est déjà le cas actuellement pour la chirurgie «classique » en fonction des besoins.

Concernant les locaux et les équipements du bloc opératoire, les procédures établies prévoient chaque matin un check-up et des tests de fonctionnement des différents appareils. Ces vérifications seront consignées dans un registre tenu à jour quotidiennement et réservé à cet usage.

- **les interfaces SI / processus de réalisation :**

Ce lien sera assuré lors de la procédure de pré admission du patient entre le secrétariat des consultations et le secrétariat de la chirurgie ambulatoire, par support papier (listing des patients selon les rendez-vous qui leur auront été fixés par les chirurgiens pour l'intervention). Le lien avec le bureau des entrées sera réalisé par transmission informatique le jour même de l'intervention.

- les interfaces HA / processus de réalisation :

Les besoins en matériels logistiques et en « consommables » seront établis sur une feuille de dotation mensuelle, avec possibilité de commande en urgence si besoin est, par bons de commande informatiques ou papier selon le produit demandé.

Les repas seront livrés dans les unités relais conformément aux commandes effectuées quotidiennement et confirmées par informatique à l'Unité Centrale de Production.

- les interfaces N & R / processus de réalisation :

Ainsi que l'exige la réglementation en vigueur, les soins prodigués seront retranscrits dans le dossier du patient, qui pour l'instant n'est pas encore totalement informatisé. Ainsi que le prévoit la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité des soins, le patient pourra exiger d'accéder ultérieurement à son dossier médical. Ceci rend nécessaire l'élaboration d'une procédure d'archivage des dossiers.

L'établissement a également obligation de mener une gestion active des risques, et de la formaliser. Le service se conformera aux procédures en vigueur, élaborés par le CLIN en collaboration avec les gestionnaires des vigilances : matério-vigilance, hémo-vigilance, pharmaco-vigilance, surveillance des infections nosocomiales. Pour un signalement relatif à l'un de ces risques, des supports d'enregistrement (imprimés spécifiques) sont disponibles sur l'intranet de l'hôpital, et le signalement est obligatoire pour tout agent qui a connaissance d'un incident indésirable survenu.

- les interfaces PE / processus de réalisation :

Au sein du projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins paramédicaux et le projet qualité sont concernés par le processus de réalisation.

Il sera établi, outre les statistiques mensuelles, une première évaluation à trois mois, et un bilan d'activité annuel de la structure. Ces documents seront communiqués aux différentes directions fonctionnelles et aux instances de l'hôpital.

- les interfaces RH / processus de réalisation :

Dès la conception du projet, l'accent aura été mis sur la nécessité de pourvoir le service en ressources humaines compétentes et disponibles.

Les conseils de service mensuels pluridisciplinaires permettront de faire régulièrement le point sur cette exigence, qui sera également suivie lors des rencontres hebdomadaires entre les représentants de la CME et la Direction pour ce qui relève des activités médicales et chirurgicales. Ces réunions font l'objet de comptes-rendus consignés dans un document unique (classeur de comptes-rendus).

- les interfaces RD / processus de réalisation :

Des bilans réguliers du degré d'atteinte des objectifs seront effectués à chaque Revue de Direction, à l'instar de ce qui se pratique déjà pour tous les secteurs d'activité de l'établissement.

L'analyse des données permettra de mettre en place chaque année un plan d'actions pour améliorer la qualité du service délivré. Les cadres assureront un retour d'information aux agents du service et veilleront avec le responsable qualité à l'engagement et à l'évaluation des actions préconisées.

❖ Les interfaces internes au processus de réalisation :

- interface A1 /A2 :

Ce lien sera essentiellement matérialisé par le support papier que constitue dans sa globalité le passeport de chirurgie ambulatoire. Ce document sera remis à l'intéressé lors de sa première consultation, dès que le chirurgien aura décidé de l'opérer selon ce mode de prise en charge, sous réserve de l'accord du médecin anesthésiste. Ce document contient toutes les informations nécessaires à l'identification du patient, et tous les conseils utiles à sa prise en charge.

Conformément à l'obligation légale d'information et de « consentement éclairé aux soins », le patient prendra connaissance précisément des actes qu'il va subir et des risques normalement prévisibles.

La pochette contient également tous les imprimés relatifs aux bilans à effectuer, la fiche de programmation des prochains rendez-vous, ainsi que la charte expliquant le fonctionnement du service, et, conformément à la réglementation, la charte du patient hospitalisé.

Au jour J-1, un appel téléphonique sera passé au patient par la secrétaire, afin de s'assurer qu'il n'a pas oublié son rendez-vous du lendemain, et pour lui rappeler la nécessité de relire les recommandations pré-opératoires figurant dans le passeport en sa possession.

En cas de besoin, la secrétaire pourra mettre en relation téléphonique le patient avec une infirmière ou un médecin du service.

- interface A2 / A3 :

L'accueil du patient dans l'unité de soins se fera dès 7 heures par l'infirmière présente, et à partir de 7h30 par la secrétaire médicale qui disposera déjà du dossier de pré-admission. Le passeport de chirurgie ambulatoire sera intégralement vérifié, pour s'assurer que tous les documents nécessaires à la prise en charge y figurent (notamment les coordonnées de l'accompagnant), et que le patient a bien suivi le circuit défini (accord du chirurgien/accord de l'anesthésiste).

Le patient signera alors la charte d'engagement tripartite (médecin opérateur/ anesthésiste/ patient). L'infirmière l'installera dans sa chambre, où il restera jusqu'au moment de l'intervention. L'anesthésiste effectuera une visite de contrôle avant le transfert en salle d'induction.

- interface A3 /A4 :

Après l'intervention, le compte-rendu d'anesthésie et le compte-rendu opératoire seront immédiatement transmis par dictaphone à la secrétaire médicale, qui transcrira par écrit ces données et les éditera en plusieurs exemplaires : pour le dossier du patient, pour l'archivage au sein du service, pour le médecin traitant.

Ces comptes-rendus seront transmis par fax en fin de journée au Centre 15, que le patient devra contacter en cas de problème durant la nuit. La secrétaire transmettra également le RUM au service d'information médicale, grâce au logiciel de transmission des données.

Enfin, lorsque l'aptitude à la rue sera donnée au patient, la secrétaire médicale (ou l'infirmière du service après 18h30) s'assurera une dernière fois des coordonnées téléphoniques du patient et de l'engagement de présence continue de son accompagnant, engagement formalisé par une signature de ce dernier sur le bulletin de sortie annexé au dossier du patient. Elle inscrira le prochain rendez-vous du patient avec son opérateur dans la case prévue à cet effet.

Dès la sortie du patient, la secrétaire médicale adressera les deux comptes-rendus au médecin traitant pour qu'il puisse assurer le suivi de la prise en charge.

La transmission des informations en temps réel est en effet une condition sine qua non à un suivi médical de qualité.

Le lendemain de l'intervention, l'infirmière chargée du dossier téléphonera au patient. Lors de cet entretien, elle s'assurera de la stabilité de son état de santé, et donnera tous les conseils nécessaires en fonction des réponses qui lui seront faites. En cas de doute, elle transmettra l'appel au médecin du service.

Le projet d'implantation de la structure de chirurgie ambulatoire a ainsi voulu tenir compte du maximum de paramètres visant à assurer la continuité et la sécurité des soins. Pour autant, la démarche qualité doit encore s'enrichir d'une dynamique d'amélioration continue, sans quoi elle n'aurait pas vocation à être pérenne.

C'est la raison pour laquelle il convient de s'interroger sur la mise en œuvre de l'amélioration continue des performances.

2.2.2 ... A UNE AMELIORATION CONTINUE DES PERFORMANCES

Une amélioration continue des performances exige que soit mis en place un système de management de la qualité qui s'alimente d'un retour d'information pertinent et efficace.

Tout patient fera l'objet d'une évaluation systématique, en référence à l'article 1er de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui précise que « *la qualité de la prise en charge du patient est un objet essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, notamment sur les conditions d'accueil et de séjour* ».

A) L'EVALUATION SYSTEMATIQUE DE LA SATISFACTION DU PATIENT :

- Au premier niveau de proximité, le dialogue direct entre l'équipe hospitalière et le patient au cours de la journée d'hospitalisation pourra faire l'objet de remarques consignées sur le dossier de soins infirmiers ou donner lieu si nécessaire à une Fiche d'Action Qualité (FAQ).

- En post-opératoire et pour tout patient, une procédure d'évaluation permettra de formaliser le degré de satisfaction :
 - Le patient aura la possibilité de déposer avant la sortie du service dans la « boîte à idées » le document « fiche d'appréciation » qui lui aura été distribué dès son arrivée.

 - Le lendemain de l'intervention (J1), un appel téléphonique sera passé au domicile du patient, afin d'une part de prendre des renseignements sur son état de santé, d'autre part de savoir s'il a des remarques à formuler en terme de qualité de prise en charge.

 - Ces informations seront notées dans un support d'enregistrement qui figure dans le dossier de soins infirmiers du patient (« fiche appel du lendemain »).

- Toute anomalie dans la prise en charge fera l'objet d'une FAQ transmise au responsable qualité de l'établissement.

L'appel de J1 aura permis en outre de rappeler au patient l'importance de compléter et de renvoyer sous 5 jours le questionnaire de satisfaction annexé au passeport de chirurgie ambulatoire resté en sa possession. Les résultats de cette enquête seront transmis au responsable qualité à des fins d'analyse.

Seront ainsi mis en évidence les dysfonctionnements et la non-qualité perçue. Ces résultats seront examinés, une analyse des causes permettra de proposer et de mettre en œuvre des actions correctives(AC) et préventives (AP) qui seront validées en Revue de Direction.

Pages suivantes, dans l'ordre :

- Proposition d'un questionnaire d'appréciation que le patient pourra déposer dans le service le jour même ;
- Proposition d'un modèle de fiche d'action qualité.

Ces deux documents ont été soumis à l'approbation du Chef de projet lors de la réunion du 24 septembre 2003.

QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION

❖ **L'accueil dans le service**

Vous a-t-il paru agréable ?

OUI

NON

Si non pourquoi ?.....
.....

❖ **L'accès à l'hôpital**

Vous a-t-il paru facile ?

OUI

NON

Si non pourquoi ?.....
.....

❖ **Le stationnement**

Avez-vous pu vous garer facilement ?

OUI

NON

❖ **L'accès au service**

Vous a-t-il paru facile ?

OUI

NON

Si non pourquoi ?.....
.....

❖ **La signalétique**

Est-elle assez claire ?

OUI

NON

❖ **Le personnel**

Vous a-t-il paru suffisamment disponible ?

OUI

NON

❖ **L'hôtellerie**

Avez-vous été satisfait ?

Locaux adaptés

OUI

NON

Chambre propre

OUI

NON

Repas satisfaisant

OUI

NON

Si non pourquoi ?.....
.....

❖ **La prise en charge globale**

Correspond-elle à vos attentes ?

OUI

NON

❖ **Votre information médicale**

A-t-elle répondu à vos attentes ?

OUI

NON

Si non pourquoi ?.....
.....

❖ **Avez-vous des observations ou des suggestions à nous faire ?**

.....
.....
.....

Service : Date :/...../.....
Nom, prénom (facultatif) :

A DEPOSER DANS LA BOITE A IDEES DU SERVICE

FICHE D'ACTION QUALITE : élaboration d'un modèle

ACTEURS	ANALYSE DE LA NON-CONFORMITE	DATE
Personnel administratif	Nature du signalement	
	Remarque orale ? Réclamation ?	
Personnel soignant	Remarque écrite ? Plainte ?	
	Source du signalement	
Personnel administratif	J0 dans le service ? Appel téléphonique J1 ?	
	Appel patient ? Appel tiers (famille, médecin traitant...) ?	
Personnel soignant	Lettre patient ? Lettre tiers (famille, médecin traitant...) ?	
	Enquête de satisfaction ?	
	Nature de la non-conformité	
	Qualité de l'accueil ? Qualité des soins ?	
	Qualité de l'organisation ? Qualité des moyens logistiques ?	
	Qualité de l'information ? Autres ?	
	Rédacteur :	
Médecin responsable de l'unité	Traitement immédiat	
	Réponse donnée :	
Cadre de santé	Action curative :	
	Rédacteur :	
Médecin responsable de l'unité	Analyse des causes	
Cadre de santé	Rédacteur :	
	Actions mises en œuvre	
Responsable qualité	<i>Action corrective :</i>	
	Efficacité OUI ? NON ?	
	<i>Action préventive :</i>	
	Efficacité OUI ? NON ?	
	Rédacteur :	
	Statut de la FAQ	
	EN COURS ? SOLDEE ?	

B) LES INDICATEURS DE SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE :

Des indicateurs simples, mesurables, accessibles, significatifs et concrets seront mis en place pour évaluer la qualité des processus de prise en charge, tant d'un point de vue organisationnel que fonctionnel.

Ces indicateurs permettront de mesurer la performance de la prise en charge.

A partir de la première évaluation annuelle en Revue de Direction, des seuils de « tolérabilité » seront à définir pour chacun d'eux.

Ainsi, et autant que nécessaire, des axes d'amélioration seront établis, après vérification de la pertinence des indicateurs en vigueur et, si besoin est, mise en place de nouveaux indicateurs mieux adaptés.

Les 7 indicateurs seront regroupés en tableaux de bord, dont le suivi sera assuré par le responsable qualité de l'établissement.

Ces tableaux de bord seront présentés en revue de Direction, ainsi que les actions d'amélioration de la qualité qui auront été mises en place (AP et AC notamment).

- INDICATEUR 1 :

Nombre d'hospitalisations imprévues :

Nombre de patients transférés en hospitalisation complète sur une période donnée / nombre de patients ayant subi une intervention en chirurgie ambulatoire sur la période considérée.

Cet indicateur renseigne sur la maîtrise des processus.

- INDICATEUR 2 :

Taux d'infections nosocomiales post-opératoires :

Nombre d'infections nosocomiales consécutives à une intervention sur une période donnée / nombre de patients opérés durant cette période

Cet indicateur renseigne sur le respect des procédures d'hygiène hospitalières et des recommandations établies par le CLIN.

- INDICATEUR 3 :

Nombre de fiches d'action qualité:

Nombre de fiches de réclamations relatives à la prise en charge pré-opératoire, opératoire, post-opératoire (concernant les horaires, la qualité de l'accueil, la qualité du soin, ou autre), émanant du patient, de son entourage, ou de son médecin traitant.

Toutes les informations seront prises en compte : réclamations écrites ou orales, issues notamment du questionnaire de sortie ou de l'appel téléphonique du lendemain, enquête de satisfaction du patient, plaintes, actions en justice.

Cet indicateur renseigne sur le degré de satisfaction des patients.

- INDICATEUR 4 :

Sorties retardées :

Nombre de patients ayant eu leur sortie retardée sur une période donnée / nombre de patients opérés durant cette période.

Causes multiples : accompagnant non-présent, visite tardive de l'opérateur et / ou de l'anesthésiste, complication liée à l'intervention ou au réveil.

Cet indicateur renseigne sur : Sélection du patient, qualité de l'anesthésie, qualité de l'organisation globale de la prise en charge.

- INDICATEUR 5 :

Annulation le jour de l'opération : SI LE PATIENT VIENT MAIS OPERATION ANNULEE APRES SON ARRIVEE :

Nombre de patients arrivés dont l'intervention a été annulée sur place pendant le mois / nombre de patients programmés dans le mois.

Causes multiples : pas d'accompagnement pour le retour à domicile, annulation par l'opérateur, par l'anesthésiste, impossibilité liée à la structure.

Cet indicateur renseigne sur la qualité de sélection des patients, la qualité de l'organisation et de la planification.

- INDICATEUR 6 :

Annulation le jour de l'opération : SI LE PATIENT NE VIENT PAS :

Nombre de patients programmés non-venus dans le mois / nombre de patients programmés dans le mois

Les causes diverses : oubli, maladie imprévue, patient ne pouvant être accompagné.

Cet indicateur renseigne sur : Compréhension du système par le patient.

- INDICATEUR 7 :

Nombre d'entretiens d'évaluation annuels du personnel :

Nombre d'entretiens d'évaluation du personnel durant l'année / nombre d'agents de l'unité.

Il convient à présent de mettre en perspective la pertinence de ces indicateurs au regard des objectifs fixés, afin de s'assurer de leur validité.

C) PERTINENCE DE CES INDICATEURS AU REGARD DES OBJECTIFS A ATTEINDRE :

OBJECTIF	PROCESSUS CONCERNE	TEXTE DE REFERENCE	INDICATEUR DE MESURE D'EFFICACITE
Séjour de moins de 12 heures	Réalisation : A2, A3, A4 Management : RH Support : PMT, SI, HA	<ul style="list-style-type: none"> • Conférence de consensus AFCA 1993 • Arrêté 7/01/1993 • Décret 92-1100 du 2/10/1992 	N° 1 Nbre d'hospit° imprévues période P / Nbre total patients même période
Prévention des infections nosocomiales (I.N)	Réalisation : A3	Recommandations du CLIN	N° 2 Nbre I.N période P / Nbre patients opérés même période
Satisfaction des patients	Réalisation : A1, A2, A3, A4	Référentiel ANAES relatif à l'accréditation	N° 3 Nombre de FAQ
Respect des horaires	Réalisation : A2, A3, A4	<ul style="list-style-type: none"> • Charte du service • Règlement intérieur 	N° 4 Nbre sorties retardées période P / Nbre total patients même période
Respect de la planification	Réalisation : A2, A3, A4 Management : RH Support : PMT, SI, HA	<ul style="list-style-type: none"> • Conférence de consensus AFCA 1993 • Charte du service • Règlement intérieur 	N° 5 Nbre patients arrivés et annulés période P / Nbre patients programmés même période
	Réalisation A1		N° 6 Nbre patients non venus période P / Nbre patients programmés même période
Evaluation du personnel	Management : PE, RH	<ul style="list-style-type: none"> • Projet social du CHITS • Référentiel ANAES relatif à l'accréditation 	N° 7 Nbre d'entretiens d'évaluation dans l'année / Nbre d'agents

NB : La période P citée dans les indicateurs sera ramenée à la durée d'un mois, pour les indicateurs 1 à 6.

Des tableaux de bord mensuels et annuels seront dressés pour voir l'évolution des ces indicateurs et en assurer le suivi ; une présentation annuelle sera effectuée en Revue de Direction (RD).

D'autres tableaux permettront de mettre en évidence les non-conformités classées par nature, et les suites qui auront été données, à partir des fiches FAQ retraitées annuellement pour leur présentation synthétique en RD.

SUIVI DES FICHES ACTION QUALITE DU SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

ANNEE 2004	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septbre	Octobre	Novbre	Décbre	TOTAL
Nombre de FAQ													
Accueil													
Nombre de NC par nature													
Soins													
Organisation													
Logistique													
Information													
Autres													
Nombre d'AC													
Nombre d'AP													

Présenté en Revue de Direction le :

Le Responsable qualité :

CONCLUSION

Le service de chirurgie ambulatoire devrait ouvrir le 2 janvier 2004.

A l'issue du travail accompli, un premier constat peut être dressé pour mettre en évidence le degré d'avancement du projet par rapport aux objectifs fixés dès le mois de mars 2003, et un panorama des « points forts » et des « points faibles » rencontrés lors de la conduite de ce projet pendant près de 6 mois.

Il convient également de s'interroger sur les perspectives d'avenir d'une telle structure, à l'aube de nouvelles réformes qui vont fortement modifier les organisations fonctionnelles des hôpitaux publics.

En ce qui concerne le degré d'avancement du projet, l'objectif d'organiser et d'animer au moins une réunion hebdomadaire a été réalisé, et chaque réunion a fait l'objet d'un compte-rendu largement diffusé.

Au terme du travail mené pendant ces derniers mois, les objectifs fixés lors de la première réunion du mois de juin ont été atteints, en ce qui concerne la réalisation de la maquette du passeport ambulatoire, qui doit être remise au service de reprographie et de communication fin septembre.

Deux scénarii de planification opératoire ont été formalisés, et seront discutés avec la communauté médicale et la Direction début octobre.

Le référentiel de chirurgie ambulatoire est presque achevé, hormis les aspects médico-administratifs de découpage en unités fonctionnelles.

La charte du service a été rédigée et validée. Le circuit du patient a été formalisé, et quelques procédures de gestion des flux sont encore en cours d'élaboration.

Les fiches de poste ont fait l'objet à partir du 18 août de deux réunions hebdomadaires pour les personnels non médicaux. Elles ont été validées le 24 septembre par la Direction. En ce qui concerne les effectifs, les arbitrages nécessaires seront rendus fin septembre.

Les travaux d'aménagement des locaux ont débuté, et les commandes de matériels sont en cours, pour tenir compte des délais de livraison, variables selon les fournisseurs.

Globalement, le projet a bien progressé, et la réalisation du système documentaire est le résultat d'une réflexion concertée et d'une communication productive. En outre, les personnels ont été tenus régulièrement informés.

Le projet finalisé sera présenté aux instances pour avis consultatif au cours du dernier trimestre 2003.

Cette démarche de projet s'est appuyée sur certains points forts, qui n'étaient pas forcément prévisibles dès le départ, mais qui ont largement contribué à son avancement. Le rythme des réunions, leur programmation et leur préparation ont permis de cibler les problématiques essentielles, en évitant les pertes de temps et les vains discours.

Le choix d'associer les acteurs concernés en amont et en aval de ce projet a généré une appropriation de la démarche chez les personnels médicaux et non médicaux, ainsi qu'une véritable curiosité de la part des agents non directement concernés. Preuve en a été donnée par les réponses aux questionnaires adressés aux médecins durant le mois de juillet, qui ont tous demandé à être informés de l'avancement du projet, même s'ils ne faisaient pas partie des futurs intervenants au sein de la structure.

En outre, ce projet a permis de fédérer un sentiment d'appartenance en terme d'intercommunalité, ce qui peut a priori surprendre lorsque le résultat du bilan social mené en janvier 2003 dans l'établissement fait apparaître que 95 % des agents ne travaillent que sur un site, et que moins de 50 % se disent motivés par la nature intercommunale de l'établissement.

Les membres des différents groupes constitués ont accompli un travail remarquable, d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Pourtant, ces tâches sont venues se rajouter à des charges de travail parfois très denses. A aucun moment, je n'ai rencontré chez les personnels soignants de la lassitude ou du découragement, excepté quand une rumeur infondée leur est parvenue dans le courant du mois de juin, laissant supposer que le projet allait être abandonné. Il a fallu à ce moment-là recentrer le débat, démentir les fausses informations, effectuer un véritable travail de remotivation des équipes : ce fut une période brève, mais intense en investissement personnel et en communication.

D'autres difficultés sont apparues, notamment chez les membres de la communauté médicale, dont l'adhésion au projet a été beaucoup plus lente.

En effet, il est apparu très tôt que les médecins du CHITS, même ceux qui semblaient directement concernés par le sujet, avaient une perte de confiance vis-à-vis de sa concrétisation : trop d'attentes avaient été déçues auparavant, et même les chirurgiens qui avaient été porteurs du projet en 1997 ne croyaient plus à la réalité de sa mise en œuvre.

Il fallait donc fournir très rapidement un travail important de communication et d'information pour relancer une dynamique autour de ce projet, et élaborer des propositions concrètes.

C'est la raison pour laquelle les praticiens ont été associés très rapidement aux réflexions menées : ainsi, le groupe projet a pu s'appuyer sur quelques individus « porteurs », qui pouvaient diffuser largement l'information auprès de leurs confrères.

De même, il a fallu présenter aux différents gestionnaires de l'établissement les perspectives et les atouts de cette démarche, car dans un contexte de contraintes budgétaires et de restrictions de ressources, il est toujours difficile de faire des choix qui

engagent l'établissement à moyen ou à long terme, sans avoir au départ une garantie réelle de « retour sur investissement ».

Quant aux nécessités de redéploiement des effectifs, dès que cette problématique a été abordée, de nombreux freins au changement sont apparus : lors de mes entretiens avec les cadres, il semblait très difficile de dégager des postes pour la nouvelle activité, en raison d'un manque d'effectif déjà pré-existant dans les autres services. Pourtant, le redéploiement interne était une condition sine qua non à la mise en place de cette structure, aucun recrutement de personnel supplémentaire n'étant envisagé dans l'immédiat.

Il a donc fallu étudier avec les différents responsables des secteurs paramédicaux et administratifs la possibilité d'affecter à ce nouveau service une partie de leurs ressources. Cela a certainement été la partie du projet la plus difficile à mener, au fil de rencontres et de négociations parfois très « tendues ». Le fil directeur de ces discussions a été la qualité de la prise en charge, seul élément réellement fédérateur pour tous les professionnels concernés.

Une autre forme de scepticisme est apparue, émanant notamment du corps médical, concernant la démarche qualité mise en œuvre. Cela n'a rien de vraiment surprenant. En effet, il est fréquent en milieu hospitalier qu'une certaine méfiance se développe dès lors que l'on cherche à « mettre à plat » les pratiques et les organisations des personnels, qui craignent manifestement que le fait de vouloir « faire de la qualité » remette en doute leurs compétences et leurs savoirs. La démarche qualité peut alors être ressentie comme une lourdeur technocratique, faisant référence à un cercle d'initiés et à un jargon hermétique.

Lorsque j'ai exposé l'approche processus aux différents groupes de travail, en évoquant les termes « production de soins », « patient-client », « relations client-fournisseur », ce langage a fortement déplu à la majorité des agents, qui ont été choqués que l'on puisse appliquer de tels vocables au domaine de la santé. Pour pouvoir continuer un dialogue serein et unanimement accepté, il a donc fallu que je veille à rester simple et concrète, avec un langage clair et compris de tous. Il a fallu également démontrer que la démarche qualité ne se décline pas qu'en procédures, mais en actions et en relations : il fallait en quelque sorte faire vivre la qualité au-delà du domaine conceptuel et théorique, enjeu d'envergure, certes, mais qui aujourd'hui me paraît bien mieux admis par l'ensemble des interlocuteurs.

Il convient à présent, à l'aube de l'accréditation de l'hôpital, d'expliquer que la démarche qualité n'est pas inscrite dans une sphère réservée à quelques privilégiés : elle doit s'améliorer au quotidien, avec l'implication la plus large possible.

Une autre idée reçue voudrait que la démarche qualité constitue une charge de travail supplémentaire. J'ai eu à préciser de nombreuses fois qu'elle permet bien au contraire une saine rationalisation des actions et un meilleur usage des moyens.

Ce travail de sensibilisation et de « démythification » de la qualité, aidé par les groupes de travail qui préparent l'accréditation de l'établissement, semble aujourd'hui porter ses fruits, même si des résistances demeurent çà et là, souvent par une sorte de découragement face à des exigences un peu « nouvelles » en terme de traçabilité et de rigueur dans l'exercice quotidien.

Les perspectives d'avenir du service de chirurgie ambulatoire sont assujetties à de nombreux paramètres : il est essentiel de mettre en place un plan de communication efficace, en interne comme en externe. Pour ce faire, les outils ne manquent pas : journal interne de l'hôpital, intranet, séances d'informations ouvertes aux partenaires extérieurs, notamment aux médecins libéraux du bassin de vie toulonnais, communication dans le journal local.

Ce projet s'inscrit dans une dynamique innovante qui répond aux exigences les plus strictes en matière de médecine d'avenir : pour assurer sa réussite et sa pérennité, il faudra favoriser les démarches de complémentarité, de pluridisciplinarité et l'obtention d'un consensus médical.

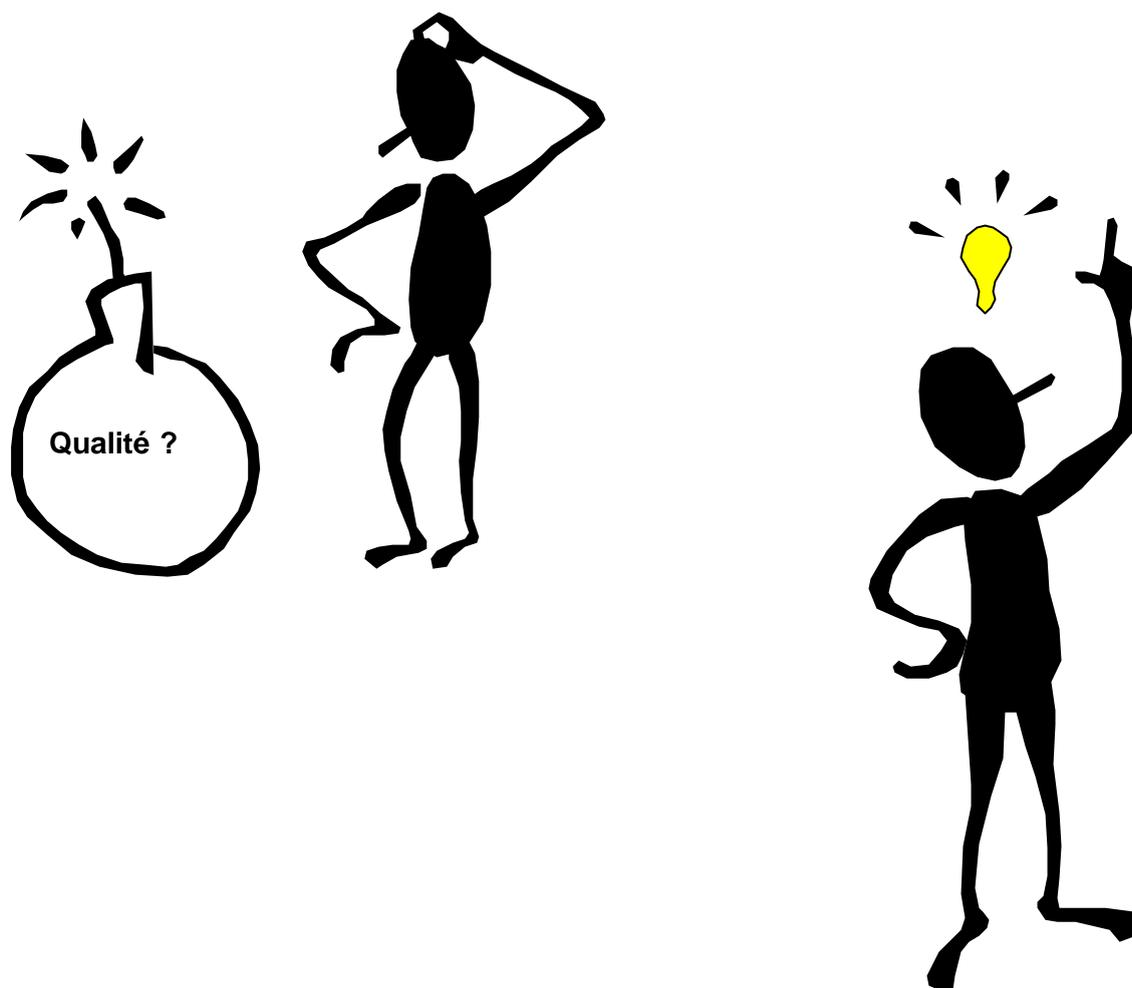
En replaçant le patient au centre d'une organisation, on lui redonne un rôle essentiel, qui répond tout à fait aux attentes et aux exigences de l'utilisateur. Sachant qu'à Toulon un projet de construction de nouvel hôpital est en cours (ouverture prévue en 2008/2009), la chirurgie ambulatoire sera certainement amenée à se développer dans les années futures. L'évaluation du service qui sera mis en place à G.SAND en 2004 devrait servir de support à cette évolution.

De plus, la réforme concernant les nouveaux modes d'allocation budgétaire pour les établissements publics de santé dès 2004, avec l'application d'une tarification à l'activité, oblige les hôpitaux à repenser en terme d'efficacité et de rentabilité, même si ce terme déplaît encore dans le milieu de la santé.

En fait, c'est tout un pan culturel d'acceptation et d'adhésion à ces notions qu'il devient important d'accompagner et de franchir, pour savoir se projeter vers l'avenir.

Pour clore ce rapport de stage, j'ai choisi de présenter un des documents que j'ai élaboré à destination des équipes de travail, petit « clin d'œil » à une démarche qui a enfin trouvé une cohésion et une véritable réponse participative :

...La qualité ne se décrète pas ... Elle se construit !



Bibliographie

Ouvrages

AUBERT N., GRUERE J.P., JABES J. et al. *Management – aspects humains et organisationnels*, P.U.F., Paris, 1991, 5ème édition corrigée, 1997, coll. Fondamental, 656 p.

BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, P.U.F., Paris, 1990, 5ème édition corrigée, 1999, coll. Psychologie d'aujourd'hui, 350 p.

BOUTINET J.P., *Psychologie des conduites à projet*, P.U.F., Paris, 1993, 3ème édition corrigée, 1999, coll. Que sais-je, 127 p.

LANGLOYS J. *Anesthésie ambulatoire*, Temps Pastel, 3ème édition, 1997, 272 p.

POCHON F. *Les droits du patient à l'hôpital*, P.U.F., Paris, 2002, coll. Que sais-je, 127 p.

WEILL M. *Le management de la qualité*, Editions La Découverte, Paris, 2001, coll. Repères, 120 p.

Revue et documents

Bulletin d'information en économie de la santé, CREDES, n°50, avril 2002.

Congrès de Limoges : *La chirurgie ambulatoire*. AFCA. 1996. Limoges.

Séminaire : *Organisation, qualité et gestion du risque en anesthésie, au bloc opératoire et en réanimation*. Mars 2002. Faculté de Médecine de Nice.

Sites internet

www.afca.fr

www.anaes.fr

Mémoires

E.N.S.P. Module interprofessionnel de santé publique. Groupe n° 6 animé par CASTIEL D. *Le développement de la chirurgie ambulatoire et ses conséquences sur la qualité de la prise en charge*. 2002. 29 p.

E.N.S.P. Mémoire EDH. MASSIP S. *Analyse du développement de la chirurgie ambulatoire au CHU DE Toulouse : de l'orientation stratégique aux modalités de mise en oeuvre*. 2001. 108 p.

Liste des annexes

Annexes non publiées

Annexe 1 : Arrêté du 31 mai 1999 relatif à la chirurgie ambulatoire

Annexe 2 : Résultats d'enquête du CREDES, avril 2002

Annexe 3 : Etude effectuée par le DIM, mai 2002

Annexe 4 : Lettre d'information

Annexe 5 : Réglementation

Annexe 6 : Plan des locaux et programme des travaux

Annexe 7 : Maquette du budget prévisionnel

Annexe 8 : Etude relative à la chirurgie ambulatoire

Annexe 9 : Comptes-rendus des réunions et des séances de travail

Annexe 10 : Charte du service

Annexe 11 : Référentiel de la structure