



**EHESP**

---

**Filière Directeurs d'hôpital**

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **octobre 2018**

---

# **Accélération de l'ambulatoire : peut-on encore optimiser les flux dans un centre multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire ?**

**L'exemple de l'unité de chirurgie ambulatoire des Hôpitaux  
Universitaires Paris Centre**

---

**Anne-Gaëlle CHABOD**



**EHESP**

---

# Remerciements

---

Au terme de ma formation à l'EHESP et de huit mois de stage passés aux Hôpitaux Universitaires Paris Centre, mes premiers remerciements vont à l'équipe de direction qui m'a associée à son quotidien et s'est rendue disponible pour m'aiguiller aussi souvent que nécessaire. Je tiens à remercier tout particulièrement mon maître de stage Emmanuel LAVOUE, Marion BOUSQUIE, Hélène DE BONNIERES, Anne-Laure DE CESARE, Youness IDRISSE, Alexandre FRITSCH, Claire PATRELLE, Carole REQUILLARD et Fanny LANCRY sans qui les journées à Cochin n'auraient pas été les mêmes. Plus largement, je souhaite témoigner ma reconnaissance aux collègues des équipes de direction et des services pour le partage de moments professionnels et conviviaux.

La rédaction de ce mémoire a été grandement facilitée par les échanges avec les différents acteurs qui m'ont aidée à élaborer ma réflexion, notamment Aude BOILLEY-RAYROLES encadrant le pilotage de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) des HUPC et l'équipe de Port Royal qui m'a reçue durant quelques jours d'immersion, en particulier le Professeur Bertrand DOUSSET, Annick MORVAN et Catherine CAILLE. Merci également à Madame SULON qui m'a présentée l'UCA de la Pitié-Salpêtrière et Madame DUREAU, celle de l'hôpital privé Saint-Joseph.

Laure THAREL m'a apporté une aide précieuse en acceptant de relire ce mémoire et en me fournissant des informations concernant la stratégie globale de développement de la chirurgie ambulatoire impulsée par le siège de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

Enfin, je remercie mes relecteurs pour leur temps et pour leurs critiques avisées quant à ce travail.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
De pratique alternative, la chirurgie ambulatoire est devenue la norme pour de nombreux actes .....	2
L'accélération de la chirurgie ambulatoire est souhaitable mais soulève plusieurs questions .....	3
L'analyse des parcours patients en centres spécialisés pluridisciplinaires favorise la réflexion concernant l'optimisation des flux en chirurgie ambulatoire.....	4
Méthodologie.....	6
1 Le développement des unités spécialisées de chirurgie ambulatoire pour répondre à l'accélération des prises en charge .....	7
1.1 Le contexte national incite à l'accélération des prises en charge en chirurgie ambulatoire .....	7
1.1.1 La fixation de cibles ambitieuses a déjà quelques effets.....	7
1.1.2 Les incitations des pouvoirs publics sont diverses .....	7
1.1.3 La bascule ambulatoire d'actes plus lourds et la perspective à moyen terme d'une dégressivité des rémunérations sont de potentiels écueils .....	8
1.2 Le siège accompagne le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de l'AP-HP .....	9
1.2.1 Le taux AP-HP de chirurgie ambulatoire est plus faible que celui national .....	9
1.2.2 La bascule ambulatoire des actes restants permettrait une économie estimée à 19 millions d'euros.....	10
1.2.3 Le siège accompagne les établissements dans la transition ambulatoire .....	11
1.3 Les Hôpitaux Universitaires Paris Centre ont à relever trois défis avec l'ouverture de l'UCA .....	12
1.3.1 Transférer de façon rationnelle une partie de l'activité de l'hospitalisation complète vers cette structure .....	12
1.3.2 Développer de nouvelles activités et de fidéliser les jeunes praticiens .....	13
1.3.3 Se démarquer dans une zone extrêmement concurrentielle .....	14
2 L'unité de chirurgie ambulatoire : une organisation pensée pour optimiser les flux... 16	
2.1 Construire un projet médical pluridisciplinaire cohérent .....	16
2.1.1 Déterminer les grands axes organisationnels et répartir l'activité.....	16
2.1.2 L'organisation concrète de la pluridisciplinarité de l'équipe met en exergue la mutualisation des moyens.....	18

2.1.3	Organiser les interactions entre les services d'hospitalisation conventionnelle et l'UCA .....	20
2.2	Définir un parcours patient efficient au sein même de l'UCA .....	21
2.2.1	Préparer le patient afin de simplifier sa prise en charge.....	21
2.2.2	Le parcours patient à l'intérieur de l'UCA répond à une réflexion aboutie sur les flux 22	
2.2.3	Les améliorations anesthésiques comme facteur essentiel d'une meilleure récupération après chirurgie .....	26
2.3	Piloter l'activité de l'UCA afin d'en améliorer son utilisation .....	27
2.3.1	Les premiers constats pratiques ont abouti à quelques changements.....	28
2.3.2	L'utilisation d'indicateurs de performance est nécessaire au pilotage de l'activité de l'UCA.....	29
2.3.3	Améliorer le codage et s'interroger sur le découpage du fichier structure.....	31
3	Perspectives et préconisations : des pistes d'amélioration des flux à explorer .....	32
3.1	En amont, sécuriser le programme opératoire et mieux anticiper .....	32
3.1.1	Il existe plusieurs pistes pour densifier les plannings opératoires de l'UCA..	32
3.1.2	Améliorer la compréhension du patient et l'anticipation : le rôle important de l'IDE de parcours.....	34
3.1.3	Une nécessaire systématisation du dossier de préadmission .....	35
3.2	Des progrès peuvent encore être envisagés à l'intérieur même de l'UCA .....	36
3.2.1	En pleine révolution, la fluidité de l'information ne sera atteinte que lorsque les logiciels seront réellement interfacés entre eux .....	36
3.2.2	Affiner les parcours selon leur durée .....	38
3.2.3	Progresser sur les temps d'attente .....	38
3.3	En aval : améliorer le lien entre la ville et l'hôpital .....	39
3.3.1	Renforcer les coopérations à l'intérieur même de l'hôpital mais aussi avec les acteurs de la ville .....	39
3.3.2	Mieux détecter les patients fragiles et adapter leur prise en charge .....	40
3.3.3	Développer de nouveaux intermédiaires et de nouveaux financements .....	41
	Conclusion.....	44
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes .....	47

---

## **Table des illustrations**

---

- 1 - Classement des hôpitaux en fonction de leur taux de chirurgie ambulatoire (p9).
- 2 - Part des séjours à basculer en ambulatoire par spécialité et par GH à l'AP-HP (p10).
- 3 - Réduction des coûts en ambulatoire, le nombre de journées libérées, le nombre de lits occupés et les recettes potentielles de ces journées (p11).
- 4 - Parts de marché des différents établissements de santé concernant la chirurgie orthopédique - traumatologie sur un territoire de proximité des HUPC (p15).
- 5 - Schéma récapitulatif des différentes étapes parcours patient à l'UCA de Port Royal (p22).
- 6 - Plan de l'UCA de Port Royal avec le parcours patient indiqué (p23).

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR	Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources
AFCA	Association Française de chirurgie Ambulatoire
ALR	Anesthésie locorégionale
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
AS	Aide soignant
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
CA	Chirurgie ambulatoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
DEFIP	Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine de l'AP-HP
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMS	Durée Moyenne de séjour
ENC	étude nationale des coûts
EPS	Etablissement public de santé
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Equivalent temps plein
GHS	Groupe homogène de séjour
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HDJ	Hôpital de jour
HUPC	Hôpitaux Universitaires Paris Centre
IADÉ	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEC	Infirmier de coordination diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAR	Médecin anesthésiste réanimateur
MSAP	Mise sous accord préalable
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAC	Pose de chambre implantable
PM	Personnel médical
PNM	Personnel non médical
PU-PH	Professeur des universités - praticien hospitalier

PSL	Pitié-Salpêtrière
RAAC	Réhabilitation améliorée après chirurgie
SCGPA	Service de chirurgie générale, plastique et ambulatoire
SIGAPS	Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
SSPI	Salle de surveillance
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire



## Introduction

En octobre 2017, la ministre de la Santé Agnès BUZYN a annoncé un nouvel objectif national : réaliser 70% des actes en chirurgie ambulatoire d'ici 2022, contre 54% actuellement<sup>1</sup>. Encouragé depuis plusieurs années par les pouvoirs publics pour des raisons médicales et économiques, le recours à l'ambulatoire est appelé à encore s'intensifier. Malgré une activité croissante ces dernières années, le secteur public reste en retard par rapport au secteur privé qui, contraint par les fermetures de lits, a développé ce type de prise en charge dès les années 1990. Cependant, la part de chirurgie ambulatoire du public tend à augmenter, porté par un très fort accroissement des capacités (passage de 869 places en 1996 à 6018 places en 2015 soit +592,5 %)<sup>1</sup>. Si un potentiel de développement existe encore afin de se rapprocher des taux très élevés de chirurgie ambulatoire des pays scandinaves, la France n'a eu de cesse de rattraper son retard. Pour parvenir à l'objectif affiché, il convient désormais d'activer de nouveaux leviers.

La chirurgie ambulatoire est une hospitalisation de douze heures maximum, sans hébergement de nuit<sup>2</sup>. Apparue dans les années 1990<sup>3</sup>, elle est définie par la HAS comme une chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention<sup>4</sup>. Cette chirurgie ne constitue pas une nouvelle technique, l'acte opératoire étant identique à celui réalisé en hospitalisation conventionnelle, elle est cependant organisée dans des conditions bien particulières (parcours de soins précisés, programmation anticipée, critères d'éligibilité du patient définis et respectés), dont la plus prégnante est le retour du patient à son domicile le jour même.

---

<sup>1</sup> Cour des Comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017, p 273.

<sup>2</sup> Article D6124-301-1 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (et son décret d'application).

<sup>4</sup> [https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201305/guide\\_securite\\_du\\_patient\\_en\\_chirurgie\\_ambulatoire.pdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201305/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf)

## **De pratique alternative, la chirurgie ambulatoire est devenue la norme pour de nombreux actes**

Les soins hospitaliers en médecine et en chirurgie s'envisagent historiquement avec un hébergement qui permet une surveillance rapprochée dans le cadre d'un diagnostic évolutif. Le succès de l'ambulatoire ces dernières années est le résultat de plusieurs facteurs : le diagnostic est devenu plus rapide et ne doit plus obligatoirement être donné à l'hôpital ; le patient, plus éduqué et exigeant, est moins enclin aux contraintes de l'hospitalisation et enfin, le raccourcissement de la durée moyenne de séjour a des bienfaits financiers et sanitaires. L'ambivalence initiale des pouvoirs publics et de la communauté médicale apparaît désormais révolue, la pratique de la chirurgie ambulatoire ayant constamment augmenté ces dernières années (passage de 36,2 % en 2009 à 54 % en 2016) grâce à diverses incitations développées plus loin.

Les avantages de la prise en charge en ambulatoire sont multiples et font désormais consensus. Outre une satisfaction accrue du patient appréciant de retourner chez lui le soir même, la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux sont renforcées du fait d'une limitation de l'exposition du malade aux infections nosocomiales. Par ailleurs, le personnel est généralement plus satisfait des conditions et de la qualité de vie au travail dans les unités dédiées à l'ambulatoire, car le temps et les tâches y sont plus normés que dans un service conventionnel. Enfin, elle constitue pour les établissements de santé une source d'optimisation des ressources des plateaux techniques de chirurgie et d'économies liées à la réduction des durées d'hospitalisation. Ainsi, la demande des patients de ne pas rester à l'hôpital plus du temps nécessaire rejoint l'exigence, pour les hôpitaux, d'optimiser leurs structures. Pour le directeur du CHU de Bordeaux Philippe Vigouroux "la création d'unités ambulatoires à partir des unités conventionnelles existantes témoigne déjà, dans nos hôpitaux, de cet engagement vers une rationalisation des espaces". Cette nécessité est particulièrement forte dans les hôpitaux urbains tels que Cochin qui sont a fortiori contraints par une surface immobilière réduite. Enfin, c'est également une source d'efficience pour l'Assurance maladie ; les tarifs des groupements homogènes de séjour (GHS) étant à moyen terme réajustés à la baisse lorsque le coût de production global diminue.

Ainsi, si la chirurgie ambulatoire demeure qualifiée de prise en charge alternative à l'hospitalisation complète dans le code de la santé publique<sup>5</sup>, elle est en réalité devenue celle de référence pour de nombreux actes en raison de l'amélioration des techniques chirurgicales (interventions moins invasives, telles la coéloscopie, l'arthroscopie, utilisation de robots pour le viscéral et l'endovasculaire) et des moyens anesthésiques et analgésiques (anesthésies locorégionales, produits d'action courte...). Il faut néanmoins souligner que des disparités demeurent entre les territoires de santé (20% d'écart entre certaines régions métropolitaines) et entre les différents types de prises en charge chirurgicales (87% des opérations du canal carpien réalisés en ambulatoire en 2009 contre 21% pour la hernie inguinale)<sup>6</sup>.

### **L'accélération de la chirurgie ambulatoire est souhaitable mais soulève plusieurs questions**

L'accélération de la prise en charge ambulatoire représente des enjeux financiers et organisationnels. En 2015, les séjours de chirurgie représentent une dépense d'assurance maladie de 15,6 Md€ (contre 13,3 Md€ en 2008), soit 20,4 % de l'ONDAM hospitalier. L'augmentation de ces dépenses est le reflet de l'augmentation des recours que la baisse des coûts moyens sur la période n'a pas suffi à compenser. Cependant, en 2016, selon la Cour des comptes, 461M€ d'économies ont été réalisées grâce au virage ambulatoire dont 346M€ dues à la réduction de la masse salariale.

L'adéquation des lits en hospitalisation complète au capacitaire et l'optimisation de l'occupation des lits restants est un enjeu majeur. En 2015, la France comptait 87 089 lits et places de chirurgie, dont 70 085 lits de chirurgie conventionnelle et 17 004 places de chirurgie ambulatoire. Depuis 1996, le nombre de lits et places a diminué de 22,9 % : 36 676 lits ont été fermés en chirurgie complète, tandis que 10 860 places ont été créées en ambulatoire. Toutefois, cette évolution provient majoritairement du privé. Les capacités d'hospitalisation en chirurgie conventionnelle ont chuté de 41,3 % entre 1996 et 2015 pour les établissements privés lucratifs et de 26,8 % pour les établissements publics. Cette réduction n'a par ailleurs pas été constante : dynamique entre 1992 et 2003 sous l'effet du « taux de change » subordonnant la création de places ambulatoires à la suppression de lits d'hospitalisation, le rythme s'est ensuite ralenti jusqu'en 2010. Il connaît une nouvelle

---

<sup>5</sup> Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

<sup>6</sup><http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire-10602/chirurgie-ambulatoire>

accélération depuis 2011 suite au déploiement intégral de la T2A et à la mise en œuvre d'une tarification incitative à la chirurgie ambulatoire que nous développerons plus loin.

Afin d'atteindre la nouvelle cible fixée par le gouvernement en 2020, les pouvoirs publics et les managers en santé doivent relever plusieurs défis. Tout d'abord, s'assurer que cette accélération se fait toujours dans le souci constant d'une amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge proposées au patient, et donc s'attaquer au principal écueil qui demeure la mauvaise gestion de la douleur, responsable d'un tiers des causes de ré-hospitalisations. Ensuite, accompagner les nécessaires changements organisationnels, techniques et managériaux qui révolutionnent en profondeur l'hôpital, en y associant étroitement les équipes médicales et soignantes. Plus largement, une réflexion doit être menée concernant les bouleversements extérieurs à l'hôpital que l'accélération de la chirurgie ambulatoire implique. Une meilleure coordination avec les acteurs de ville est nécessaire afin d'assurer la continuité des soins.

Enfin, l'inclusion de patients jusqu'ici non éligibles en raison de la lourdeur de leur diagnostic ou de leur précarité peut désormais s'envisager grâce aux innovations médicales et à un accompagnement social plus important. La chirurgie ambulatoire ne saurait cependant être l'alternative exclusive à la chirurgie conventionnelle. Le patient doit en effet adhérer pleinement à cette prise en charge qui, si elle le recentre au cœur de son système d'organisation, constitue néanmoins un circuit fractionné qu'il doit comprendre car on lui demande désormais d'y participer de façon active. L'hôpital doit ainsi veiller à ce que le patient et ses proches puissent assumer la responsabilité qui leur est transférée (réalisation des examens nécessaires à l'intervention avant l'opération, approvisionnement pharmaceutique, préparation à l'intervention par le jeûne, la douche, déplacement par ses propres moyens...).

### **L'analyse des parcours patients en centres spécialisés pluridisciplinaires favorise la réflexion concernant l'optimisation des flux en chirurgie ambulatoire**

La chirurgie ambulatoire répond à des règles plus strictes que la chirurgie conventionnelle : ponctualité des blocs, coordination maîtrisée des équipes multidisciplinaires, information du malade, anticipation de la douleur et traitement préventif de celle-ci, suivi pré et post opératoire. En France, cette activité est soumise à l'autorisation de l'Agence régionale de

santé<sup>7</sup>. Il est attendu que les structures de chirurgie ambulatoire soient aisément identifiables par leurs usagers, fassent l'objet d'une organisation spécifique et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel<sup>8</sup>. Il est nécessaire que durant les heures d'ouverture soient au minimum présents un médecin qualifié et un infirmier pour cinq patients, un médecin anesthésiste-réanimateur, deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire et un médecin coordinateur de la structure. Par ailleurs, plusieurs prérequis sont indispensables à l'ouverture d'un centre pluridisciplinaire de chirurgie ambulatoire ou UCA<sup>9</sup> : une unité de lieu avec une accessibilité aisée, une taille critique, une équipe pluridisciplinaire et un parcours patient préétabli.

Si la réglementation française n'impose pas une structuration particulière de l'activité de chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé, les pouvoirs publics ont tendance à encourager la création de centres distincts des services d'hospitalisation conventionnelle.<sup>10</sup> Cochin a ainsi construit une structure satellite. Cette catégorie d'UCA est généralement la plus adaptée à une bonne maîtrise des flux patients, informationnels et logistiques car aménagée "sur mesure" et permettant ainsi d'optimiser la qualité de la prise en charge et l'efficacité de l'unité.

Alors même que les centres pluridisciplinaires de chirurgie ambulatoire sont des structures conçues sur une réflexion globale d'amélioration des flux pour ces types de prise en charge par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, comment peut-on encore optimiser ceux-ci au bénéfice du patient et dans l'intérêt de la structure ? Quelles sont les transformations à envisager à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital afin de favoriser l'accélération de la bascule ambulatoire ?

---

<sup>7</sup> Les destinataires de cette autorisation peuvent être un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale.

<sup>8</sup> Décret n2012 - 969 du 20 août 2012.

<sup>9</sup> Les deux termes sont utilisés indistinctement dans le cadre de ce mémoire.

<sup>10</sup> L'ANAP distingue quatre grands modèles d'organisation ambulatoire selon leur degré d'indépendance. Les structures intégrées ont un accueil et un séjour ambulatoire dédiés, mais sont localisées dans une unité d'hospitalisation classique avec un bloc opératoire commun. Dans les structures autonomes, outre les locaux d'accueil et de séjour dédiés, il existe également un bloc ambulatoire distinct spécifique dans le bloc traditionnel. Les structures satellites comprennent quant à elles l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) dans des locaux qui leur sont propres au sein de l'hôpital. Enfin, les structures indépendantes l'ensemble des moyens matériels et humains nécessaires à l'ambulatoire réunis au sein d'une structure entièrement dédiée à cette activité, tout en conservant l'avantage de pouvoir rediriger très rapidement le patient en hospitalisation conventionnelle si besoin.

## **Méthodologie**

Ce mémoire réalisé en fin de formation a été rédigé au cours d'un stage de huit mois de janvier à août 2018, au sein de l'équipe de direction des HUPC.

Ce travail s'est d'abord appuyé sur l'observation du fonctionnement de l'UCA de Port Royal durant quelques jours d'immersion, aboutissant à un premier aperçu des spécificités et problématiques de la structure, grâce à de nombreux échanges avec le personnel. Dans un second temps, des visites complémentaires aux UCA de la Pitié-Salpêtrière et de Saint-Joseph m'ont permis de cerner plus précisément les enjeux des centres ambulatoires pluridisciplinaires. Les échanges avec les directeurs des HUPC et du siège m'ont par ailleurs apporté des informations précieuses quant aux stratégies déployées dans le cadre du lancement de cette nouvelle UCA.

Si beaucoup de littérature est mobilisable concernant la chirurgie ambulatoire en elle-même, ceci est moins vrai pour les différentes catégories d'organisation possibles. Ce sont donc les retours du terrain, quelques documents très concrets (type ANAP pour le lancement et la gestion des UCA) et plusieurs rapports qui m'ont permis de compléter l'analyse développée ici.

# **1 Le développement des unités spécialisées de chirurgie ambulatoire pour répondre à l'accélération des prises en charge**

## **1.1 Le contexte national incite à l'accélération des prises en charge en chirurgie ambulatoire**

### **1.1.1 La fixation de cibles ambitieuses a déjà quelques effets**

La nouvelle cible de 70% annoncée par la ministre remplace celle initialement fixée par la DGOS de 66,2% en 2020 dans son programme national de développement de la chirurgie ambulatoire 2015-2020. Cet objectif avait déjà été jugé ambitieux par l'association française de chirurgie puisque nécessitant une dynamique d'augmentation plus importante que par le passé. Elle soulignait "qu'un alignement sur les standards internationaux équivaldrait à la fermeture de quelque 98 000 lits sur les 414 000 existants". L'accélération de la fermeture de lits d'hospitalisation complète en chirurgie ambulatoire produit déjà des effets notables au niveau du taux moyen d'occupation, passé entre 2010 et 2015 de 67 à 72%. A cet égard, d'après la Cour des comptes, en retenant une hypothèse de taux cible d'occupation de 85 %, la surcapacité pourrait encore être estimée à 12 800 lits en 2015<sup>11</sup>.

### **1.1.2 Les incitations des pouvoirs publics sont diverses**

Initialement, alors que la pratique ambulatoire n'était pas encore mûre, le séjour ambulatoire était moins bien payé que les séjours en hospitalisation complète. Le développement de l'ambulatoire est cependant devenu dès le milieu des années 2000 un élément important de la planification hospitalière, apparaissant dans les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et décliné dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements. La politique tarifaire est apparue de plus en plus incitative au cours des dernières années avec le passage à la T2A puis, dès 2008, avec la mise en œuvre des tarifs uniques pour les gestes marqueurs réalisés en hospitalisation complète ou en ambulatoire.

---

<sup>11</sup> Cour des Comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017, p 274.

Depuis 2015, il existe 55 gestes marqueurs (contre 5 en 2008), englobant 239 actes CCAM<sup>12</sup>. Les codes GHM qui se terminent par J indiquent ainsi ces actes qui doivent être traités en ambulatoire. Une mesure contraignante était également prévue dans la LFSS 2008, soumettant à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie (MSAP) la prise en charge en hospitalisation complète de certains actes classifiés désormais en ambulatoire. Ces mesures, ainsi que la diminution du différentiel de tarifs pour certains « couples » de GHM entre la chirurgie ambulatoire et traditionnelle (en 2014, les bornes basses ont été supprimés pour les GHM chirurgicaux de niveau 1), ont incité les établissements à développer les séjours sans nuitée. Les hôpitaux ont ainsi pu réaliser des économies par la substitution des prises en charge de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire (suppression des équipes de nuits, des coûts hôteliers et indirects, gain de productivité grâce au taux de rotation des patients plus élevé).

Parallèlement à ces signaux directs, deux autres sources d'économies peuvent intéresser les structures : la suppression de lits et la densification de la patientèle dans les lits d'hospitalisation traditionnelle. En effet, le transfert de certains actes plus légers dans des centres dédiés à la chirurgie ambulatoire doit théoriquement permettre de remettre des activités hautement techniques, et donc plus rentables, dans les blocs conventionnels.

### **1.1.3 La bascule ambulatoire d'actes plus lourds et la perspective à moyen terme d'une dégressivité des rémunérations sont de potentiels écueils**

Si l'accélération de l'ambulatoire de ces dernières années peut porter à croire que le plus dur a été réalisé, le chemin restant à parcourir ne peut pas l'être de la même manière que celui déjà parcouru, comme le relève Frédérique BIZARD, économiste de la santé. Pour atteindre le nouvel objectif, il faudrait trouver d'autres leviers et accomplir en ambulatoire des actes plus lourds, les plus légers étant en passe d'atteindre leur niveau maximal. Pour l'heure, des prises en charge innovantes de pathologies de comorbidité 3 ou 4 (par exemple le cancer de la prostate) ne peuvent pas être codées en HDJ, pénalisant les établissements qui les proposent en ambulatoire.

Par ailleurs, si la politique tarifaire reste incitative dans son ensemble, la bascule de l'ensemble des actes traceurs est dans sa phase finale, aussi la baisse des coûts implique une baisse à moyen terme des rémunérations. La dégressivité tarifaire a été mise en œuvre pour la première fois en 2016 sur les données d'activité 2015, selon les conditions fixées par l'arrêté du 4 mars 2015. La politique initiale d'alignement à la hausse pour un grand nombre de GHM des tarifs de la chirurgie ambulatoire sur ceux de l'hospitalisation

<sup>12</sup> Liste des gestes marqueurs en annexe 1.



complète a conduit à « sur-rémunérer » les actes de chirurgie ambulatoire au regard de coûts plus élevés engendrés en hospitalisation classique. Elle a participé à favoriser un développement de la chirurgie ambulatoire décorrélé de la réduction, elle-même incomplète, des capacités en chirurgie traditionnelle. Inverser la logique tarifaire en alignant sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficaces les tarifs de la chirurgie en hospitalisation complète pour l'ensemble des actes pouvant être effectués en ambulatoire, ainsi que la Cour l'a déjà recommandé, permettrait, selon la CNAMTS, 645 millions d'euros d'économies annuelles.

Plus que jamais, il est donc nécessaire que les flux soient optimisés afin de ne perdre aucune source d'efficience.

## 1.2 Le siège accompagne le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de l'AP-HP

### 1.2.1 Le taux AP-HP de chirurgie ambulatoire est plus faible que celui national

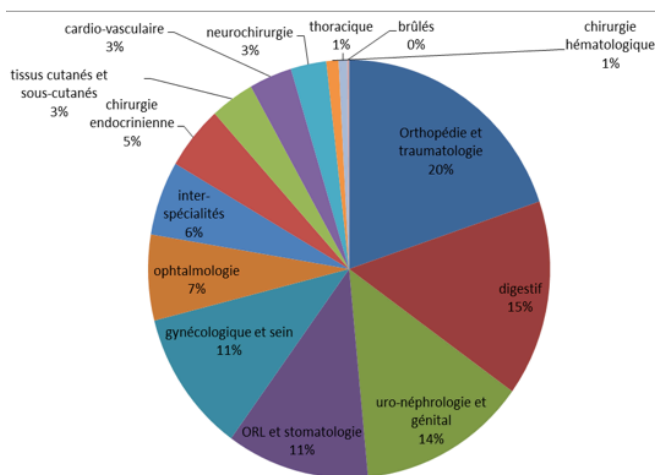
Le développement de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux de l'Assistance Publique a été érigé comme axe majeur du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019, avec un objectif de 50% en 2019. Ce pilotage est assuré au siège par la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) et la direction du pilotage et de la transformation (DPT) à travers l'organisation et l'animation de différents groupes de travail médical et non médical. Le taux AP-HP de chirurgie ambulatoire en 2017 est de 37%, soit 15,7% de plus qu'en 2014, mais moins que le niveau national. En effet, l'AP-HP se situe à la 18<sup>ième</sup> place au sein des 32 CHU. La progression de ce taux entre 2015 et 2017 demeure plus faible que l'évolution nationale.

classement 2017	Evolution du taux de chirurgie ambulatoire - CHU	Evolution du taux de chirurgie ambulatoire - CHU			Ecart 2017/2015 en points	Ecart 2017/2016 en points
		2015	2016	2017		
1	570005165 - CHR METZ-THIONVILLE	48%	49%	51%	3,20	1,70
2	210780581 - CHU DE DIJON	40%	42%	43%	3,89	1,78
3	370000481 - CHU DE TOURS	38%	39%	42%	4,19	2,99
4	490000031 - CHU D' ANGERS	39%	41%	41%	1,86	0,18
5	690781810 - HOSPICES CIVILS DE LYON	37%	39%	41%	4,00	1,17
6	510000029 - CHU REIMS	31%	37%	40%	9,41	3,10
7	450000088 - CH REGIONAL D'ORLEANS	39%	40%	40%	1,67	0,19
8	440000289 - CHU DE NANTES	36%	37%	40%	4,27	2,48
9	300780038 - CHU NIMES	35%	38%	40%	4,77	1,94
10	670780055 - HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	34%	36%	39%	4,89	2,76
11	420784878 - CHU SAINT ETIENNE	36%	37%	39%	3,00	2,36
12	860014208 - CENTRE HOSP. UNIVERSITAIRE DE POITIERS	31%	36%	38%	7,02	2,09
13	380780080 - CHU GRENOBLE ALPES	36%	37%	38%	1,94	1,06
14	250000015 - CHRU BESANCON	31%	34%	38%	7,14	3,89
15	3500005179 - CHRU RENNES	35%	37%	38%	2,61	0,64
16	540023264 - CHRU DE NANCY	29%	36%	38%	8,46	1,23
17	970211207 - CHU DE MARTINIQUE	37%	35%	37%	0,32	2,51
18	<b>750712184 - ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS</b>	<b>34%</b>	<b>36%</b>	<b>37%</b>	<b>2,78</b>	<b>0,94</b>
19	700000015 - C H U DE LIMOGES	34%	34%	36%	2,49	2,44
20	590780193 - CHR LILLE	30%	34%	36%	5,82	2,71
21	140000100 - CHRU CAEN	34%	36%	36%	2,16	-0,29
22	290000017 - CHRU BREST	29%	32%	36%	6,88	4,19
23	800000044 - CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE	34%	35%	35%	1,55	0,32
24	340780477 - CHU MONTPELLIER	32%	32%	35%	2,96	2,80
25	060785011 - CTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE	31%	33%	35%	3,53	1,92
26	970408589 - CHU DE LA REUNION	32%	34%	35%	2,45	1,25
27	310781406 - CHU TOULOUSE	29%	33%	34%	5,27	1,71
28	630780989 - CH UNIVERSITAIRE	29%	32%	34%	4,69	2,39
29	970100228 - C.H.U. DE POINTE A PITRE/ ABYMES	28%	31%	34%	5,78	2,90
30	130786049 - APHM DIRECTION GENERALE	30%	31%	33%	3,29	1,72
31	760780239 - CHU ROUEN	29%	33%	33%	3,27	-0,41
32	330781196 - CHU HOPITAUX DE BORDEAUX	29%	31%	32%	2,40	0,47
	<b>Total général</b>	<b>34%</b>	<b>36%</b>	<b>37%</b>	<b>3,8</b>	<b>1,6</b>

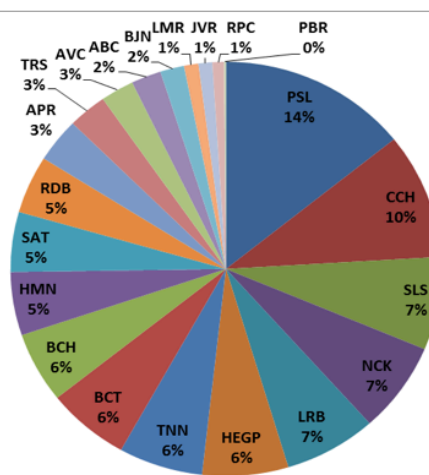
Source : "Pilotage du développement de la chirurgie ambulatoire", DPT, 24/01/18

23 UCA existent au sein de l'AP-HP et 71 000 actes par an sont réalisés en ambulatoire. Pour les 55 gestes marqueurs, le taux de chirurgie ambulatoire AP-HP est de 69,7% en novembre 2017 contre 66,6% en décembre 2015. En prenant la méthode proposée en 2014 par l'IGAS et l'IGF pour calculer le potentiel de bascule en chirurgie ambulatoire (classement des séjours en chirurgie selon leur durée de séjour et de sévérité, les couples "durée de séjour faible" et "sévérité faible" étant ceux ciblés), une partie conséquente de l'activité chirurgicale de l'AP-HP pourrait encore être transférée en ambulatoire. Les principaux gisements se situeraient dans les disciplines d'orthopédie traumatologie, en digestif et urologie néphrologie/ génital.

Part des séjours à basculer (méthode IGAS-IGF) par spécialité



Part des séjours à basculer (méthode IGAS-IGF) par GH



Source : "Pilote de développement de la chirurgie ambulatoire", DPT, 24/01/18

### 1.2.2 La bascule ambulatoire des actes restants permettrait une économie estimée à 19 millions d'euros

Une évaluation de l'impact financier d'une sous-exécution en chirurgie ambulatoire des 55 gestes marqueurs a été réalisée dans une étude conjointe DPT, DOMU et DEFIP fin 2017. 11 194 séjours ont ainsi été identifiés (4 709 de 1 nuit et 6485 de 2 nuits). Les GHM d'un faible niveau de sévérité (1) représente 85% des séjours. Selon les indications issues de l'ENC 2014, le coût observé des séjours en ambulatoire est en moyenne 970 € plus faible que le coût des séjours en HC (médiane de 775 €). La bascule de l'HC vers l'ambulatoire permet par ailleurs de libérer des journées et des lits et de renforcer l'activité chirurgicale d'hospitalisation complète. Au final, une bascule totale permettrait de réduire les coûts de 5,3 millions d'euros si les recettes restaient inchangées du fait du tarif unique.

Parallèlement, le nombre de journées libérées serait estimé à 17 679, soit environ une cinquantaine de lits avec un taux d'occupation à 85% représentant 14 millions d'euros. L'économie totale de cette bascule dépasserait ainsi les 19 millions.

	Réduction des coûts en ambulatoire	Nombre de journées libérées	Nombre de lits occupés	Recettes potentielles de ces journées
005 - Beaujon	-132 508 €	483	1	343 972 €
010 - Bicêtre	-383 992 €	1707	5	1 375 862 €
011 - Bichat	-295 870 €	934	3	631 774 €
014 - Ambroise Paré	-182 909 €	558	2	423 331 €
021 - Cochin - SVP	-509 957 €	1743	5	1 472 626 €
026 - Mondor - Chenevier	-245 516 €	741	2	540 883 €
028 - Antoine Beclere	-122 566 €	442	1	322 189 €
032 - Jean Verdier	-58 814 €	200	1	136 275 €
041 - Hotel Dieu	-1 660 €	3	0	1 731 €
047 - Lariboisiere-F Widal	-332 226 €	1107	3	1 012 374 €
053 - Louis Mourier	-71 956 €	303	1	244 168 €
061 - Necker	-408 219 €	1335	4	1 025 499 €
066 - Pitie Salpetriere	-664 735 €	1953	5	1 530 837 €
068 - Raymond Poincare	-16 365 €	43	0	36 769 €
070 - Robert Debre	-156 278 €	580	2	468 513 €
073 - St Antoine	-260 793 €	628	2	476 671 €
075 - HEGP	-351 987 €	1298	4	1 006 856 €
076 - Saint Louis	-673 063 €	1963	5	1 407 136 €
087 - Tenon	-189 696 €	677	2	524 036 €
088 - Trousseau	-135 417 €	423	1	323 801 €
095 - Avicenne	-131 607 €	498	1	410 305 €
096 - Paul Brousse	-8 507 €	60	0	39 464 €
<b>Total AP-HP</b>	<b>-5 334 642 €</b>	<b>17 679</b>	<b>48</b>	<b>13 755 073 €</b>

Source : PMSI (2015), Opale (2015), ENC (2014)

source : "COFIL de chirurgie ambulatoire", DPT, 31/01/2017

### 1.2.3 Le siège accompagne les établissements dans la transition ambulatoire

L'AP-HP procède à l'identification de services "sensibles" au sein des différents groupes hospitaliers, afin de repérer ceux dotés d'un poids important dans le potentiel ambulatoire de l'AP-HP (plus de 300 actes) et accusant un certain retard par rapport à la cible 2019, permettant ainsi de mieux les accompagner. En outre, le siège aide au repérage et au soutien des actes innovants : des gestes initialement traités en hospitalisation conventionnelle dont la durée moyenne de séjour a significativement décru grâce aux programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), font l'objet de test pour le passage en ambulatoire<sup>13</sup>.

Surtout, le siège participe au financement des unités de chirurgie ambulatoire multidisciplinaires. Elle a ainsi contractualisé avec les Hôpitaux Universitaires Paris Centre (HUPC) et la Pitié-Salpêtrière (PSL), deux groupements hospitaliers aux potentiels en ambulatoire élevés. Les deux UCA ont ouvert en avril 2018, après plusieurs années de travaux. Ainsi à Cochin, une opération de restructuration d'un bâtiment existant<sup>14</sup> a été menée, avec un montant total de l'investissement (travaux, équipements et informatiques) de 6,7 millions. Parallèlement ont été fixés en 2014 des fermetures de blocs opératoire et

<sup>13</sup> Un acte CCAM est dit « innovant en ambulatoire » si son taux national moyen de CA est inférieur à 20%.

<sup>14</sup> Opération individualisée déconcentrée.

de lits d'hospitalisation complète ainsi qu'un rendu de personnel. Un retour sur investissement (ROI) sur 5 ans prenant en compte le potentiel de croissance d'activités avait par ailleurs été déterminé en 2014 à 1,7 millions sur 5 ans.

Enfin, l'AP-HP soutient les échanges de bonnes pratiques entre les groupements hospitaliers (développement de réseaux de chirurgie ambulatoire pour le personnel hospitalier au niveau AP-HP), le repérage des innovations et la réalisation d'audits des circuits patients dans les UCA.

### **1.3 Les Hôpitaux Universitaires Paris Centre ont à relever trois défis avec l'ouverture de l'UCA**

Cochin est un des groupes hospitaliers de l'AP-HP bien positionné en terme de développement de la chirurgie ambulatoire, son taux avoisinant les 60% en 2018. Néanmoins, ce taux a faiblement augmenté ces deux années en raison de différents freins que connaissent également les autres hôpitaux (pénurie de médecins anesthésistes réanimateurs amenant à prioriser l'activité lourde en salle de bloc conventionnel, accès parfois restreint de la chirurgie ambulatoire en HC et réflexion non aboutie tant sur le parcours patient que sur le projet médical). Or, une unité ambulatoire accueille deux à trois fois plus de patients qu'une unité d'hospitalisation conventionnelle, une telle unité permet donc d'optimiser la capacité d'accueil en fonction du programme du bloc et de la gestion des places. Dans le cas de Cochin, dont les places sont limitées, une telle construction peut permettre de répondre à une demande croissante sans extension du site. Ainsi, le lancement d'une unité de chirurgie ambulatoire regroupant 6 activités dans 5 salles polyvalentes, concrétise cette ambition pour un hôpital dont le potentiel de bascule ambulatoire est jugé encore important (10%), particulièrement dans les disciplines orthopédique et digestive.

#### **1.3.1 Transférer de façon rationnelle une partie de l'activité de l'hospitalisation complète vers cette structure**

C'est essentiellement une activité déjà existante qui a été transférée à l'UCA. Des fermetures de salles ont donc eu lieu de façon concomitante en hospitalisation conventionnelle (ainsi que la fermeture des deux petites UCA mono disciplinaires préexistantes). Le transfert de l'activité a ensuite été piloté avec les équipes. Certaines spécialités ont plus de marges de progression en ambulatoire (l'urologie par exemple qui

peut désormais développer les opérations de calculs rénaux à l'UCA) que d'autres dont l'activité ambulatoire est résiduelle dans l'activité du service. Le professeur DOUSSET, médecin responsable de l'UCA, avance deux facteurs à la limite actuelle à l'augmentation des flux : la nature même de l'activité des services et la file active concernant les gestes réalisés en hospitalisation complète. Il faut néanmoins souligner que le développement de la culture ambulatoire a également une influence sur les pratiques en HC : elle participe à la réduction des durées moyennes de séjour sur d'autres gestes et permet d'améliorer l'indice de performance DMS (IPDMS) global de l'établissement, donc de dégager plus de temps pour les praticiens qui réalisent plus rapidement les actes d'hospitalisation conventionnelle). Avoir de jeunes praticiens sensibilisés à la pratique de la RAAC est alors stratégique.

### **1.3.2 Développer de nouvelles activités et de fidéliser les jeunes praticiens**

Le projet initial portait un objectif ambitieux : non seulement transférer l'activité ambulatoire de chaque service à l'UCA mais également développer les 6 activités en proposant des innovations dans chaque discipline. Le médecin responsable de l'UCA souhaite que celle-ci devienne un site pilote de formation et d'innovation chirurgicale, serve de tremplin pour l'hôpital afin d'inventer la chirurgie de demain et assure un rôle "d'incubateur à carrières de PU-PH". Le renforcement du volet universitaire est attractif pour le praticien et pour l'hôpital qui fidélise ainsi ses équipes et assoit son attractivité sur le territoire.

Plus précisément, l'équipe exécutive de la structure anticipe le développement d'activités spécifiques à mesure que l'UCA se développe, avec l'espoir que ces nouveaux modes innovants de prises en charge se traduisent par la suite par une augmentation des publications et des points SIGAPS. Les anesthésistes peuvent également bénéficier d'un élargissement de leurs compétences par l'obtention du diplôme universitaire "anesthésie ambulatoire". Enfin, l'UCA est également un terrain adapté pour déployer la recherche en soins infirmiers grâce à une forte rotation des patients ; par exemple, les études concernant l'intérêt et le bénéfice du remplacement des fils par de la colle dans certains pansements orthopédiques.

Cette ambition générale ne peut se concrétiser sans l'implication des praticiens convaincus de l'intérêt des modifications organisationnelles et de l'évolution des pratiques. La conquête ambulatoire de nouveaux actes de chirurgie complexe demeure en effet un challenge.

### **1.3.3 Se démarquer dans une zone extrêmement concurrentielle**

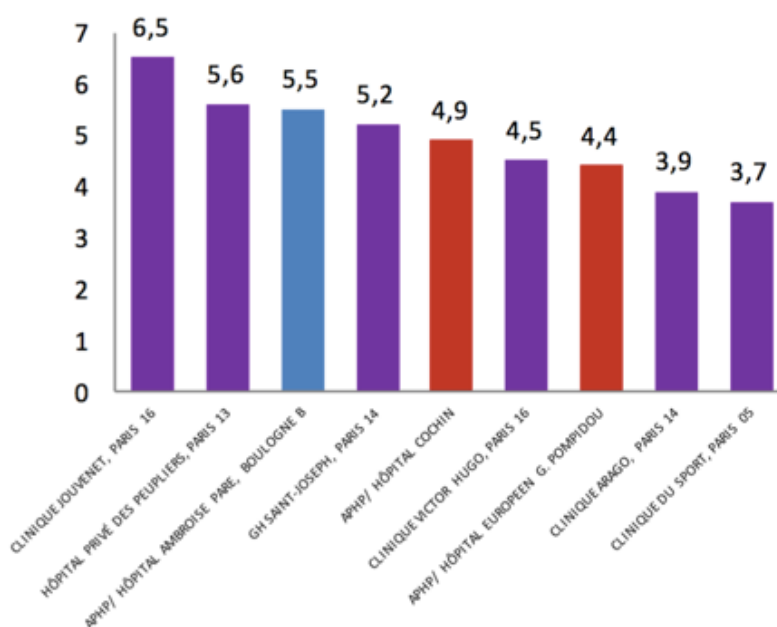
L'ouverture de l'UCA de Port Royal s'inscrit dans un contexte de forte concurrence des établissements privés mais aussi publics sur la zone de recrutement des patients mais aussi du personnel (notamment IBODE et MAR). Certains arguments peuvent être mis en avant pour inciter les praticiens à travailler à l'UCA. La pluridisciplinarité incite à la mutualisation des moyens mais également au développement des capacités du personnel, un avantage notoire pour le renforcement de ses qualifications et de son employabilité. Les IBODE circulant entre différentes salles d'opération acquièrent ainsi de nouvelles expériences d'instrumentalisation auprès de différents praticiens, ce qui augmente leur polyvalence. Les aides-soignants du secteur opératoire ont également des tâches plus diversifiées, du fait d'un roulement entre les missions du bloc, la stérilisation et la régulation des flux. Ce dernier rôle est une mission valorisante et formatrice (Le régulateur du flux accompagne le patient présent tout en contrôlant l'activité à l'accueil et au bloc, où il détermine avec l'IBODE responsable de la salle la cadence. Cette fonction nécessite des connaissances fines du temps opératoires moyens des praticiens et responsabilise hautement le régulateur). Les agents du bionettoyage confient également apprécier la diversité dans leur travail à l'UCA.

A l'enrichissement des pratiques du fait de cette nouvelle organisation, s'ajoute une émulation due à la désectorisation des disciplines : « bien que chacun continue à s'occuper de sa propre spécialité et qu'il n'y ait pas d'interactions médicales, on rencontre des personnes que l'on n'aurait pas croisées sinon, ce qui contribue à se forger une culture collective » indique le Professeur DOUSSET. Selon lui, le mode d'organisation en flux tendus est suffisamment intense pour permettre aux professionnels qui y travaillent de s'imprégner réellement des spécificités de l'UCA, ce qui est un grand avantage en terme de compétences dans leur carrière puisqu'ils apprennent non seulement de nouveaux actes, mais également un mode de fonctionnement et des temps de travail différents de ceux de l'hospitalisation complète ou des consultations.

Concernant le recrutement des patients, le choix des spécialités a été déterminé selon les disciplines phares du groupement hospitalier (prenant en compte sa forte valence en oncologie), mais également selon les besoins actuels et futur du bassin de population, et selon les spécialités susceptibles de connaître un développement très important (l'urologie et l'orthopédie et dans une moindre mesure, le digestif).

Afin de se démarquer sur un marché extrêmement concurrentiel (illustré ci-dessous pour l'orthopédie) il est nécessaire que l'UCA, tout en optimisant ses locaux, puisse assurer un confort, une qualité et un design des équipements de nature à répondre aux exigences du patient et similaires à ce que les autres établissements de la zone proposent. Il apparaît tout autant essentiel de mettre en place une communication continue à propos des activités de l'UCA de Cochin, tant à l'égard des patients que des praticiens.

**Orthopédie traumatologie - Chirurgie**  
**Parts de marché de proximité**  
 (9 ES = 54,1%)  
 Dynamique du territoire 2012-2016: + 4,8%



Source : Scansanté, PMSI 2017

Périmètre: Paris 5,6, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18, Boulogne Billancourt, Issy les Moulineaux

## **2 L'unité de chirurgie ambulatoire : une organisation pensée pour optimiser les flux**

Selon l'ANAP, trois grands principes régissent la construction puis le fonctionnement quotidien d'un centre multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire : les usagers, la bonne ergonomie des lieux et les flux. En hospitalisation conventionnelle, le patient doit s'adapter à la structure, centrée sur l'hébergement. Bien que construite dans des locaux préexistants et non ex-nihilo comme à la Pitié Salpêtrière, l'unité de chirurgie ambulatoire de Cochin a été aménagée afin de s'adapter au parcours du malade, et non l'inverse. Situés au rez-de-chaussée du bâtiment Port Royal, les locaux sont répartis de façon rationnelle et fonctionnelle de part et d'autre d'un maillage orthogonal. Compte tenu de la polyvalence des activités, la direction des travaux a privilégié une dimension quasi identique des salles alimentées par un arsenal commun situé en extrémité de la circulation du secteur opératoire. Cette ergonomie des lieux participe pleinement à l'optimisation des flux.

### **2.1 Construire un projet médical pluridisciplinaire cohérent**

#### **2.1.1 Déterminer les grands axes organisationnels et répartir l'activité**

Les réflexions relatives au projet médical ont commencé dès 2012 entre le médecin référent de l'UCA également chef d'une des spécialités présente dans l'unité, la direction et le siège, ainsi qu'avec l'appui constant des cadres.

Les projections d'activités de l'UCA ont tout d'abord été construites grâce aux données du DIM et de la DPT, au regard de cibles de réalisation d'actes marqueurs en ambulatoire et aux prévisions de files d'attente (HC ou HDJ). Une analyse a été menée avec les praticiens des spécialités concernées afin de déterminer les potentiels de bascule dans leur discipline pour certains actes encore réalisés en conventionnel et le développement de nouvelles activités. La décision des actes à développer a également été influencée par les tarifs (les actes moins rentables, tels que l'opération de l'hallux valgus, ont été minorés ou écartés). Pour le Professeur DOUSSET, un des préalables du bon fonctionnement multidisciplinaire de l'UCA était la définition d'objectifs clairs dès les prémices du projet ; ainsi, les spécialités gynécologiques et orthopédiques devaient représenter une part majeure des actes effectués (environ la moitié des actes prévus).



Une cible de 6000 actes par an a été définie une fois la période de montée en charge terminée pour un capacitaire de 16 lits et 5 salles et une ouverture sur 220 jours (soit environ 27 patients par jour en moyenne), le ROI devant s'élever à environ 400 000 euros pour la première année pleine.

Ensuite, une répartition du temps de vacation a été effectuée selon la dynamique de l'activité : 5 salles d'opérations ouvertes durant 5 jours représentant 50 demi-vacations par semaine (à raison de 2 demi vacations par jour et par salle). La notification du nombre de vacations obtenues par spécialité aux chefs de services a été également l'occasion de rappeler le nécessaire arrêt de la pratique de la chirurgie ambulatoire foraine, c'est à dire l'ambulatoire réalisé dans le service d'hospitalisation conventionnel, à l'ouverture de la structure. Ainsi, la répartition initiale des activités était la suivante.

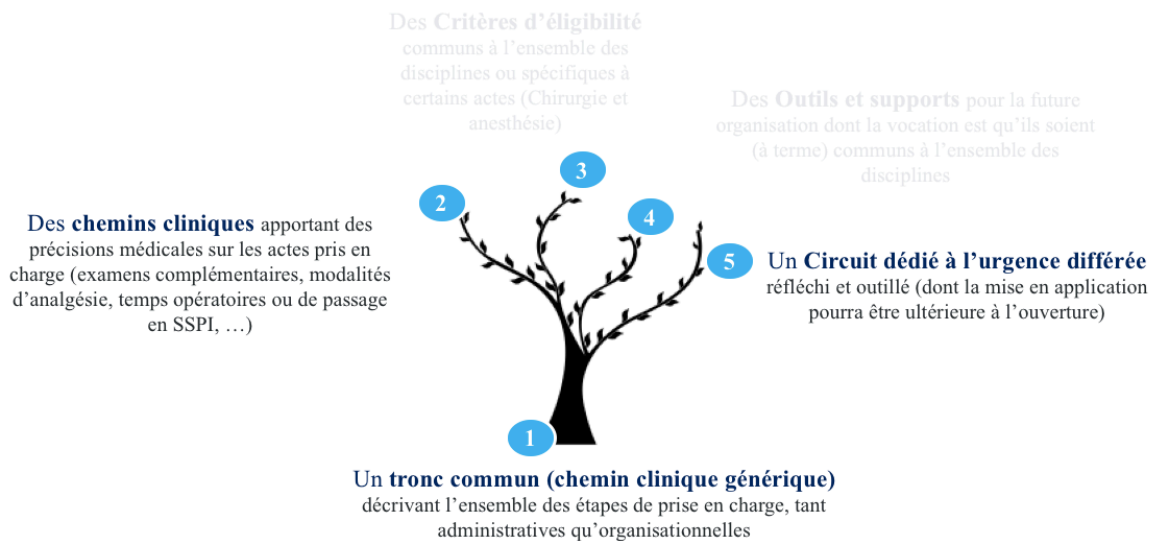
<b>Spécialités</b>	<b>Nombre d'actes estimés en montée en charge</b>	<b>Nombre de demi vacations</b>
<b>Gynécologie</b>	1200	10
<b>Orthopédie</b>	1000	11
<b>Urologie</b>	500	6
<b>Dermatologie</b>	800 sous AL + 300	8
<b>Chirurgie digestive</b>	450	4
<b>SCGPA et PAC</b>	250	11
<b>TOTAL</b>	4500	50

Les salles, de taille identiques et équipées de la même façon, peuvent recevoir toutes les spécialités. Le programme opératoire à l'ouverture se répartissait donc comme suit<sup>15</sup> :

<sup>15</sup> La salle 1 est la seule salle prenant des anesthésies locales, permettant un taux de rotation élevé.

Semaine 1						Semaine 2					
Lundi	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	
	Dermatologie SCGPA et PAC	Gynécologie	Dermatologie Orthopédie	Urologie	Orthopédie	Dermatologie SCGPA et PAC	Gynécologie	Dermatologie Orthopédie	Chir digestive	Orthopédie	
Mardi	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	
	Dermatologie SCGPA et PAC	Gynécologie	SCGPA	Chir digestive	Orthopédie	Dermatologie SCGPA et PAC	Gynécologie	SCGPA	Chir digestive	Orthopédie	
Mercredi	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	
	Dermatologie SCGPA et PAC	Gynécologie	Dermatologie	Urologie	Orthopédie	Dermatologie SCGPA et PAC	Gynécologie	Dermatologie	Urologie	Orthopédie	
Jeudi	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	
	Dermatologie SCGPA et PAC	Gynécologie	SCGPA	Urologie	Orthopédie	Dermatologie SCGPA et PAC	Gynécologie	SCGPA	Urologie	Orthopédie	
Vendredi	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	Salle 1 s/s AL 8h-12h30 12h30-17h	Salle 2	Salle 3	Salle 4	Salle 5	
	Dermatologie SCGPA et PAC	Gynécologie	SCGPA	Chir digestive	Orthopédie	Lithotritie	Gynécologie	SCGPA	Chir digestive	Orthopédie	

Une fois la répartition de l'activité fixée, les ressources théoriques ont été déterminées. Les parcours patients ont ensuite été modélisés via un chemin clinique générique décrivant l'ensemble des étapes administratives et organisationnelles de prise en charge, puis des chemins cliniques spécifiques à chaque discipline<sup>16</sup>. Une charte de fonctionnement de la structure a parallèlement été produite afin d'en fixer les règles.



## 2.1.2 L'organisation concrète de la pluridisciplinarité de l'équipe met en exergue la mutualisation des moyens

Le bon fonctionnement des UCA est plus tributaire de la transversalité des équipes et de leur capacité à travailler ensemble qu'un service conventionnel. L'interdépendance est plus grande entre les acteurs, ce qui est une révolution organisationnelle car le

<sup>16</sup> Exemple de chemin clinique en annexe 2.

fonctionnement de l'hôpital repose traditionnellement sur une structure en silos avec une pouvoir décisionnaire hiérarchique fort au niveau de la chefferie. L'ambulatoire exige d'importants décloisonnements entre les différents acteurs (médecins paramédicaux, administratifs), impliquant des évolutions managériales. A l'UCA de Cochin, la pluridisciplinarité se retrouve tout d'abord dans l'équipe exécutive, une gouvernance tricéphale composée d'un chirurgien responsable, d'un médecin anesthésiste réanimateur désigné et d'une équipe d'encadrement (un cadre de proximité et un cadre supérieur). Par ailleurs, ont été désignés un responsable médical ainsi que deux infirmiers référents par discipline.

L'équipe encadrante, une fois le projet médical fixé, a défini en partenariat avec le directeur des soins le personnel nécessaire dédié au fonctionnement de l'UCA. Le personnel recruté doit accepter comme condition prioritaire de se former dans chaque discipline, en s'adaptant aux exigences de chacune (si certaines spécialités sont proches, telles que l'urologie et la gynécologie ou la dermatologie et la plastie, l'orthopédie est plus spécifique et complexe, une des difficultés devenant alors d'embaucher des IBODE spécialisés dans cette discipline). A moyen constant, l'équipe de l'UCA est sensée réaliser plus d'activité qu'un service d'hospitalisation complète, grâce à la mutualisation des moyens. En effet, si un IBODE est théoriquement prévu par salle, ceux-ci sont tous polyvalents et capables d'intervenir dans chacune des spécialités. C'est la même chose pour les IADE, dont le nombre minimum est de 1 par bloc mais pouvant assurer ses missions dans n'importe quelle salle (la réglementation impose 1 MAR pour 2 IADE sur 2 salles). L'équipe non médicale initiale a donc été déterminée comme suit :

<b>Métier</b>	<b>Temps de travail quotidien</b>	<b>Nombre de personnes</b>	<b>ETP</b>
<b>IBODE</b>	10h	6	9,48
<b>AS régulateur</b>	10h	1	1,58
<b>AS bloc</b>	10h	5	7,9
<b>AS logisticien</b>	7h36	1	1,23
<b>IADE</b>	10h	5	7,9
<b>IDE SSPI – HdJ</b>	9h	3	4,29
<b>IDE Accueil - Parcours</b>	9h	2	2,86
<b>AS SSPI – HdJ - Lounge</b>	9h	4	5,72
<b>AMA</b>	7h36	2	1,5

L'UCA est ouverte de 7h à 19h, les blocs fermant à 18h pour permettre un temps suffisant de prise en charge des derniers patients en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). La majorité des personnes travaillent en 10h (roulement de semaines de 3 et 4 jours travaillés). La répartition du personnel non médical au sein de l'UCA est scindée selon les moments du parcours : une équipe spécifique est dédiée au bloc (6 IBODE, 7 AS régulateur et bloc, 5 IADE) et une autre à la prise en charge pré et post-interventionnelle. Un roulement entre 5 infirmiers et 4 aides soignants est institué afin d'assurer la prise en charge des patients en SSPI/HDJ ou à l'accueil. A cette équipe s'ajoutent deux infirmières de parcours (ou IDEC : infirmières de coordination) chargées des rendez-vous préopératoires des patients et de l'alerte et du suivi des complications en aval.

Concernant le personnel médical, l'UCA participe à la naissance d'une culture d'interchangeabilité des opérateurs, à contre courant de la culture chirurgicale. Si la répartition des vacances s'effectue par seniors avec un chef et un interne, le non remplissage des vacances pousse les praticiens à trouver des solutions innovantes. Alors qu'en hospitalisation conventionnelle, les malades sont rarement opérés par un autre praticien que celui qui les voit en consultations et détermine le premier diagnostic, cela peut être le cas à l'UCA. La pluridisciplinarité, axe majeur d'efficience organisationnel, n'a pas pour seul effet la mutualisation du personnel mais aussi celle de l'équipement. Un des défis organisationnels était donc avant l'ouverture d'harmoniser le matériel et de proposer un socle commun d'équipements et instruments aux différentes spécialités.

### **2.1.3 Organiser les interactions entre les services d'hospitalisation conventionnelle et l'UCA**

Les principaux sites des Hôpitaux Universitaires Paris Centre sont Cochin et Port Royal ; ils comprennent une trentaine de bâtiments différents et sont séparés par une route. L'UCA est située dans un des principaux bâtiments de Port Royal. Seules deux disciplines sur cinq ont leur service d'origine dans ce dernier, deux dans d'autres immeubles du même site et enfin deux dans des bâtiments plus éloignés situés à Cochin. Cette contrainte géographique a plusieurs impacts : elle complique le planning opératoire car une partie des chirurgiens opèrent dans un service d'hospitalisation complète loin des locaux de l'UCA, elle décourage certains patients de se rendre à l'UCA pour des rendez-vous préopératoires avec l'IDEC, et elle complexifie les prises en charge des patients en aval lorsque cela est nécessaire.

Une réflexion est indispensable sur l'ensemble du parcours patient afin de développer les liens entre ces différentes unités. La bonne connaissance des équipes entre elles, notamment des assistantes sociales des services avec les infirmières de parcours, est un avantage certain. Des rencontres doivent donc être organisées régulièrement et encouragées par les équipes encadrantes. Par ailleurs, afin de renforcer l'unité de lieu de l'UCA mise à mal par la structure pavillonnaire des HUPC, la production de documents uniques (passeport ambulatoire, dossier de préadmission simplifié, pochette de sortie) a été décidée. Plus la préparation du patient en amont est bien organisée dans les services (informations suffisantes, bon remplissage des préadmissions), mieux l'opération se déroule ensuite à l'UCA et moins il y a d'imprécisions à résoudre et de déplacements ou temps d'attente supplémentaires pour les patients comme pour le personnel.

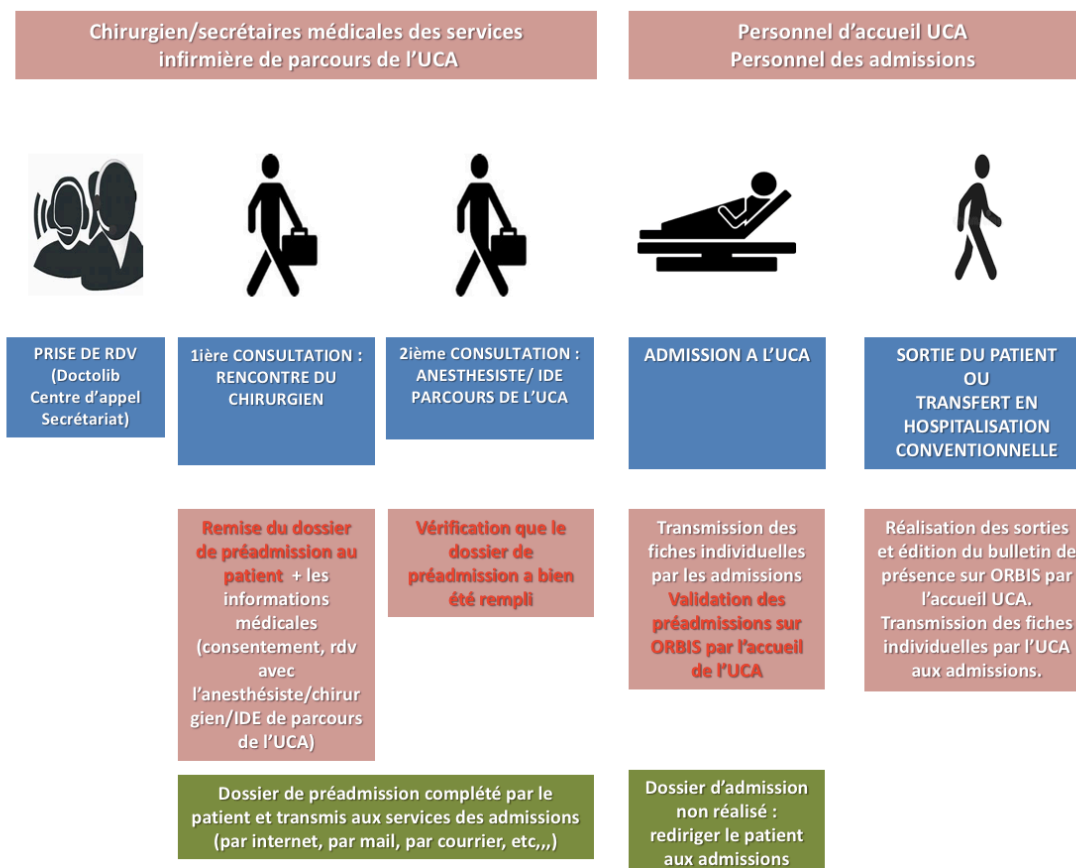
## **2.2 Définir un parcours patient efficient au sein même de l'UCA**

### **2.2.1 Préparer le patient afin de simplifier sa prise en charge**

Le parcours du patient éligible à l'UCA est une succession d'étapes fragmentées, rendant sa lisibilité complexe pour le malade. Il est néanmoins indispensable que celui-ci en assimile correctement les étapes afin de pouvoir y participer activement.

L'anticipation est un élément majeur de l'optimisation des flux au sein de l'UCA : tout ce qui peut être fait à l'extérieur doit l'être. Ainsi, en amont, le patient enchaîne généralement au minimum deux consultations ; une avec le chirurgien lors de l'annonce de son éligibilité à l'UCA, une autre avec son anesthésiste qui lui prescrit des antalgiques si nécessaire et lui remet à l'avance ses ordonnances. Il rencontre ensuite une semaine au minimum avant l'intervention un infirmier de coordination de l'UCA qui vérifie qu'il a bien assimilé les informations, répond à ses questions et lui redonne les consignes. L'IDEC vérifie également que le patient a bien réalisé sa préadmission. Enfin, celui-ci reçoit une convocation 48h à l'avance, puis la veille avec l'horaire précis de sa venue. Avant son intervention à l'UCA, il doit se préparer (épilation, jeûne, douche).

Afin de garantir la sécurité du patient, son éligibilité est vérifiée plusieurs fois au cours du processus. La première lors de la consultation avec le chirurgien qui doit s'assurer que le patient est en capacité de pouvoir subir une intervention chirurgicale et rentrer chez lui le jour même (les critères d'exclusion sont généralement un score ASA3 non équilibré ou 4, un patient socialement isolé, sans domicile ou ne disposant pas d'un établissement d'urgence à moins d'une heure de son lieu de résidence). La deuxième fois, lors de la consultation d'anesthésie où ces critères vont à nouveau être évalués. In fine, l'anesthésiste donnera son accord ou non pour ce mode de prise en charge.



Source : COPIL UCA Port Royal

## 2.2.2 Le parcours patient à l'intérieur de l'UCA répond à une réflexion aboutie sur les flux

Le parcours patient de l'UCA de Port Royal est construit selon le principe de la marche en avant, consistant pour le patient à ne jamais revenir en arrière tout au long de sa prise en charge. Ainsi, deux salles différentes ont été construites pour la prise en charge pré et post opératoire, permettant d'éviter un croisement des patients et d'identifier clairement les différentes étapes du parcours tout en contrôlant plus finement les temps d'attente. L'organisation en "flux tirés" participe également à l'optimisation des flux : cela signifie qu'aucun acte ne peut être déclenché sans l'autorisation, ou la commande, de la phase suivante. Le régulateur de flux vérifie à ce titre la cadence du bloc opératoire, décidant de l'avancement du patient jusqu'au bloc.

Le jour de son opération, le patient évolue au travers des différents espaces en suivant ces différentes étapes :



Venant la plupart du temps à pied de la rue, à un horaire fixé préalablement, le patient est d'abord pris en charge dès l'entrée par le personnel d'admission qui l'enregistre dans le logiciel ORBIS et vérifie certaines informations (identités, respect du jeûne opératoire, connaissance de son opération, accompagnant bien présent), avant de l'installer en salle d'attente.



Lorsque le régulateur de flux indique au personnel de l'accueil que le patient peut être pris en charge par l'équipe du bloc, le patient est invité à se diriger vers le vestiaire où il s'habille d'une tenue opératoire (blouse, pantalon, charlotte et chaussons jetables, ainsi qu'un peignoir afin de mieux préserver son intimité) et dépose ses vêtements dans un

casier à double entrée. Le patient est ensuite dirigé par le personnel soignant dans une seconde zone d'attente à côté du bloc, avant d'être accompagné pour sa préparation à l'intervention en salle d'induction ou directement en salle d'opération, suivant le processus d'anesthésie dont il relève<sup>17</sup>. Le patient est alors préparé sur le plan sensoriel et anesthésique.



La salle d'induction dispose de 4 fauteuils. Cette zone, située au centre du plateau opératoire et à proximité du bureau des cadres, regroupe toutes les fonctions qui permettent d'organiser au mieux les interventions anesthésiques et chirurgicales. Ainsi positionnée, elle constitue la « plaque tournante » du dispositif médical qui contrôle et assure la fluidité des interventions et du parcours des patients. En communication directe avec la SSPI, elle permet également des échanges utiles entre les IADE et les IDE de la salle de réveil. Il pourrait même être envisagé qu'en cas de remplissage excessif de la SSPI, des patients puissent être installés en salle d'induction si celle-ci est vide (par exemple, en fin de programme opératoire).

---

<sup>17</sup> Les anesthésies générales sont faites directement en salle opératoire, la salle d'induction est utilisée pour les ALR, la pose de perfusions ou de scopes.





Une fois l'intervention terminée, le patient quitte l'une des cinq salles d'opération debout, en fauteuil ou en brancard selon son état, accompagné par un aide-soignant ou un IADE. Il traverse alors un couloir très lumineux donnant sur un jardin afin de rejoindre la zone d'hébergement. Ce couloir favorise dès la sortie du bloc le réveil du patient et son bon rétablissement. Installé en secteur de réveil, le patient continue à bénéficier de la lumière naturelle provenant de cette baie vitrée.

A Cochin la salle de réveil et l'HDJ sont commun : 12 fauteuils servent indistinctement à la SSPI et à l'hébergement. Assis sur le même siège, le patient passe indistinctement de l'une à l'autre, au grès des scores que lui font effectuer les IDE et aides-soignants. Le score d'ALDRETE évalue la capacité du patient à passer théoriquement de la salle de réveil à l'HDJ, puis le score de CHUNG évalue la capacité du patient à quitter l'HDJ. Après la réussite au score d'ALDRETE, le patient ne nécessite plus une surveillance rapprochée, néanmoins, ce sont les mêmes IDE et AS qui continuent à suivre le patient. Deux postes de surveillance contrôlent les boxes individualisés d'observation ainsi que les lits ou les fauteuils de réveil plus traditionnels. Une fois cette période de surveillance et d'observation passée, le patient stabilisé rejoint le vestiaire « sortant » par un chemin qui longe à nouveau le patio central. Enfin, il accède en tenue de ville au salon de remise à la rue, dit lounge, où il retrouve son ou ses accompagnants. Le personnel de l'hôpital de jour et de l'accueil reste disponible durant cette dernière étape où une collation est proposée au patient. La sortie est validée par le chirurgien et l'anesthésiste responsables.



Avant de partir, le patient repasse à l'accueil où on lui remet une pochette de sortie, comprenant le compte-rendu d'hospitalisation et le compte-rendu opératoire. Le patient reçoit également un bon de transport si besoin et 3 justificatifs d'arrêt.

L'attention apportée à la qualité hôtelière de l'UCA, particulièrement dans les zones d'attente telles que l'accueil, l'HDJ /SSPI et le salon de sortie concourt à son attractivité dans une zone de recrutement concurrentielle. Cette prise en charge dans une unité spécifique, répondant aux attentes des patients, se différencie nettement de celle foraine<sup>18</sup>.

### **2.2.3 Les améliorations anesthésiques comme facteur essentiel d'une meilleure récupération après chirurgie**

Les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) permettent une réduction des durées de séjour et diminuent donc notablement les risques d'infections opératoires contractées au cours de l'hospitalisation. Cela nécessite cependant une gestion maîtrisée de la douleur (l'analgésie).

La salle commune SSPI/HDJ représente un gain de confort pour le patient lui évitant le transfert de fauteuil, mais aussi un gain de temps pour les soignants. C'est parce que le passage en salle de réveil est dans les faits de plus en plus court que la décision de "mélanger" celle-ci à l'HDJ est pertinente. On peut y voir un rapprochement du fast track, pratique courante en Amérique du Nord consistant à passer directement du bloc au secteur de repos sans étape SSPI pour les patients dont les opérations légères le permettent. En France, le passage en SSPI reste une obligation réglementaire après

---

<sup>18</sup> Selon l'AFCA, la prise en charge, en hospitalisation conventionnelle, de patients subissant une opération ambulatoire implique par ailleurs une moindre qualité des soins.

toute anesthésie (article D 6124-91 et suivants du code de la santé publique) même si l'on peut diminuer le temps de passage avec des critères objectifs d'évaluation. Ainsi, la réalisation des différents scores permet d'optimiser au maximum le temps passé en salle de repos tout en respectant la sécurité du patient. Il arrive très couramment que pour des opérations légères, le patient passe quelques minutes en SSPI/HDJ puis rejoint très rapidement le lounge. Cette structuration est donc adaptée aux opérations effectuées à l'UCA, qui pour la plupart ont une durée de 2 ou 3 heures.

L'UCA de Cochin est par ailleurs un terrain propice aux expérimentations de techniques anesthésiques complémentaires avec d'intéressants progrès dans la préparation environnementale et psychologique des patients. En salle d'induction, des casques sont proposés aux patients afin d'écouter une musique relaxante leur permettant d'atteindre l'hypnose acoustique. Est aussi suggéré le recours à l'aromathérapie ou à la réalité virtuelle qui distrait le patient et lui procure un état agréable (recommandé pour de petits gestes et pour les ALR). Un patient moins stressé est un patient qui participe à l'optimisation des flux car il comprend mieux et surtout, récupère mieux. Les stimulations neuro sensorielles font donc partie intégrante de la RAAC, permettant au patient de se détendre avant l'opération et favorisant ensuite sa convalescence. Par ailleurs, les médications données au patient sont limitées au maximum afin de favoriser sa récupération : pas de traitement avant la venue, celui-ci pouvant être administré en salle d'induction si le patient est très stressé. L'absence de prémédication lourde est indissociable d'une information accrue du patient : plus le patient comprend, plus il est confiant.

A terme, la progression des techniques anesthésiques ouvre de nouvelles perspectives de transferts d'actes de l'hospitalisation conventionnelle à l'ambulatoire. Une prise en soins adaptée peut en effet augmenter le type de patients éligibles à l'UCA.

### **2.3 Piloter l'activité de l'UCA afin d'en améliorer son utilisation**

Ouverte en avril 2018, l'UCA de Cochin entre dans une phase d'amélioration de son fonctionnement grâce à la correction des écueils liés au lancement. L'expérience de terrain, le recours à des outils spécifiques de comparaison de son activité mais aussi les retours des patients doivent faciliter cette transition afin que l'UCA réponde pleinement dès la fin de l'année aux attentes de l'institution.

### **2.3.1 Les premiers constats pratiques ont abouti à quelques changements**

Si quelques mois après l'ouverture la satisfaction et la motivation de l'équipe transparait, le lancement de l'activité à l'UCA s'est déroulée dans un contexte aux forts enjeux : s'assurer un recrutement extérieur suffisant et réussir à bloquer en parallèle l'activité théoriquement transférée d'hospitalisation complète. Le calendrier relativement court du déménagement a augmenté la pression sur le personnel soumis aux nécessités de formation sur le matériel (parfois incomplet) et aux formations interdisciplinaires, l'équipe étant confrontée également à la découverte et à l'adaptation aux nouveaux locaux de l'UCA. Par ailleurs, les premiers mois de fonctionnement ont aussi été l'occasion d'asseoir de nouvelles activités à l'UCA, et notamment de ré-internaliser une partie de l'activité de dispositifs implantables tels que les PAC afin de structurer l'offre de soins de Cochin en la matière. Globalement, si le planning a débuté de façon partielle (les vacances n'étaient pas toutes remplies afin de laisser une marge d'ajustement à l'équipe), il a néanmoins été nécessaire d'adapter en partie aux réalités de terrain les fonctionnements théoriques initialement envisagés.

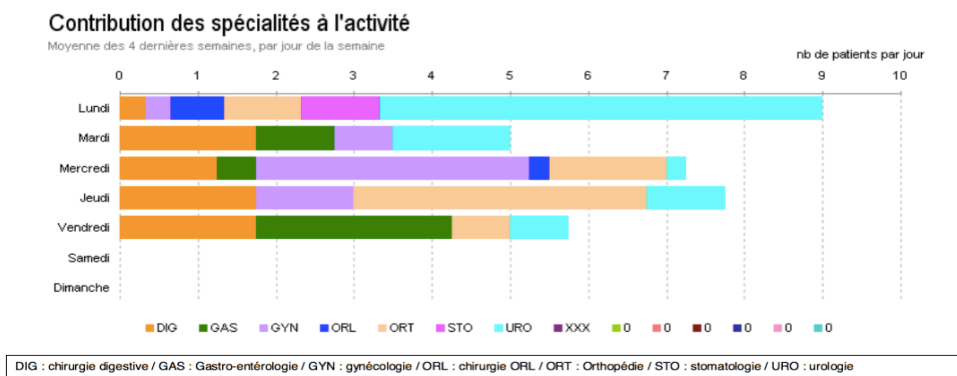
Tout d'abord, le programme des vacances opératoires doit prendre en compte les potentiels d'activité par spécialité, une des spécialités rendra ainsi une vacation en septembre, dans une logique collective de fonctionnement. Ensuite, la mission de développement de nouvelles compétences pluridisciplinaires pour le personnel non médical n'a pas été totalement réalisée avant l'ouverture de l'UCA. Le personnel continue donc à se former (une panseuse du service d'orthopédie a par exemple cornaqué la panseuse IBO en salle le premier mois). En matière de temps de travail, des ajustements ont également été faits afin de répondre aux pics d'activité de l'UCA ; les IDE et AS de SSPI/HDJ/lounge sont ainsi passés de 9 heures à 10 heures afin de pouvoir mieux réceptionner le matin les premiers patients sortant du bloc.

La répartition des tâches entre les services et l'UCA a également été mise à l'épreuve de la réalité. Il est apparu qu'une répartition plus claire des tâches administratives était nécessaire lors des complications ou en cas d'annulation de rendez-vous. En effet, la frontière entre responsabilité des services d'hospitalisation conventionnelle et de l'équipe de l'accueil de l'UCA demeure floue. Aussi a-t-il été décidé que le report de rendez-vous se ferait d'abord via l'assistant social de la spécialité. Les prises en charge des complications post-opératoires ont par ailleurs été sécurisées par la mise en place d'une ligne avec un référent UCA par discipline afin que le patient ne repasse jamais par les urgences. Enfin, l'accès à l'UCA a été facilité pour les patients et les accompagnants par la création de 7 places dépose-minute à l'entrée des locaux.

### 2.3.2 L'utilisation d'indicateurs de performance est nécessaire au pilotage de l'activité de l'UCA

Selon un soignant de l'équipe, pour que l'UCA "tourne bien", il est nécessaire d'avoir un recrutement suffisant, une équipe compétente et le moins possible de ré-hospitalisations. Plusieurs outils permettent d'approfondir ces axes. Les indicateurs promus par les institutions de référence telles que l'ANAP, la HAS et l'association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) permettent d'évaluer le fonctionnement et l'activité d'une UCA. Actuellement, un recueil d'indicateurs<sup>19</sup> sur l'ambulatoire à Cochin est extrait mensuellement de logiciels AMBUDEM et d'OPALE. Ces indicateurs qui permettent d'évaluer et de comparer à d'autres structures l'activité de l'UCA sont essentiellement quantitatifs et qualitatifs.

Parmi les principaux indicateurs quantitatifs, le taux de rotation (nombre de patients sur une période donnée/ nombre de places disponibles à l'UCA) permet de mesurer le degré d'utilisation des places de l'unité. D'après l'ANAP, un taux raisonnable se situe entre 100% et 150%, à moduler en fonction des spécificités par disciplines (en ophtalmologie, le taux atteint couramment 200%). Pour l'UCA de Cochin, le taux de rotation moyen cible a été fixé à 170%, soit 1,7 patients par place. Actuellement, les données extraites d'AMBUDEM incluent indistinctement l'activité foraine et l'UCA, ce qui prive les décideurs d'une information importante. Cependant, d'autres indicateurs permettent d'appréhender l'activité d'une UCA, notamment sur les salles. Tout d'abord, la simple analyse du programme opératoire hebdomadaire permet d'identifier une utilisation non optimale de ces dernières. Ensuite, l'examen de la contribution des spécialités à l'activité journalière sur une semaine permet d'observer la moyenne des patients par jour avec le détail par spécialité. Cet indicateur facilite ainsi les ajustements entre spécialités pour rectifier les éventuels déséquilibres. Cet indicateur pourrait être produit pour l'UCA de Port Royal sur l'exemple suivant.



<sup>19</sup> Indicateurs de juin en annexe 3.

Le taux d'ouverture et le taux d'utilisation des salles de bloc sont deux indicateurs courants pour suivre l'activité des blocs. Le premier représente le temps réellement disponible pour les opérations (rapport entre le temps de vacation offert au chirurgien et le temps conventionnel d'ouverture). L'objectif de l'AP-HP est que les structures atteignent 90%. En juin, le taux d'ouverture était de 82% à l'UCA de Port Royal, déclinable par salle (taux les plus élevés en salles 2 et 5, soit la gynécologie et l'orthopédie, taux le plus faible en salle 3 ; plastie/dermatologie). Le taux d'utilisation indique quant à lui le rapport entre le temps réel d'intervention d'un praticien sur les plages opératoires attribuées (temps réel d'occupation des salles - TROS) et le temps de vacation offert (TVO). La moyenne des blocs de l'UCA était en juin à 61,7% (recommandation ANAP : 80%), la salle ayant le taux le plus bas étant cette fois la 1 (anesthésie locale, chirurgie digestive et dermatologie) et celle ayant le taux le plus élevé, la 4 (urologie, chirurgie digestive).

Ces différents taux doivent être étudiés en regard de la montée en charge de l'activité de la structure. Néanmoins, l'UCA de Port Royal gagnerait à recueillir rapidement les taux de chirurgie ambulatoire forain (permettant d'analyser l'activité ambulatoire dans les services d'hospitalisation complète) et le taux de rotation, ainsi que le temps de présence des patients dans la structure. En effet, un taux de rotation important n'est pas synonyme d'un bon fonctionnement de la structure si le temps d'attente des patients est lui aussi élevé.

Parmi les indicateurs qualitatifs les plus courants, l'UCA prend en compte le taux d'annulation la veille (J-1) ou le jour même (J0). En juin, le taux d'annulation ou report était de 11% (contre une visée de 3% en moyenne) ; il est nécessaire d'analyser de façon complémentaire les raisons de ces annulations, comme nous ne le verrons par la suite. Le taux de transformation en hospitalisation complète des séjours prévus en ambulatoire était en revanche satisfaisant (1% pour un seuil généralement fixé à moins de 3%). Enfin le taux de satisfaction des patients est essentiel. Il est généralement élevé (plus de 90% pour une UCA bien organisée). Ce taux peut être relevé de différente façon : enquêtes ponctuelles, questionnaires à réaliser avant ou après la sortie, en ligne ou non. Aujourd'hui, la satisfaction à l'UCA de Port Royal est essentiellement relevée par un dernier SMS envoyé à J+2 par le logiciel de dialogue automatisé MEMOQUEST, proposant au patient de coter sa satisfaction suite à son séjour à l'UCA sur une échelle de 0 à 10 (10 étant la satisfaction maximale). Le principe même de la chirurgie ambulatoire est de positionner le patient au centre du dispositif et d'exposer les soignants aux commentaires des patients de façon constructive et de manière à ce que cela soit une source de progrès. Un questionnaire satisfaction plus approfondi devrait donc être développé pour l'UCA en plus de celui proposé par la HAS (eSatis).

Par ailleurs, le degré d'innovation d'une UCA peut être comparé au niveau national : le logiciel HOSPIDIAG compare, au niveau national, local et par catégorie d'établissement le volume ambulatoire, l'indice d'organisation (détaillant le positionnement positif ou négatif par acte de l'établissement en chirurgie ambulatoire) et le volume d'actes innovants.

En conclusion, il serait utile de recueillir ou développer d'autres indicateurs facilement reproductibles afin de suivre de façon efficace l'évolution du fonctionnement de l'UCA. Il convient de souligner à ce titre que la DPT aide au déploiement d'indicateurs qualité (évaluant la satisfaction des patients) et de performance (indicateurs issus d'AMBUDEM : temps aux différentes étapes du parcours de soins). Fin 2018, un point est prévu sur les indicateurs d'hospitalisation afin de vérifier si les fermetures de lits ont permis une progression substantielle du taux d'occupation dans les services et de l'IPDMS aux HUPC.

### **2.3.3 Améliorer le codage et s'interroger sur le découpage du fichier structure**

Si des unités fonctionnelles (UF) ont été créées pour chaque spécialité afin de préciser le codage des actes et qu'un centre de coûts unique (UG) a été mis en place pour les dépenses de l'UCA dans le fichier structure, les recettes sont toujours affectées directement aux services conventionnels. Cette arborescence permet aux équipes de récupérer leur activité mais empêche une vision globale de celle de l'UCA en comptabilité analytique. La rationalisation et l'unification des indicateurs dans le fichier structure serait une aide précieuse tant pour améliorer le codage que pour simplifier le pilotage de l'activité de la structure.

## **3 Perspectives et préconisations : des pistes d'amélioration des flux à explorer**

Pensés pour répondre aux spécificités d'un séjour patient très court, les centres multidisciplinaires de chirurgie ambulatoire sont des structures nécessairement plus efficaces pour ce type d'opérations que les services d'hospitalisation conventionnelle où elles se déroulaient auparavant. S'il existe des marges de progression des flux au sein même de l'UCA, c'est en amont et surtout en aval que de véritables leviers existent, susceptibles d'améliorer nettement les prises en charge. Les innovations mises en œuvre dans d'autres structures ambulatoires sont à ce titre instructives.

### **3.1 En amont, sécuriser le programme opératoire et mieux anticiper**

#### **3.1.1 Il existe plusieurs pistes pour densifier les plannings opératoires de l'UCA**

L'organisation de l'UCA est en phase de maturation. Certaines difficultés rencontrées pourraient être levées grâce à l'harmonisation des pratiques administratives entre les différentes disciplines de l'UCA et une plus grande coopération avec les services de chirurgie complète.<sup>20</sup>

Améliorer la programmation d'une UCA consiste essentiellement à agir sur les trous et les non venus. Le planning des vacances a été créé de telle sorte que les médecins puissent les enchaîner facilement. Cependant, des trous peuvent apparaître en cas d'absence de recrutement ou de patients non venus. Cela est une menace pour l'efficacité de la structure, une salle peu remplie risquant d'être fermée par manque de rentabilité. Afin de les réduire, il convient tout d'abord de favoriser la flexibilité dans la gestion du planning, et notamment le transfert de vacances entre discipline lorsque cela est possible (par exemple ; une opération de dermatologie peut être réalisée sur une vacation d'orthopédie dans une salle disponible). Néanmoins, cette possibilité demeure dépendante du bon vouloir des acteurs : chaque spécialité a ses propres problématiques et la pluridisciplinarité n'est pas innée (un chirurgien laissant sa vacation à un autre en amont prend le risque de perdre un patient de dernière minute).

---

<sup>20</sup> Il faut par ailleurs rappeler que les UCA non satellites permettent une utilisation plus flexible des blocs. Ainsi, l'ESPIC Saint Joseph et la clinique privée d'Antony améliorent leur programmation avec un bloc commun, tour à tour rempli par de l'ambulatoire ou de l'hospitalisation complète.



Organisées par chaque chef de service dans "leurs" blocs, les opérations de chirurgie ambulatoire demeurent bien souvent les variables d'ajustement des plannings, ce qui est difficilement conciliable avec le fonctionnement d'une structure multidisciplinaire. Afin d'homogénéiser les pratiques et surtout de recentrer la priorité sur le programme de l'UCA, la mise en place d'une cellule autonome de programmation peut être un véritable facteur d'optimisation. A Cochin, le chirurgien décide du type d'hospitalisation en remplissant une fiche programmation, le secrétaire médical entre l'information dans ORBIS BLOC puis la cadre de proximité de l'UCA confirme l'opération si celle-ci concerne sa structure. Si la cadre s'occupe des ajustements du programme opératoire, une validation par le médecin est nécessaire en cas de modification. A l'UCA de la Pitié, un cadre programmeur a pour mission de lisser en amont les programmes opératoires des salles, rendant les arbitrages à faire dans le planning.

Un autre enjeu est d'encourager la proximité de l'UCA avec les services de chirurgie en hospitalisation complète. Du fait d'une contractualisation ambitieuse sur le ROI de l'UCA, la structure subit une certaine pression concernant le remplissage de ses vacations. Afin d'atteindre un taux d'occupation optimal de ses blocs, un passage à l'UCA de certains patients en hospitalisation complète apparaît pertinent, a fortiori pour les disciplines situées dans le même bâtiment que l'UCA (gynécologie et urologie à Port Royal). Ainsi, est prise en charge de façon transitoire l'opération des ganglions sentinelles à l'UCA pour des patients passant ensuite une nuit en dermatologie (à terme, cette opération sera faite uniquement en ambulatoire). Parallèlement, il convient de veiller à ce que l'interdiction de la chirurgie foraine dans les services soit bien respectée afin de ne pas ralentir le développement de l'UCA (il est en effet tentant de continuer par habitude à réaliser de l'ambulatoire forain dans les services).

Les chefs des spécialités présentes à l'UCA sont face à un paradoxe ; l'injonction de densifier l'activité de l'UCA entre en contradiction avec la préservation des moyens de leurs services d'hospitalisation complète, où demeurent la majeure partie de leurs équipes et où la charge de travail peut devenir plus lourde. En transférant la prise en charge des patients plus légers vers une plateforme dédiée, le développement de la chirurgie ambulatoire conduit en effet à ne laisser dans les services d'hospitalisation que des patients requérant des soins post opératoires importants ou une surveillance médicale accrue. Le case-mix des services peut alors se retrouver déséquilibré, ayant un impact direct sur la charge en soins dans les unités. Ainsi, certaines disciplines retardent la bascule d'un plus grand nombre d'actes en ambulatoire, qui pourrait pourtant aussi leur permettre de réduire leur files d'attente en conventionnel. En effet, la prise en charge de petits gestes en ambulatoire libère des places en HC et améliore le recrutement (au-delà

de 3 mois d'attente, les patients partent se faire opérer ailleurs ; or les 6 spécialités de l'UCA ont des files d'attente importantes en hospitalisation conventionnel ; en moyenne 4 mois en chirurgie orthopédique). La direction doit donc poursuivre un travail pédagogique avec les équipes afin de mettre en place une stratégie globale viable pour l'hôpital.

Enfin, la question de l'ajout des urgences dans le programme mérite une attention toute particulière. Cette incrémentation participe à la densification des vacations et comble utilement les trous, mais est paradoxalement une source de désorganisation du planning. L'UCA de Cochin doit à partir de la rentrée 2018 prendre en charge de l'activité non programmée, notamment en orthopédie. Il s'agit en réalité d'urgences différées et non de "vraies" urgences. Cette prise en charge n'est cependant pas adaptée à toutes les disciplines, notamment celles où les soins reportés au delà de 24 h engagent le pronostic vital (ces situations sont fréquentes en chirurgie digestive). Une procédure doit être mise en œuvre afin que l'UCA puisse décider quasiment en temps réel de l'intégration ou non d'urgences. L'organisation proposée à Cochin pour la traumatologie est la suivante : le médecin des urgences recevant un patient susceptible d'être éligible à l'UCA (répondant à une liste de critères, dont celui d'être relativement en bonne santé : ASA1 ou ASA2) vérifie dans le programme ORBIS BLOC si une place est disponible dans le programme opératoire puis envoie un mail à l'équipe UCA afin de demander l'ajout du patient : il remet alors un passeport ambulatoire au patient. L'IDE de parcours rappelle ensuite le patient si une place est disponible. Afin de permettre des prises en charge accélérées, des consultations d'anesthésie ont été mises en place à l'UCA depuis juin 2018.

Il pourrait être envisagé à terme une contribution financière du patient annulant à J0. En effet, hors raisons médicales, le patient doit aussi être responsabilisé quant aux éventuels coûts d'une annulation pour la structure, qui ne peut dans le cas de l'UCA réaliser du surbooking. Cette problématique ne se rencontre pas uniquement au niveau des UCA, mais dans l'ensemble des services de soins, publics comme privés. Une telle évolution ne pourra être effectuée au niveau d'un hôpital et nécessite un véhicule législatif.

### **3.1.2 Améliorer la compréhension du patient et l'anticipation : le rôle important de l'IDE de parcours**

La bonne compréhension du patient des informations données en amont de son séjour ambulatoire est primordiale à la réussite de son passage très court à l'hôpital. Afin de devenir acteur de son parcours, le patient doit bien intégrer les soins post-anesthésiques et postopératoires qu'il doit recevoir, les conditions de sorties et les modes de recours en cas d'événements non prévus à domicile. Le recueil du consentement du patient est par

ailleurs une obligation. Cependant, les informations ont tendance à lui être données de façon fragmentée lors des consultations suivant l'annonce de son éligibilité. Le chirurgien et l'anesthésiste puis le secrétaire médical n'ont généralement pas le temps nécessaire pour vérifier que toutes les informations ont bien été assimilées par le patient. Un document complémentaire doit être fourni le plus rapidement possible avant l'opération (généralement après la consultation d'annonce de l'éligibilité à l'UCA). Il rappelle de façon exhaustive et claire toutes les informations nécessaires.<sup>21</sup> Surtout, il est utile que les infirmiers de coordination (IDEC) rencontrent le patient après les consultations du chirurgien et de l'anesthésiste afin de compléter et rappeler les informations données. Ce rendez-vous peut-être déterminant, comme l'a démontré la cadre supérieure de l'UCA Madame CAILLE. Elle a ainsi analysé fin juillet 2018 les raisons des annulations d'opérations à J-1 et J0 durant les mois de mai et juin 2018 concernant des patients qui n'avaient pas rencontré l'IDEC avant leur intervention. Sur 78 patients annulés, 30 l'ont été après avoir finalement signifié un refus de se faire opérer, 41 pour modification de leur état général (contre-indication à l'opération telle qu'une grossesse, amélioration de l'état de santé) et 7 pour non-respect des consignes, notamment du jeûne. Dans le premier cas, le contrôle de l'IDE de parcours aurait permis de rassurer les patients stressés hésitant à se faire opérer. Dans le second cas, le rendez-vous aurait été l'occasion de supprimer plus tôt du programme opératoire les patients qui devaient en être retirés. Dans le dernier cas, l'IDEC aurait pu utilement rappeler les consignes. Enfin le jour même, l'UCA doit être suffisamment bien indiquée au niveau signalétique pour éviter toutes difficultés à la trouver dans l'enceinte de l'hôpital, exercice d'autant plus difficile lorsque les locaux ne sont pas dans un bâtiment qui leur est uniquement réservé.

### **3.1.3 Une nécessaire systématisation du dossier de préadmission**

Le principe même de l'UCA implique la fluidité totale de parcours des patients. Aussi tout sujet pouvant entraîner du retard sur le programme opératoire devient un enjeu majeur. La bonne réalisation des préadmissions en amont et non le jour même avant de se faire opérer est un sujet prioritaire. Un taux de préadmissions de 90% est attendu afin qu'une UCA fonctionne bien. L'éloignement des bâtiments entre eux est un problème pour la réalisation de celles-ci, un bureau des admissions n'étant pas forcément proche. En l'attente du déploiement de la GAM qui simplifiera l'incrémentation des droits du patient dans ORBIS, plusieurs actions peuvent être entreprises : donner les taux de préadmissions aux cadres des spécialités, sensibiliser le bureau des admissions au cas de l'UCA et simplifier le dossier de préadmission afin d'inciter le patient à le remplir correctement<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Passeport ambulatoire de l'UCA Port Royal en annexe 4.

<sup>22</sup> Dossier unique de préadmission de l'UCA Port Royal en annexe 5.

## **3.2 Des progrès peuvent encore être envisagés à l'intérieur même de l'UCA**

### **3.2.1 En pleine révolution, la fluidité de l'information ne sera atteinte que lorsque les logiciels seront réellement interfacés entre eux**

L'AP-HP est dans une démarche de rationalisation des logiciels utilisés pour la prise en charge du patient, parallèlement au déploiement d'une démarche zéro papier aux finalités tant financières que fonctionnelles et écologiques. Cette rationalisation est particulièrement bénéfique dans le contexte de la prise en charge ambulatoire car centraliser les informations au même endroit participe à la sécurisation du parcours patient. Ainsi, le patient dès son admission à l'UCA de Cochin est inscrit dans le logiciel ORBIS, qui sera le seul outil utilisé du début à la fin de l'intervention, avec plusieurs sous parties remplies en fonction des étapes : AMBUDEM pour le suivi général du parcours patient (onglets préopératoire, vérification à l'accueil, SSPI) et ORBIS BLOC pour le temps opératoire en lui même.

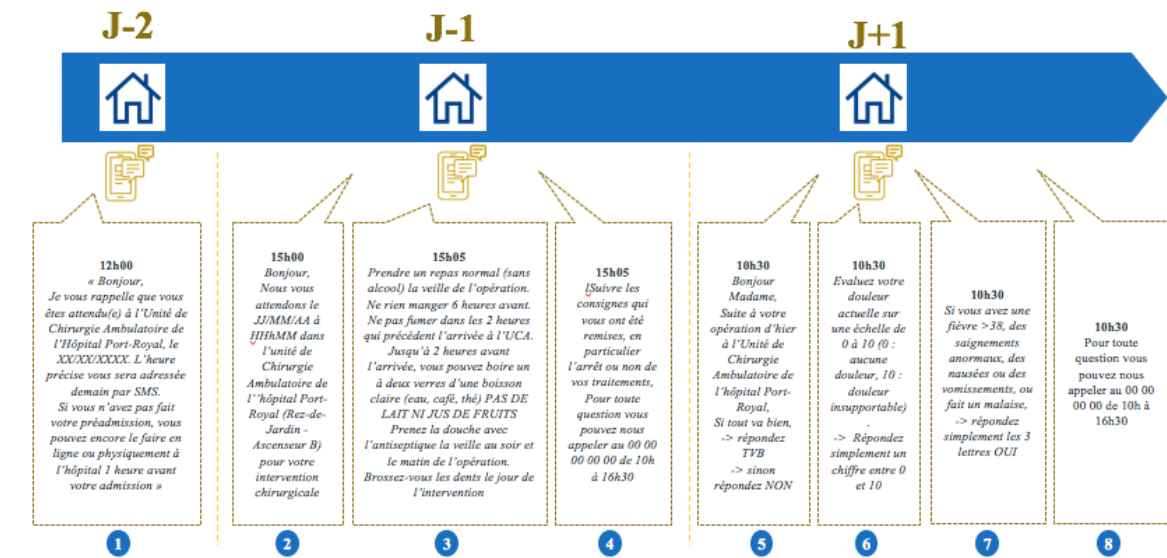
La traçabilité (ou « tracking ») du patient est assurée à chaque étape du parcours par un des acteurs qui renseigne ORBIS sur son état d'avancement : lors des consultations chirurgiens et anesthésistes, lors de la consultation IDEC, lors de la phase pré-opératoire par le régulateur de flux, durant l'opération par l'IBODE, puis en phase post opératoire par l'équipe de la SSPI et enfin à la sortie auprès de l'accueil. Cette traçabilité peut être simplifiée par une technologie de géolocalisation (bornes reconnaissant des puces disposées dans les bracelets électroniques du patient). Idéalement, des écrans peuvent être disposés dans différentes parties de l'UCA récapitulant la gestion du flux («workflow») à l'attention de l'équipe.

Une autre évolution notable est le remplacement du traditionnel appel téléphonique de l'IDEC pré et post interventionnel par l'utilisation d'un robot conversationnel (« chatboot ») envoyant des SMS au patient afin de leur rappeler diverses consignes en amont, puis d'alerter en aval les équipes médicales en cas de besoin. Grâce à un algorithme de questions réponses programmé selon les spécificités de la prise en charge (type d'opérations, d'anesthésie, horaires de passage...), le programme MEMOQUEST de Calmédica permet un suivi renforcé du patient avec un système d'alerte concernant la douleur et les complications. Si une étude démontre l'efficacité accrue de ce nouveau processus<sup>23</sup>, certains regrettent cependant le manque de contact que les SMS induisent.

---

<sup>23</sup> Taux de réponse au SMS de 90% contre 60% pour un appel et division par 10 des retards supérieurs à 30 minutes le jour de l'opération.

## Le contact patient (J-2, J-1 & J+1), dans le cadre de la mise en place des SMS



La maturité complète, dont les organisations se rapprochent progressivement, demeure l'intégration des outils entre eux et l'interopérabilité des logiciels. ORBIS est un logiciel bien plus englobant que ses prédécesseurs, permettant de faire le lien entre les différents acteurs tant dans les services que dans l'UCA (centralisation des documents nécessaires ; CR de consultations médicales et d'anesthésie, feuilles de surveillance, CRH et CRO...). Cependant, l'interfaçage avec d'autres logiciels n'est pas tout le temps réalisé (par exemple, les informations de MEMOQUEST tels que les numéros de téléphone ne sont pas interfacées avec ORBIS, faisant perdre du temps aux IDEC devant alors les retaper deux fois).

Un enjeu tout aussi essentiel est l'exploitation approfondie des données recueillies, permettant d'analyser plus finement le parcours patient. AMBUDEM est une source d'informations très riche qui n'est aujourd'hui pas exploitée à la mesure de ses capacités. Ainsi, comme nous l'avons vu plus haut, les données concernant la chirurgie ambulatoire sont indistinctement répertoriées à Cochin, qu'elle soit réalisée en forain ou à l'UCA. Il s'agit donc d'affiner les extractions faites sur AMBUDEM, de l'interfacer avec le logiciel de demandes de transports internes PTAH et d'intégrer tous les champs nécessaires au traçage à chaque étape du parcours. En dernier lieu, reste le problème des modes de travail dégradés lorsque ces logiciels connaissent des problèmes techniques, ce qui arrive régulièrement.

### **3.2.2 Affiner les parcours selon leur durée**

Construire une nouvelle UCA permet de s'affranchir des contraintes architecturales et de redéfinir l'ergonomie en fonction du circuit patient. A l'UCA de Cochin, les spécialités réunies ont des temps opératoires relativement proches (il n'aurait par exemple pas été possible d'intégrer l'activité ophtalmologique dont les temps sont beaucoup plus courts - en moyenne 15 minutes pour une cataracte - et qui bénéficie de sa propre UCA). Néanmoins, ce parcours peut encore être affiné selon la durée de séjour. A l'UCA de la Pitié, trois circuits sont distingués selon la durée : le court pour les patients restant moins de 2 heures, le moyen (3h à 5h) et le long pour ceux restant en moyenne 6 heures.

### **3.2.3 Progresser sur les temps d'attente**

Outre les chemins cliniques, plusieurs spécificités rendent le parcours patient de l'UCA de Cochin plus performant : le chatboot qui permet d'automatiser l'envoi d'horaires précis aux patients, les fauteuils communs SSPI/HDJ, le rôle de l'IDEC et le régulateur de flux assurant la fluidité entre l'accueil et le bloc et permettant le système de flux tendus. L'arrivée échelonnée des patients permet de désengorger les flux dans le circuit et de minimiser les temps d'attente. Cependant, les chirurgiens peuvent être tentés de faire venir les patients très en avance afin de s'assurer que le planning opératoire soit bien respecté même en cas de défection du premier patient. Ainsi, les patients du début de programme opératoire peuvent attendre jusqu'à 1h30 avant le début de leur prise en charge, ce qui est un des premiers éléments d'insatisfaction relevé. Aussi, l'encadrement doit-il trouver le juste milieu entre confort du chirurgien et confort du patient. Après l'opération, la fluidité à la sortie est tributaire de la bonne délivrance des CRO CRH à temps et l'obtention du bon de sortie par le chirurgien. Ces deux tâches doivent être automatisées afin d'être les plus rapides possibles. Enfin, afin de ne pas surcharger le lounge de patients attendant des transports pour partir, il serait nécessaire de développer d'autres ressources que les taxis conventionnés actuellement (uber?).

Si les temps dans le circuit du patient peuvent être encore améliorés à la marge, c'est surtout une meilleure utilisation des ressources humaines qui rendrait la structure encore plus efficiente : axer une partie des ETP sur la suite des soins en aval serait pertinent comme nous allons le voir.

### **3.3 En aval : améliorer le lien entre la ville et l'hôpital**

La chirurgie ambulatoire doit être perçue comme marqueur de l'évolution de l'organisation d'un hôpital ouvert sur la ville et s'intégrant dans une médecine de parcours, afin de "sortir du tout hôpital" comme l'a souligné Agnès BUZYN dans son discours d'octobre 2017. L'accélération de la chirurgie ambulatoire est concomitante d'un recrutement toujours plus large. Cependant, la prise en charge en chirurgie ambulatoire de patients plus lourds et/ou plus fragiles socialement risque de reporter une partie de la charge de travail et des dépenses sur d'autres acteurs. Si l'impact de l'augmentation de la chirurgie ambulatoire sur la ville n'a pour l'instant pas été évalué financièrement, la nécessité de mieux coordonner tous les intervenants à la prise en charge est réelle, la responsabilité relative à l'organisation de la continuité des soins demeurant celle du service hospitalier. La coordination en amont mais surtout en aval doit donc être renforcée.

#### **3.3.1 Renforcer les coopérations à l'intérieur même de l'hôpital mais aussi avec les acteurs de la ville**

Si le lancement récent de l'UCA peut expliquer aujourd'hui une certaine méconnaissance des soignants des autres services (positionnement géographique de la structure, composition de l'équipe et tâches), le centre multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire ne saurait devenir un corps étranger au fonctionnement global de l'hôpital. Tout d'abord, l'activité de l'UCA doit s'articuler avec les impératifs des autres services, en particulier les Urgences qu'elle doit concourir à décharger et non emboliser avec ses propres patients (pour les complications, un protocole a été mis en place comme nous l'avons déjà vu). Par ailleurs, l'UCA gagnerait à développer ses liens avec d'autres unités, telles que celle des soins de suite et de réadaptation (SSR), pour des prises en charge spécifiques post-interventionnelles.

Surtout, il est indispensable de poursuivre la coordination avec les acteurs de la ville. Le médecin libéral est le plus souvent la première porte d'accès au centre multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire ; la communication de l'hôpital à son égard est un élément stratégique pour s'assurer un recrutement suffisant. A cet égard, le trio exécutif de la structure, en partenariat avec la direction de la communication, prévoit dès la rentrée 2018 de mettre en place des soirées thématiques de formation continue à l'UCA, avec des expositions de cas cliniques, afin de faire connaître et créer une émulation autour de l'activité de l'unité. Si la connaissance de l'existence de l'UCA et de son mode de fonctionnement par les médecins de ville du territoire est nécessaire, une bonne

réputation est tout aussi essentielle : un praticien pourrait ainsi avoir des réticences à diriger des patients vers cette structure si cela avait pour répercussion un transfert de responsabilité trop important pour le patient ou pour lui-même. Trop souvent encore, le chirurgien reste le seul responsable du lien avec le médecin généraliste adressant son patient. Or, une prise en charge totale du dossier (trouver l'IDE libéral pour le pansement, le kinésithérapeute...) est une charge de travail supplémentaire lourde pour des praticiens aux disponibilités limitées. Il faut donc une aide à l'instauration de ce lien avec la ville. Les enquêtes "médecins partenaires" et "état des lieux des coopérations existantes" menées par l'AP-HP auprès des praticiens de ville en 2016 révèlent une très forte attente d'une relation de suivi plus attentive : échanges facilités avec les seniors, automatisation des compte-rendus dès la sortie du patient, amélioration de la continuité des soins en sortie de consultation ou d'hospitalisation. Si certaines mesures ont déjà été prises (mise en place d'un numéro dédié par référent de spécialité de l'UCA, diffusion automatisée des documents de sortie - CRO/CRH au médecin de ville), c'est bien l'accompagnement post opératoire du patient qui doit être renforcé.

A cet égard, une systématisation à la chirurgie ambulatoire du programme d'accompagnement pour le retour à domicile (PRADO) mis en place par l'Assurance maladie en 2010 serait utile. L'objectif de PRADO est de permettre au patient de rentrer chez lui dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire et de faciliter la relation entre l'équipe médicale de l'établissement, seule habilitée à décider de l'éligibilité du patient au PRADO, et les professionnels de santé libéraux. Le rôle du conseiller de l'Assurance Maladie (CAM), saisi par l'équipe médicale hospitalière, consiste à assurer la mise en relation avec les professionnels libéraux inscrit dans le dispositif : sages-femmes, masseurs kiné, infirmiers et d'assurer la bonne information du médecin traitant<sup>24</sup>.

### **3.3.2 Mieux détecter les patients fragiles et adapter leur prise en charge**

La prise en charge en ambulatoire allège les contraintes de l'hôpital qui supporte moins de coûts, mais reporte en partie ces contraintes sur le patient et son accompagnant, sans que cela leur soit d'ailleurs clairement signifié. Si, en théorie il doit être proposé à tout patient un mode de prise en charge en ambulatoire, dans la pratique à l'AP-HP comme ailleurs, les patients isolés en sont presque systématiquement écartés. L'AP-HP vient d'adopter une définition plus souple de l'accompagnant et incite à la recherche de la « personne de confiance ». La présence d'un accompagnant durant les 24 heures après l'intervention est par ailleurs discutable, elle peut ne pas être utile pour certains patients, notamment quand l'intervention est légère et l'anesthésie très brève.

---

<sup>24</sup> A noter que le coût par patient pour l'Assurance Maladie n'est pas précisé.



Outre la gravité médicale et l'isolement, les problématiques sociales peuvent être des barrières à l'éligibilité à l'ambulatoire. La question n'est pas celle de la très grande précarité, mais celle de personnes réunissant plusieurs critères accentuant leur vulnérabilité : difficultés de communication (barrière de la langue ou de culture, analphabétisme), défaut de couverture sociale, absence de ressources, de logement, problèmes relationnels, handicap. Cette exclusion est un frein majeur à un développement d'envergure de la chirurgie ambulatoire au regard de la patientèle de l'AP-HP<sup>25</sup>, mais est aussi critiquable sur le plan éthique, rendant plus compliqué à ces personnes l'accès à des actes qui demain ne seront effectués qu'en ambulatoire (cataracte, hallux valgus, chirurgie de la main...).

Plusieurs travaux peuvent être initiés afin d'intégrer de façon sécurisée ces patients : tout d'abord, une coordination en amont avec les services qui adressent ces patients, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les centres de santé et les médecins de ville, afin d'intégrer les informations relatives à la précarité dans le système d'information de l'AP-HP et au sein du volet AMBUDEM afin de pouvoir anticiper ces prises en charge spécifiques. L'hôpital pourrait également s'inspirer de la démarche mise en oeuvre à la clinique Antony, où l'équipe évalue en amont le degré de dépendance des patients fragiles éligibles à l'ambulatoire via les critères de la grille nationale d'évaluation AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources), leur permettant ensuite d'adapter le parcours patient (ajout d'un fauteuil roulant, possibilité pour l'accompagnant de suivre son proche au sein même de l'unité ambulatoire...).

Plus généralement, il faut encourager la production d'études car il n'en existe aujourd'hui aucune au niveau international comme national analysant le lien entre précarité et chirurgie ambulatoire.

### **3.3.3 Développer de nouveaux intermédiaires et de nouveaux financements**

Pour renforcer ce lien entre ville et hôpital, de nouveaux intermédiaires peuvent être développés. Il n'est actuellement pas proposé à la suite d'une opération en chirurgie ambulatoire d'aide à domicile qui pourrait épauler le patient dans sa prise de médicaments, de repas, d'entretien ménager, garde d'enfants, puisque la personne est réputée bien portante et supposée accompagnée (même si les patients pouvant y prétendre en raison de leurs ressources peuvent le demander et que 60% des patients environ y accèdent grâce à leur mutuelle).

---

<sup>25</sup> Constat de "l'impact de l'accélération des prises en charge ambulatoire au sein de l'AP-HP sur les relations villes-hôpital, rapport du groupe de travail du conseil de surveillance de l'AP-HP", mars 2017.

Par ailleurs, il est rare d'avoir des assistants sociaux dans les unités de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP. Une réflexion est conduite aujourd'hui sur le territoire parisien pour mieux organiser la réponse apportée dans les UCA par les assistantes sociales hospitalières, celles de la ville et en particulier celles de la CPAM. A ce stade, il ne s'agit cependant que de l'idée d'une assistante sociale « de référence » choisie par l'utilisateur pour l'informer des différentes possibilités de soins et s'assurer du consentement du patient à ces prises en charge. Ce temps d'assistante sociale dédiée permettrait, puisque le séjour est anticipé, de mettre en place les dispositifs d'aide nécessaires.

La responsabilité de l'organisation par l'hôpital de la prise en charge en aval doit être renforcée afin d'assurer la continuité des soins, sans exclure pour cela une aide de la part des pouvoirs publics pour créer des rémunérations au parcours et l'animation de plateformes territoriales, dans l'optique d'une supra-coordination des acteurs de ville. L'AP-HP pourrait à cet égard s'inspirer d'un programme intéressant mettant en relation la ville et hôpital déployé dans les Hauts de France par l'ARS et l'URPS infirmiers. Le dispositif expérimental ISIPAD<sup>26</sup> (Intervention Soins Infirmiers Post-Ambulatoire à Domicile), initié en Picardie, s'appuie sur un réseau d'infirmiers libéraux. L'ARS finance à travers une dotation "mission d'intérêt général" le remboursement de l'infirmier qui va surveiller le patient en post opératoire, soit lorsqu'il s'agit d'actes innovants (c'est-à-dire, autres que les 55 actes traceurs), soit lorsque le patient n'a pas d'accompagnant et/ou dans une situation précaire. Une plateforme numérique permet de mettre en relation des infirmiers libéraux candidats et l'équipe de l'UCA. Les IDE doivent au préalable suivre une formation de e-learning afin d'acquérir les connaissances nécessaires sur les spécificités de la prise en charge en UCA. Ils forment un annuaire auquel l'équipe de l'UCA se réfère en priorité pour la prise en charge en aval, ce qui a un aspect rassurant pour le patient, qui connaît ainsi avant de se faire opérer les soignants qui s'occuperont de lui les jours suivants son intervention. La plateforme propose aussi des fiches sur les soins techniques à effectuer pour les différents types d'opérations, rédigées par les médecins à l'attention de cette équipe d'aval (par exemple, comment effectuer un pansement en chirurgie orthopédique). Les acteurs se rencontrent régulièrement lors de staff, et peuvent échanger ensemble à propos des patients.

Le dispositif expérimental PAERPA, programme organisant le parcours de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social, ouvre également des perspectives intéressantes dans l'extension des prises en charge en chirurgie ambulatoire. Ce dispositif financé par une dotation FIR de la part de l'ARS et déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes (1 à

---

<sup>26</sup> [www.urps-infirmiers-hdf.fr](http://www.urps-infirmiers-hdf.fr)

6ième arrondissements, puis 9, 10 et 19ième) permet d'assurer la continuité des soins pour les patients éligibles à la sortie de l'hôpital, grâce à un assistant social et un infirmier de parcours organisant avec le patient en sortie d'hospitalisation une prise en charge à la carte avec des visites régulières à domicile afin de vérifier que le programme choisi est bien maintenu (rendez-vous avec l'infirmier libéral, mise en place d'une aide à domicile). Dans le cadre de l'UCA de Cochin, les missions de l'IDEC pourraient être enrichies afin de développer une approche personnalisée du même type. A l'UCA de la Pitié-Salpêtrière, les IDEC ont déjà des missions similaires, leur fiche de poste indiquant que ceux-ci doivent initier les démarches en lien avec la modalité de sortie retenue pour le patient (trajectoire si SSR, hospitalisation à domicile, PRADO, prestataires ...).

Le déploiement de ces dispositifs semble s'inscrire dans une réflexion plus large, celle d'une évolution de la tarification des soins dans notre système de santé. Elles font écho aux réflexions lancées par la Ministre de la Santé Agnès BUZYN pour passer d'une tarification à l'activité à un financement au parcours.

## Conclusion

La chirurgie ambulatoire est une démarche innovante qui implique d'adapter les processus de prise en charge traditionnels. Son développement réinterroge en profondeur l'organisation de la chirurgie en hospitalisation complète et en ambulatoire : accueil, consultations pré-interventionnelles, blocs, capacités en lits et en places mais également, organisation de l'ensemble de la structure ; urgences, consultations anesthésiques, liens avec les services d'origine... qu'il s'agit alors bien de coordonner.

L'accélération de la chirurgie ambulatoire, induite par la nouvelle cible fixée par les pouvoirs publics, ne saurait se réaliser sans l'optimisation des flux dans les structures permettant ce type de prise en charge. C'est bien le but des centres pluridisciplinaires de chirurgie ambulatoires, élaborés à partir d'une réflexion approfondie sur la fluidification des parcours patients. Si des améliorations logistiques et informationnelles sont encore réalisables au sein même des UCA, c'est en amont et en aval que se situent les principaux leviers qui permettraient une intensification des prises en charge ambulatoires.

L'inscription de l'accélération de l'ambulatoire dans une période de forte contrainte budgétaire ne doit pas faire oublier les bénéfices réels attendus pour le patient. Afin que cette accélération ne rime pas avec industrialisation, au détriment de temps supplémentaire accordé aux échanges et à l'organisation particulière de parcours de santé, les directions hospitalières doivent encourager le développement de nouvelles missions au sein même des équipes de l'UCA. Par ailleurs, la bonne articulation de la ville et de l'hôpital doit être renforcée afin de rassembler tous les acteurs du monde de la santé et du secteur social pour opérer une prise en charge complète du patient, sans rupture dans les soins prodigués. Un tel rapprochement ville-hôpital centré autour du patient ne pourra s'inscrire dans la durée sans l'accompagnement et le soutien des pouvoirs publics.

---

## Bibliographie

---

### Articles de presse :

<http://www.chu-montpellier.fr/fr/contenu/liste-des-savoir-faire/savoir-faire/Chirurgie-ambulatoire-lequipe-medicale-Chirurgicale-et-anesthesique-nous-donne-son-avis/>.

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire)

<https://www.aphp.fr/contenu/ap-hp-inauguration-de-deux-nouvelles-unites-de-chirurgie-ambulatoire-dans-les-hopitaux>

[https://www.grandest.ars.sante.fr/system/files/201712/Supports%20intervenants%20matin%20\\_0.pdf](https://www.grandest.ars.sante.fr/system/files/201712/Supports%20intervenants%20matin%20_0.pdf)

### Ouvrages et rapports techniques :

Développer et organiser l'ambulatoire dans un établissement de santé, Guide pratique, nouveaux concepts organisationnels, Jean Pierre Danos, mai 2013.

Conception et création d'une unité ambulatoire : Repères méthodologiques, ANAP, décembre 2017.

Chirurgie ambulatoire mode d'emploi, ANAP, 2013.

L'impact de l'accélération des prises en charge ambulatoire au sein de l'APHP sur les relations ville-hopital, Rapport du groupe de travail du conseil de surveillance de l'APHP, mars 2018.

La chirurgie ambulatoire en 12 questions, ANAP/HAS, avril 2012.

### **Mémoires universitaires :**

DUTIL. J. Filière directeurs d'hôpital. L'unité d'accueil chirurgicale : une organisation innovante au service des patients et des établissements. Rennes : EHESP, 2016, 71 p.

TROY. B. Filière directeurs d'hôpital. Le pilotage du développement de la chirurgie ambulatoire : portée et limites d'une démarche par les indicateurs. EHESP, 2015, 68 p.

### **Liens internet :**

<https://www.lalettredelalilee.fr/virage-ambulatoire-lobjectif-tenable/>

<http://afc.chirurgie-viscerale.org/science-et-recherche/rapports-afc-publications>

[https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Organisation\\_du\\_circuit\\_patient\\_en\\_ambulatoire.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Organisation_du_circuit_patient_en_ambulatoire.pdf)

<http://www.acesante.com/module/articles/details/12-optimiser-l-activite-de-son-unite-de-chirurgie-ambulatoire-linteret-de-coupler-salon-de-sortie-et-fast-track>

<http://www.utc.fr/tsibh/public/3abih/16/pi/groupe1/HTML/index.html>

[http://www.caducee.net/actualite-medicale/13593/chirurgie-un-acte-sur-deux-realise-en-ambulatoire-selon-l-afc.html#\\_ftn1](http://www.caducee.net/actualite-medicale/13593/chirurgie-un-acte-sur-deux-realise-en-ambulatoire-selon-l-afc.html#_ftn1)

<http://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/e-ressources/articles.html>

[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_cc\\_2018\\_02\\_16\\_a\\_web\\_pages\\_hd.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf)

---

## Liste des annexes


---

- 1 - Liste des 55 actes de chirurgie ambulatoire.
- 2 - Exemple d'un chemin clinique à l'UCA Port Royal.
- 3 - Indicateurs de performance de l'UCA Port Royal - juin 2018.
- 4 - Passeport ambulatoire de l'UCA Port Royal.
- 5 - Dossier de préadmission de l'UCA Port Royal.

## LISTE DES 55 ACTES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Accès vasculaire	Chirurgie du pied
Adénoïdectomies	Chirurgie du poignet
Angioplasties du membre supérieur	Chirurgie du sein/tumorectomie
Angioplasties périphériques	Chirurgie du trou maculaire
Arthroscopie de la cheville	Chirurgie du tympan
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	Chirurgie du strabisme
Avulsion dentaire	Cholécystectomie
Chirurgie anale	Cure de paraphimosis
Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	Exérèse de kystes synoviaux
Chirurgie col, vulve, vagin	Exérèse de lésion cutanée
Chirurgie de l'avant pied	Exérèse de lésion de la bouche
Chirurgie de la conjonctive (pterygion)	Exérèse de lésion sous-cutanée
Chirurgie de la main	Fermeture de fistule buccale
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	Fistules artérioveineuses
Chirurgie de la main réparation des ligaments et tendons	Geste secondaire sur lambeau
Chirurgie de l'épaule	Geste sur l'uretère
Chirurgie de l'utérus	Geste sur l'urètre
Chirurgie des bourses	Geste sur la vessie
Chirurgie des bourses de l'enfant	Geste sur les glandes salivaires
Chirurgie des hernies de l'enfant	Interruption tubaire
Chirurgie des hernies abdominales	Lithotritie extracorporelle
Chirurgie des hernies inguinales	Plastie de lèvres
Chirurgie des maxillaires	Prélèvement d'ovocyte
Chirurgie des sinus	Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique
Chirurgie des varices	Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique
Chirurgie du cristallin	Vitrectomie avec pelage de membrane
Chirurgie du glaucome	Vitrectomie postérieure isolée
Chirurgie du nez	

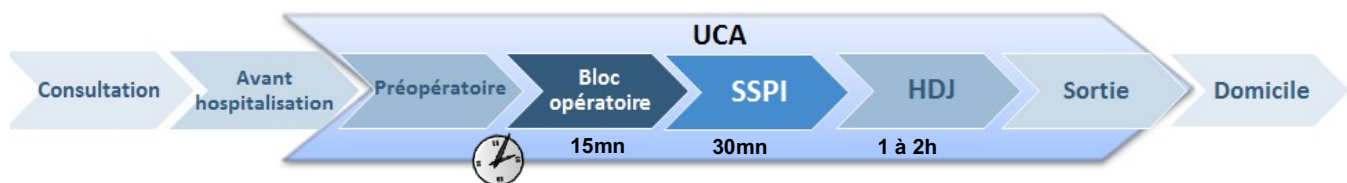


	<b>Implants UROLIFT</b>	<b>PÔLE : Ophtalmologie, ORL, Ambulatoire</b>
Cochin - Port Royal	Rédacteur : Pr Barry Delongchamps	Date application : 07/05/2018

## 1. Domaine et Conditions d'application

Ce document décrit les différentes étapes et les éléments spécifiques de la prise en charge au cours d'une hospitalisation ambulatoire, des patients opérés pour pose d'implants UROLIFTS en Urologie, à l'UCA.

## 2. Description



### 2.1. Consultation

- ✓ Consultation chirurgicale : **diagnostic, décision opératoire, éligibilité, information patient, CR Consultation**
- ✓ RDV date opératoire, pas de consultation d'anesthésie sauf si AG
- ✓ Ordonnance de sortie, RDV post-opératoire, contacts acteurs de ville
- ✓ Consultation anesthésie
  - Éligibilité du patient**
  - Mode d'anesthésie**
  - Recommandations**
  - CR Consultation**
- ✓ Vérification du n° de téléphone pour appel pré-hospitalisation
- ✓ Critères de report d'intervention :
  - Syndrome infectieux,**
  - Anticoagulation**
- ✓ Particularités du terrain modifiant la prise en charge :
  - Anticoagulation**
- ✓ Points spécifiques à vérifier :
  - Non**

### Intervenants

Chirurgien  
MAR

Consultation

Avant l'hospitalisation

## 2.2. Avant l'hospitalisation

- ✓ **Appel à J-1 avec Check-list préopératoire ambulatoire** avec renseignements administratifs, chirurgical, type d'intervention, côté à opérer, respect des recommandations concernant les traitements, examens à apporter, consignes concernant l'hygiène, jeûne, accompagnant prévu, heure d'arrivée et recommandations particulières :

- Examens complémentaires à apporter : **ECBU**
- Prescription médicamenteuse : **Aucun**
- Préparation corporelle : **Douche Bétadine scrub ou hibitane la veille au soir et le matin au domicile**
- Dépilation : **Non**

### *Intervenants*

Secrétaire

Préopératoire

## 2.3. À l'arrivée, préparation préopératoire

- ✓ 1<sup>er</sup> patient : **7h30**
- ✓ Ces horaires sont donnés à titre indicatifs. Ils peuvent être modifiés par le chirurgien, l'anesthésiste ou l'équipe soignante.
- ✓ Prévoir arrivée du patient au **minimum 30mn** avant l'heure prévue au bloc.
- ✓ Traitement à l'entrée : **aucun**
- ✓ **Check-list préopératoire ambulatoire** : renseignements administratifs, chirurgical, type d'intervention, côté à opérer, respect des recommandations concernant les traitements, examens à apporter, consignes concernant l'hygiène, le jeûne, accompagnant prévu

### *Intervenants*

AS

IDE

## 2.4. Au bloc opératoire

- Check-list per-opératoire ambulatoire (Check-list HAS)
- Lieu de l'intervention : **UCA**
- Durée acte opératoire : **15 minutes**
- Instrumentation matériel à préparer :
  - **Boîte UROLIFT**
  - **Implants UROLIFT (nombre précisé sur Orbis Bloc)**
- Antibioprophylaxie : **Non**
- Anesthésie Générale : **Aucune / MEOPA au masque**
- **Anesthésie locale** : **Gel de Xylocaine froid**
- Analgésie :
  - **Paracétamol 1g**
  - **Profenid 100mg**
- Gestes associés : **Non**
- Bon anapath : **Non**
- Bon bactériologie : **Non**
- Radiographie de la pièce opératoire : **Non**
- Compte rendu opératoire type : **Oui**
- Code(s) CCAM :
  - **JELE003**

### *Intervenants*

AS  
Chirurgien  
IADE  
IBODE  
MAR

## 2.5. En SSPI (si AG ou AL + sédation)

- Durée prévisionnelle : **30mn – Score Aldrete si AG**
- Traitement dès l'apparition de la nausée
- Evaluation de la douleur par EVA : **Oui**
- Traitement de la douleur si EVA > 4
- Surveillance **saignement, état des pansements et constantes**

### *Intervenants*

AS  
IADE  
MAR

SSPI

HDJ

## 2.6. En post-opératoire, dans l'unité

- ▶ Durée de surveillance HDJ : **1-2 heures**
- ▶ Traitement dès l'apparition de la nausée
- ▶ Evaluation de la douleur par EVA : **Oui**
- ▶ Traitement de la douleur si EVA > 4
- ▶ Surveillance **de la diurèse et des constantes**
- ▶ Suivre les prescriptions de sortie de SSPI :
  - **Lever du patient précoce**
  - **Retrait de la perfusion après alimentation**
  - Analgésie :
    - **Paracétamol 1gr x 4/j pendant 3 jours**
    - **Profenid 100mg pendant 3 jours**
    - Autre traitement : **non**

### *Intervenants*

AS  
Chirurgien  
IDE  
MAR

Sortie

## 2.7. À la sortie

- ▶ Heure de sortie : **2 heures**  
(par rapport à l'heure d'intervention, après reprise mictionnelle)
- ▶ Score de Chung + Bladder scan **Oui**
- ▶ Contrôle médical double avant sortie, bulletin de sortie et remise de CRO : **Oui**
- ▶ Prescription d'examens complémentaires : **ECBU**
- ▶ Prescription de soins : **Oui**
- ▶ Ordonnance antalgiques : **Paracétamol 1gr x 4/j**  
(prescrits en préopératoire)
- ▶ Arrêt de travail : **2 jours**
- ▶ RDV de consultation post opératoire : **4 semaines**
- ▶ Bon de transport : **+/-**
- ▶ Précautions à domicile : **Boisson (apport normal)**
- ▶ Eléments de surveillance à domicile : **Hyperthermie, Douleurs, Saignements**

### *Intervenants*

AS  
Chirurgien  
IDE  
MAR

Domicile

## 2.8. À domicile

► **Appel à J+1 avec check-list post-opératoire ambulatoire :** chirurgien, type d'intervention, recommandations concernant les traitements et les examens, état général, hyperthermie, douleurs, saignements, cicatrice, rdv post-opératoire

► Médecin référent à appeler en cas de problème :

- Le chirurgien du patient doit être contacté en priorité
- Pour tout autre problème, contacter l'interne.
- En dehors des heures ouvrables, contacter le service des Urgences au **01 58 41 27 22**  
ou **01 58 41 27 35**

## *Intervenants*

IDE



SMS



## ACTIVITE MENSUELLE UCA PORT Royal

Mois : JUIN 2018

**Nombre d'actes réalisés au bloc** **445**

**Nombre d'actes réalisés en ambulatoire** **439**

Nombre d'actes en externe 6

### Nombre d'acte réalisé par spécialité

Orthopédie	88	19,8%
Chirurgie urologique	47	10,6%
Chirurgie gynécologique	126	28,3%
Dermatologie	80	18,0%
CPCA	42	9,4%
Chirurgie digestive (global)	62	13,9%
<i>Chirurgie digestive (hors chambre implantable)</i>	42	9,4%
<i>Pose de chambre implantable</i>	14	3,1%
<i>Ablation de chambre implantable</i>	6	1,3%

### Indicateur UCA mensuel

Taux de transformation en HC	5	1,1%
Taux d'annulation ou report	49	11,0%
Taux de rappel téléphonique a J1	196	44,0%
Taux de complication à J1		
Taux de réhospitalisation entre > J1 et ≤ J7		
Taux de réhospitalisation > J7 et ≤ J30		

### Satisfaction patients (memoquest)

Taux de reponse	272	<b>61,1%</b>
☑ Tres Satisfait (sup à 8)	191	42,9%
☑ Satisfait (entre 6 et 8)	70	15,7%
☹ Insatisfait (inf ou égale à 5)	11	2,5%

### Performance Bloc

Nombre de salles	5	
Nombre des spécialités	6	
Nombre d'interventions réalisées	445	
Taux d'interventions non exploitables		
Taux d'interventions non programmées		0,2 %
Taux d'ouverture AP-HP		82,3%
Taux d'utilisation		61,7 %
Taux de débordement		0,7 %
Pourcentage du temps non utilisé		38,3 %
Temps conventionnel AP-HP	1 050,00	
Temps Vacation Offerte	864,00	

**Performance salle 1 (locale - chirurgie digestive et dermatologie)**

---

Nombre d'interventions réalisées	98	
Taux d'interventions non exploitables		
Taux d'interventions non programmées		
Taux d'ouverture AP-HP		81,4%
Taux d'utilisation		39,2%
Taux de débordement		0,0%
Pourcentage du temps non utilisé		60,8%
Temps conventionnel AP-HP	210	
Temps Vacation Offerte	171	

**Performance salle 2 ( Gynécologie)**

---

Nombre d'interventions réalisées	127	
Taux d'interventions non exploitables		
Taux d'interventions non programmées		0,80%
Taux d'ouverture AP-HP		90,0%
Taux d'utilisation		65,6%
Taux de débordement		0,5%
Pourcentage du temps non utilisé		34,4%
Temps conventionnel AP-HP	210	
Temps Vacation Offerte	189	

**Performance salle 3 (plastie / dermatologie)**

---

Nombre d'interventions réalisées	72	
Taux d'interventions non exploitables		
Taux d'interventions non programmées		0,0%
Taux d'ouverture AP-HP		68,6%
Taux d'utilisation		57,0%
Taux de débordement		0,1%
Pourcentage du temps non utilisé		43,0%
Temps conventionnel AP-HP	210	
Temps Vacation Offerte	144	

**Performance salle 4 (Urologie / Chirurgie Digestive)**

---

Nombre d'interventions réalisées	92	
Taux d'interventions non exploitables		0,00%
Taux d'interventions non programmées		
Taux d'ouverture AP-HP		81,40%
Taux d'utilisation		75,30%
Taux de débordement		1,50%
Pourcentage du temps non utilisé		24,70%
Temps conventionnel AP-HP	210	
Temps Vacation Offerte	171	

**Performance salle 5 (orthopédie)**

---

Nombre d'interventions réalisées	86	
Taux d'interventions non exploitables		
Taux d'interventions non programmées		
Taux d'ouverture AP-HP		90,00%
Taux d'utilisation		69,50%
Taux de débordement		1,4
Pourcentage du temps non utilisé		30,50%
Temps conventionnel AP-HP	210	
Temps Vacation Offerte	189	





**UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PORT-ROYAL**

# Passeport Patient

**Unité de Chirurgie Ambulatoire Port-Royal**

**Coordonnateurs médicaux : Pr B. DOUSSET & Dr G. GUERRIER**

📍 **Bâtiment Port-Royal - Rez-de-jardin - Accès ascenseur B**

☎ **Accueil : 01 58 41 30 28**



**HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
PARIS CENTRE**

Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca  
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

**ASSISTANCE  
PUBLIQUE**



**HÔPITAUX  
DE PARIS**

# Avant votre intervention au sein de l'UCA Port-Royal

**Livret de M./M<sup>me</sup>**

**Nature de l'intervention**

**Nom du chirurgien**

**Date prévue de l'intervention**

**Date et lieu de la consultation d'anesthésie**

**Date et lieu de la consultation avec l'infirmière de parcours  
(si besoin : 01 58 41 30 61 ou 30 69)**



**Vous devez réaliser votre pré-admission 2 semaines au moins avant votre intervention :**



- **Soit en ligne sur :**  
<https://mondossier.aphp.fr>
- **Ou par mail :**  
[pre-admission.cch@aphp.fr](mailto:pre-admission.cch@aphp.fr)



- **Soit en vous rendant au :**  
Rez-de-chaussée du bâtiment Port-Royal à l'hôpital Cochin, site Port-Royal, jusqu'à 18h, avec tous les documents demandés



- **Soit par envoi postal :**  
Hôpital Cochin  
Service des admissions – antenne bâtiment Port-Royal  
123 Boulevard de Port-Royal – 75 014 PARIS

**Si votre pré-admission n'est pas faite, vous prenez le risque de ne pas être opéré.**

- À la demande du chirurgien, vous rencontrerez l'anesthésiste en consultation**
- En venant à cette consultation, vous apporterez les documents suivants**
  - Le questionnaire de pré-anesthésie rempli
  - L'ordonnance de vos traitements en cours



## Appel ou SMS à J-2



Un SMS vous sera envoyé 2 jours avant votre intervention pour vous confirmer la date et l'heure de votre RDV. Si l'envoi d'un SMS est impossible, vous recevrez un appel téléphonique.

## Consignes pré-opératoires

### Régime alimentaire

- Prendre **un repas normal** (sans alcool) la veille de l'opération
- **Ne rien manger 6 heures avant** Jusqu'à 2 heures avant, l'eau et les boissons claires sont autorisées en quantité limitée (1 à 2 verres d'eau plate éventuellement avec un sirop, un café ou un thé sucré mais ni lait ni jus de fruits)
- **Ne pas fumer** au moins 2 heures avant l'anesthésie

### État de santé et traitements

- Suivre les consignes qui vous ont été données, et en particulier **l'arrêt ou non de vos traitements**
- Nous signaler, avant votre admission, **tout nouveau problème de santé**

### Dépilation

Si une **dépilation** vous a été prescrite, **veillez à :**

- utiliser une crème dépilatoire hypo-allergénique
- ne pas utiliser de rasoir

### Hygiène corporelle

**Il vous est demandé :**

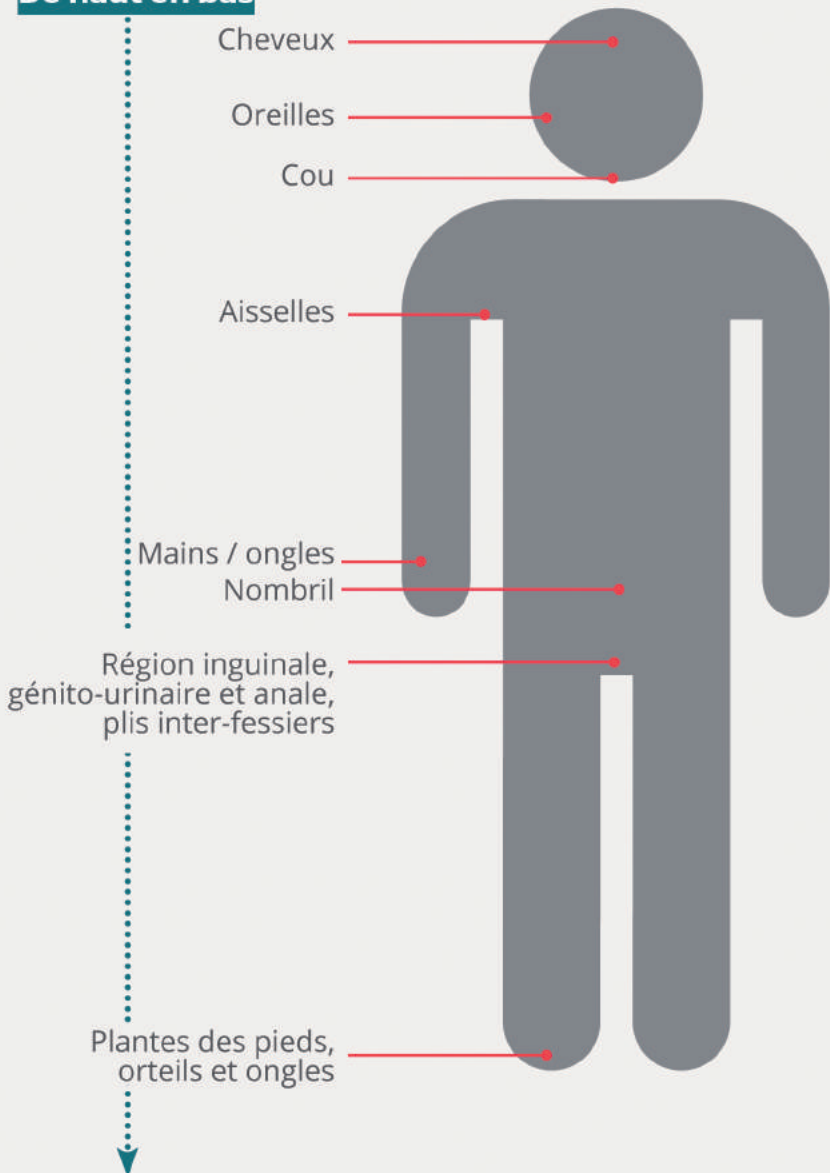
- d'enlever vos bijoux et piercings
- de retirer tout maquillage et vernis à ongles
- de nettoyer et de couper vos ongles de pieds et de mains
- de prendre une douche la veille et le matin de l'intervention en commençant par les cheveux avec le produit prescrit
- de brosser vos dents
- de prévoir des vêtements amples et propres ainsi que des chaussures pratiques et confortables

**Rappel :** Pensez bien à prévenir une personne pour vous raccompagner à votre sortie (obligatoire).



## Comment réaliser votre douche pré-opératoire ?

### De haut en bas



### Douche et shampooing avec le produit prescrit



- Enlevez vos bijoux et curez vos ongles,
- Mouillez-vous le corps et les cheveux,
- Appliquez le produit prescrit,
- Faites mousser,
- Lavez le visage et le cou, insistez derrière les oreilles,
- Insistez sur les aisselles, le nombril, les plis de l'aîne et les pieds,
- Savonnez en dernier la région génitale puis anale,
- Rincez abondamment toujours de haut en bas,
- Séchez-vous avec une serviette propre et mettez des vêtements propres.



# Votre intervention

### Le jour de votre opération, nous vous demandons de :

- Respecter l'heure de votre RDV
- Nous prévenir en cas d'empêchement au 01 58 41 30 28

### Pensez à apporter tous les documents demandés

- La carte d'identité
- La carte vitale, l'attestation de carte vitale, la carte de mutuelle et l'attestation de prise en charge de l'année en cours
- Les examens complémentaires (s'ils vous ont été demandés)
- Vos médicaments personnels (avec leur ordonnance) si demandés

### Rappel :

Nous vous recommandons de ne pas apporter d'objets de valeur et peu d'argent liquide.

### Au sein de l'unité

- vous serez pris en charge par l'équipe soignante et médicale
- à votre arrivée, vous recevrez un bracelet pour vous identifier tout au long de votre parcours
- vous disposerez d'un vestiaire pour ranger vos affaires personnelles
- une fois l'intervention terminée, vous serez pris en charge par le personnel dans la salle de soins post-interventionnels. Vous y resterez le temps nécessaire dans un fauteuil
- vous serez ensuite accompagné dans l'espace lounge où une collation vous sera servie



## Votre sortie

■ Le chirurgien ou l'anesthésiste décidera de l'heure de votre sortie.  
Ce n'est qu'après sa visite que vous pourrez partir accompagné.

■ Avant de quitter le service, une pochette avec l'ensemble des documents médico-administratifs de votre séjour (compte-rendu opératoire et rdv post-opératoire, ordonnances, bon de transport, arrêt de travail) vous sera remise.

■ Si une anesthésie a été pratiquée, vous vous engagez à respecter les consignes suivantes :

• **Ne pas conduire pendant 12h après l'intervention**

La reprise de la conduite automobile tient compte du « handicap » temporaire lié à l'acte.

Pour les patients pratiquant la conduite automobile du groupe lourd (ambulances, poids lourds, taxis,...) ou de machines nécessitant un haut niveau attentionnel (avion, machine agricole...), des troubles de la vigilance peuvent persister encore quelques jours.

- **Ne pas prendre de taxi seul pour rentrer**
- **Prévoir la présence d'un proche** pour vous raccompagner et rester avec vous jusqu'au lendemain (obligatoire)
- **Avoir un téléphone fonctionnel à votre domicile**

### La visite post-opératoire

Selon le type d'intervention, le chirurgien pourra vous proposer une consultation à distance de l'intervention.

Date :

Lieu :

## La 1<sup>ère</sup> nuit

### En cas d'urgence, contactez

- **Digestif : 01 58 41 40 04**
- **Gynécologie : 01 58 41 39 44**
- **Orthopédie : 01 58 41 50 91**
- **Pour les autres spécialités, contactez les Urgences médico-chirurgicales de l'hôpital Cochin au 01 58 41 27 22 ou 35**

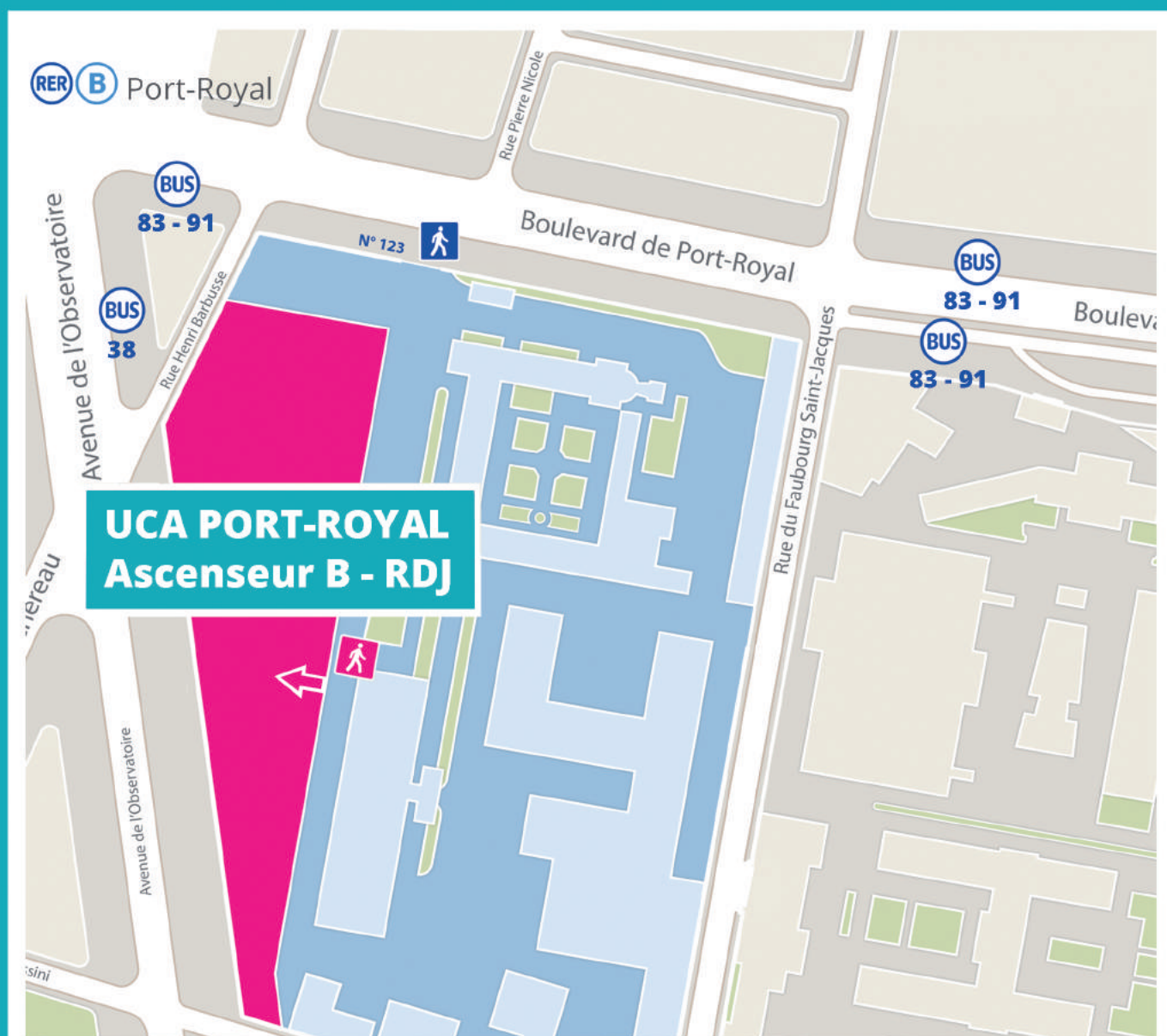
## Le lendemain



Vous recevrez un sms (ou à défaut un appel téléphonique) afin d'évaluer votre état post-opératoire.

Vous commencerez les soins en fonction des recommandations et prescriptions qui vous auront été remises lors de votre sortie.

# Plan d'accès à l'UCA Port-Royal



## TRANSPORTS

- 38** : arrêt Observatoire Port-Royal
- 83-91** : arrêt Port-Royal / Saint-Jacques
- 6** Saint-Jacques
- 4** Denfert-Rochereau
- Port-Royal**

## ENTRÉE PIÉTONS

123 boulevard de Port-Royal - 75014 PARIS

[www.aphp.fr](http://www.aphp.fr)

[www.hopitaux-paris-centre.aphp.fr](http://www.hopitaux-paris-centre.aphp.fr)



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
PARIS CENTRE

Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca  
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

ASSISTANCE  
PUBLIQUE



HÔPITAUX  
DE PARIS



[www.aphp.fr](http://www.aphp.fr)





## DROITS

L'hôpital n'est pas gratuit. Vous devrez régler les frais qui restent à votre charge (partie non prise en charge par la Sécurité Sociale et la mutuelle le cas échéant).

### Si vous êtes assuré(e) social(e)

Numéro de Sécurité Sociale :

À remplir obligatoirement, y compris en cas d'AME ou de CMU

#### ■ Avec mutuelle

Si votre mutuelle a passé un accord avec l'AP-HP, la carte fait office de prise en charge et vous n'avez pas de démarche à faire. Sinon, vous devez demander une prise en charge à celle-ci.

Nom de la mutuelle : .....

Numéro d'adhérent : .....

Adresse : .....

À noter que le bénéfice d'un box individuel sera facturé à votre mutuelle 20€, dans la mesure où cette dernière le prend en charge.

#### ■ Sans mutuelle

Vous payez le ticket modérateur, c'est-à-dire la partie qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie.

### Si vous êtes patient non résident ou n'avez aucune assurance sociale

Adresse à l'étranger : .....

Vous devrez payer la totalité des soins au plus tard 15 jours avant les soins, sur la base d'un devis obligatoirement réalisé par le service des admissions. Une majoration de 30% est appliquée pour les patients non-résidents non assurés

### Personne(s) à prévenir - alertée(s) en cas d'aggravation de votre état de santé

Lien de parenté : .....

Lien de parenté : .....

Nom de naissance : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Tél. : .....

Adresse (si différente du patient) : .....

Adresse (si différente du patient) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e) ..... atteste avoir pris connaissance des éléments relatifs à mon admission.

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

**Nous vous recommandons de ne pas apporter d'objets de valeur et peu d'argent liquide. Vous pouvez toutefois déposer vos objets et votre argent dans les casiers sécurisés prévus à cet effet aux vestiaires de l'UCA Port-Royal. Pensez ensuite à récupérer vos biens.**

CHABOD

Anne-Gaëlle

Octobre 2018

## Filière Directeurs d'hôpital

Promotion 2017 - 2018

# Accélération de l'ambulatoire : peut-on encore optimiser les flux dans un centre multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire ?

### **Résumé :**

Fin 2017, un nouvel objectif national de 70% d'actes en chirurgie ambulatoire d'ici 2022 a été annoncé. Encouragé depuis plusieurs années par les pouvoirs publics pour des raisons médicales et économiques, le recours à l'ambulatoire est par conséquent appelé à encore s'intensifier. L'accélération de la prise en charge ambulatoire représente des enjeux financiers et organisationnels importants. L'analyse des parcours des patients en centres spécialisés pluridisciplinaires, telles que l'Unité de Chirurgie Ambulatoire de Port Royal aux Hôpitaux Universitaires Paris Centre, favorise la réflexion concernant l'optimisation des flux en chirurgie ambulatoire.

Alors même que ces centres sont conçus sur une réflexion globale d'amélioration des flux pour ces types de prise en charge par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, comment peut-on encore optimiser ceux-ci au bénéfice du patient et dans l'intérêt de la structure ? Quelles sont les transformations à envisager à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital afin de favoriser l'accélération de la bascule ambulatoire ?

Si des améliorations logistiques et informationnelles sont encore réalisables au sein même des UCA, c'est en amont et en aval que se situent les principaux leviers qui faciliteraient une intensification des prises en charge en ambulatoire.

### **Mots clés :**

Chirurgie ambulatoire, unité de chirurgie ambulatoire, parcours patient, blocs opératoires, flux, efficience, indicateurs, lien ville-hôpital.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*