

Ecole Nationale de la Santé Publique

Filière INFIRMIERS GENERAUX

Promotion 1999

**L'ORGANISATION DES SOINS EN HOSPITALISATION DE JOUR :
QUELLES CONTRAINTES POUR QUELS ENJEUX ?**

DEFACHELLE Christian

SOMMAIRE

Introduction	p. 1
1^{IERE} PARTIE – CONTEXTE GENERAL	p. 4
1 - A La situation hospitalière actuelle	p. 4
1 – A – 1 - L'hôpital et le contexte socio-économique	p. 5
1 – A – 2 - Les différents types de séjours hospitaliers	p. 6
1 – A – 3 - Définitions	p. 7
1 – A – 4 - Evolution et situation des capacités par modes d'hospitalisation en France	p. 10
1 – A – 5 - Prise en compte par la législation française des alternatives à l'hospitalisation	p. 15
1 - B Les évolutions	p. 17
1 – B – 1 – Les attentes des patients	p. 17
1 – B – 2 – Les évolutions médicales et technologiques	p. 19
1 – B – 3 – Les limites de l'hospitalisation conventionnelle	p. 20
1 - C Les enjeux de la programmation de l'activité	p. 21
1 – C – 1 – L'amélioration de la qualité de l'accueil, de la prise en charge des patients et des soins	p. 21
1 – C - 2 – L'amélioration des conditions de vie au travail	p. 23
1 – C – 3 – L'optimisation des ressources	p. 23
2^{EME} PARTIE – ORGANISATION DES SOINS	p. 26
2 - A Les aspects théoriques de l'organisation	p. 27
2 - A – 1 - L'organisation du travail	p. 27
2 - A – 1 – 1 - Le mouvement pour l'organisation scientifique du travail (O.S.T.)	p. 27
2 - A – 1 - 2 – Le mouvement des relations humaines	p. 28
2 - A – 1 - 3 – L'analyse stratégique	p. 29
2 - A – 2 - L'organisation des soins à l'hôpital	p. 30
2 - A – 2 – 1 – L'influence taylorienne : (les soins en série ?)	p. 30
2 - A – 2 – 2 – Les relations humaines : (la prise en charge globale du patient ?)	p. 31
2 - A – 2 – 3 – L'analyse stratégique : (le travail en équipe ?)	p. 32

2 - B	Les contraintes d'organisation en hôpital de jour	p. 33
2 - B - 1	– La programmation des patients	p. 34
2 - B - 2	– La mise en place d'un système d'informations adapté	p. 35
2 - B - 3	– La programmation de l'activité	p. 36
2 - B - 4	– La gestion des ressources humaines en fonction de l'activité programmée	p. 37
2 - B - 5	– L'organisation du recours aux prestataires externes à l'unité	p. 37
2 - C	Les limites de la prise en charge en hôpital de jour	p. 38
2 - C - 1	– Le type d'activité ?	p. 38
2 - C - 2	– La pathologie ?	p. 39
2 - C - 3	– Les personnes soignées et leur environnement ?	p. 40
3^{EME}	PARTIE – PROBLEMATIQUE	p. 41
3 - A	Le constat	p. 41
3 - B	La problématique	p. 41
3 - C	L'hypothèse	p. 43
3 - D	Les limites du champ de l'étude	p. 44
4^{EME}	PARTIE – ÉTUDE SUR LE TERRAIN	p. 45
4 - A	La présentation de l'institution	p. 45
4 - A - 1	– Les caractéristiques de l'institution	p. 45
4 - A - 2	– Les données chiffrées et évolution	p. 47
4 - A - 2 - 1	– L'évolution du programme capacitaire	p. 47
4 - A - 2 - 2	– L'évolution de la durée moyenne de séjour	p. 48
4 - A - 2 - 3	– L'évolution de l'activité	p. 48
4 - B	Les modalités de l'enquête réalisée	p. 50
4 - B - 1	– Les objectifs	p. 50
4 - B - 2	– Le choix des services concernés par l'étude	p. 50
4 - B - 3	– La méthodologie utilisée	p. 51

4 - B - 4 – La grille d'entretien	p. 52
4 - C Les résultats de l'enquête	p. 52
4 - C – 1 – La typologie des services étudiés	p. 53
4 - C – 1 – 1 – Les hôpitaux de jour autonomes	p. 53
4 - C – 1 – 2 – Les unités d'hospitalisation mixte	p. 54
4 - C – 2 – Les caractéristiques organisationnelles	p. 56
4 - C – 2 – 1 – La programmation de l'admission des patients	p. 56
4 - C – 2 – 2 – La circulation de l'information	p. 56
4 - C – 2 – 3 – La programmation de l'activité	p. 57
4 - C – 2 – 4 – La mise en adéquation des ressources humaines	p. 57
4 - C – 2 – 5 – Le recours aux prestataires externes	p. 58
4 - C – 3 – Les réflexions et les difficultés rencontrées dans les services	p. 58
4 - C – 4 – Les commentaires	p. 61
5^{EME} PARTIE – ANALYSE ET PLAN D'ACTION	p. 62
5 - A La conclusion des résultats de l'enquête	p. 62
5 - B Les propositions	p. 63
5 - C Le rôle de l'infirmier général dans l'application de ces propositions	p. 67
<u>Conclusion</u>	P. 70
<u>Bibliographie</u>	
<u>Annexes</u>	

INTRODUCTION

Le monde de la santé est en constante évolution. La recherche médicale fait chaque année de nouvelles avancées et les technologies médicales et biomédicales se développent pour permettre, aujourd'hui, de réaliser des soins de plus en plus performants, dans de meilleures conditions d'efficacité et de sécurité.

De leur côté, les patients sont de mieux en mieux informés grâce à une médiatisation forte de toute l'actualité touchant au domaine de la santé. Ils expriment en conséquence leur volonté de bénéficier des dernières innovations.

Cette situation d'offres et de demandes sans cesse renouvelées et confrontées a conduit à une augmentation rapide des dépenses de santé dont le seuil a atteint un niveau critique, incompatible avec les possibilités de financement de la collectivité.

Depuis de nombreuses années maintenant, les déficits s'accumulent et les mesures gouvernementales visant à enrayer l'augmentation des dépenses de santé se succèdent sans jamais parvenir à atteindre l'équilibre souhaité.

Dans ce contexte, l'hôpital est régulièrement et systématiquement mis en cause pour les dépenses qu'il engendre et pour le niveau de qualité de la prise en charge de ses patients.

Pourtant, l'hôpital, confronté à des situations de plus en plus difficiles et à une réglementation de plus en plus précise et exigeante, est lui aussi, depuis de nombreuses années, en pleine évolution.

Les professionnels qui le composent, qu'ils soient médicaux, soignants ou administratifs, s'investissent dans des projets de restructuration de leurs activités qui les amènent à préciser leurs missions et à redéfinir leurs stratégies et leurs organisations afin de mieux répondre aux besoins réels de la population tout en améliorant leurs performances économiques.

Ces nombreux projets de restructuration, parfois fortement médiatisés lorsqu'ils ont des conséquences directes sur l'offre de soins ou l'emploi dans une ville donnée, se traduisent par la construction de nouveaux établissements ou par la transformation d'établissements existants.

Hors, si la partie la plus visible de ces restructurations concerne l'évolution architecturale et le niveau d'équipement des établissements, il n'en demeure pas moins qu'elles entraînent également une évolution des modes de prise en charge des patients et de l'organisation fonctionnelle des activités.

En tant que cadre infirmier détaché auprès du département « Schéma Directeur Général » d'un centre hospitalier universitaire, nous avons participé activement aux études préalables, à l'élaboration et à la mise en œuvre de différents projets de cette institution.

Dans cette fonction, nous définissions avec les futurs utilisateurs les locaux nécessaires et leur organisation fonctionnelle. Nous intégrions ainsi les contraintes correspondantes dans la rédaction des programmes techniques destinés aux architectes et aux bureaux d'études techniques, dans le cadre de concours d'architecture.

Nous en analysions ensuite la prise en compte effective dans les projets architecturaux proposés.

Dans ces différents projets, nous avons ainsi mis en avant la nécessité de faire évoluer les modes de prise en charge des patients et de développer, en particulier, les structures d'hospitalisation programmée de durée déterminée (hôpitaux de jour et de semaine).

Ce développement devait permettre de répondre aux objectifs annoncés d'amélioration de la qualité des soins, d'amélioration des conditions de vie au travail des personnels et d'optimisation des ressources humaines.

Or, l'atteinte de ces objectifs dépend également, et même principalement, de l'organisation de l'activité et de l'organisation des soins qui sont effectivement mises en œuvre dans ces structures.

En tant qu'infirmier général, nous avons souhaité, aujourd'hui, poursuivre et compléter nos réflexions sur ce thème en nous attachant à analyser, au cours de ce travail, les contraintes organisationnelles de ce mode de prise en charge et les difficultés de leur prise en compte.

Nous étudierons plus particulièrement l'hospitalisation de jour en y intégrant la médecine ainsi que la chirurgie avec son activité dite « ambulatoire ».

Nous ne développerons pas les problématiques liées aux procédures de planification ou d'autorisation, mais nous limiterons au domaine de l'organisation du travail et des soins en hospitalisation de jour en signalant et en précisant, le cas échéant, les éventuelles spécificités liées à la chirurgie ambulatoire.

Nous chercherons ainsi à définir pourquoi, en réponse à une activité similaire, l'hospitalisation de jour est aujourd'hui réalisée, parfois dans des structures parfaitement autonomes et, d'autres fois, dans des structures mixtes regroupant plusieurs modes de prise en charge. Nous envisagerons le rôle primordial joué par l'organisation au sein de ces différentes structures de soins.

Dans une première partie, nous décrirons la situation hospitalière actuelle au travers de l'évolution des différents modes de prise en charge des patients et des enjeux que peut représenter le développement de la programmation de l'activité.

Dans une deuxième partie, nous ferons un point théorique sur l'évolution de l'organisation du travail, en général et dans le domaine des soins infirmiers. Nous compléterons cette approche en détaillant les contraintes organisationnelles et les limites de la prise en charge des patients en hospitalisation de jour.

Nous détaillerons ensuite le constat et la problématique auxquels nous amènent ces deux premières parties.

Nous émettrons alors notre hypothèse et préciserons les limites du champ de notre étude sur le terrain.

Nous présenterons, dans une quatrième partie, notre enquête de terrain en précisant les caractéristiques principales de l'institution au sein de laquelle nous l'avons menée, les modalités de réalisation et les résultats obtenus.

Enfin nous aborderons, dans une dernière partie, les propositions que nous émettons en réponse à l'analyse des résultats de l'enquête et le rôle particulier que doit jouer l'infirmier général dans la mise en œuvre de ces propositions.

1^{IERE} PARTIE – CONTEXTE GENERAL

Dans cette première partie, nous aborderons la situation actuelle de l'hôpital au regard de l'évolution des modes de prise en charge des patients et des capacités hospitalières correspondantes.

Nous analyserons les facteurs d'évolution ayant favorisé le développement de l'activité programmée à l'hôpital, ainsi que les enjeux que représente ce développement.

1 - A La situation hospitalière actuelle

« Notre système hospitalier a connu depuis plusieurs décennies de profondes transformations. Les besoins et les attentes de la population ont crû très vite ; les techniques, les modes de prise en charge des patients et les pathologies ont évolué. Les hôpitaux ont vu leurs activités se développer et se diversifier rapidement.

Grâce à la compétence et au dévouement de tous les personnels au service des patients, ceux-ci ont pu bénéficier des meilleurs traitements, dans des hôpitaux qui ont su rester accessibles à tous et prendre en charge de nouveaux besoins.

Il faut préserver cet acquis essentiel et permettre à notre système hospitalier de faire de nouveaux progrès. Tel est l'objectif de la présente ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. ... »¹

Ces quelques phrases d'introduction du rapport remis au Président de la République en avril 1996 résument bien la situation actuelle de l'hôpital en France.

Entamé après la seconde guerre mondiale, le processus de construction et d'augmentation constante du nombre de lits hospitaliers s'est poursuivi au cours des années 1970.

Ce n'est que suite à la crise économique intervenue à la fin des années 1970 et à ses conséquences sur l'économie nationale que la tendance s'est inversée dans la seconde moitié des années 1980.

Avec une capacité hospitalière réputée globalement excédentaire face aux besoins réels, l'objectif vise dorénavant la suppression et la transformation des lits.

Aujourd'hui, en France, la planification en matière de santé s'efforce de prendre en compte la satisfaction optimale des besoins de la population et la nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

Nous envisagerons successivement l'évolution de l'hôpital en fonction du contexte socio-

¹ Extrait du Rapport au président de la République relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée – Journal Officiel du 25 avril 1996 pp. 6320-6324.

économique et les effets de cette évolution sur les modes de prise en charge des patients. Nous compléterons ensuite ces descriptions par quelques définitions, quelques données statistiques et un aperçu de la réglementation en vigueur concernant les modalités de création et de fonctionnement des unités d'hospitalisation de jour.

1 – A – 1 - L'hôpital et le contexte socio-économique

Après une période d'augmentation quantitative des capacités hospitalières et des dépenses de santé pendant les « 30 glorieuses », la crise économique et les contraintes budgétaires qui lui ont succédé ont mis en évidence la nécessité incontournable de rationaliser l'hôpital.

Les premières mesures prises pour enrayer l'augmentation constante des dépenses hospitalières (taux directeur en 1979, budget global en 1983) n'ont pas permis d'obtenir les résultats escomptés. Ce constat d'échec a conduit à la mise en œuvre de la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 qui visait, entre autres, à accroître l'autonomie des établissements et à développer les responsabilités des acteurs du système hospitalier².

L'objectif de rationalisation de l'offre de soins s'est décliné en plusieurs actions.

A la volonté de suppression massive de lits ont été associés des projets de reconversion et/ou de réorganisation des activités de l'hôpital.

Selon une enquête³ dressant le bilan des restructurations entre 1994 et le 30 juin 1997, celles-ci se seraient soldées par la suppression de 10700 lits et la reconversion ou le regroupement de 340 hôpitaux et cliniques. En 1998, un rapport du ministère de l'Emploi et de la Solidarité annonçait qu'il restait 34000 lits à supprimer dans les hôpitaux français.

En terme de fonctionnement, l'évolution des établissements s'est amorcée en deux temps.

Tout d'abord elle a visé les gains de productivité en réorganisant les services fonctionnels et logistiques, tels que les cuisines et les blanchisseries qui ont progressivement atteint des niveaux de production quasi industriels. Les redéploiements de postes ainsi dégagés ont permis à l'hôpital de se recentrer prioritairement sur ses missions de soins.

Ensuite, elle a visé l'optimisation des ressources en réorganisant, cette fois, les activités médicales, les plateaux médicotechniques et les services de soins.

Cette réorganisation est toujours en cours de réalisation. Elle se traduit par l'analyse stratégique des activités médicales et les choix qui en résultent, par le regroupement

² Extrait de l'exposé des motifs de la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

³ Le Moniteur Hospitalier n° 109, octobre 1998, p. 7.

géographique et la mise en commun des plateaux médicotechniques, ainsi que par la réorganisation des hébergements qui cherche à regrouper les patients plus par modes de prise en charge que par disciplines médicales uniquement.

Ces modes de prise en charge sont déterminés par différents types de séjours hospitaliers.

1 – A – 2 - Les différents types de séjours hospitaliers

Il existe aujourd'hui à l'hôpital plusieurs formes d'hospitalisation en fonction du mode d'entrée et/ou de l'activité réalisée.

Nous distinguerons ainsi trois catégories principales :

- les entrées en urgence et les hospitalisations non prévues,
- les hospitalisations prévues dont la durée et/ou l'activité ne sont pas connus,
- les hospitalisations prévues dont la durée et l'activité sont parfaitement connus.

Grâce à l'évolution des technologies, des connaissances médicales et des traitements, cette dernière catégorie se développe de plus en plus, au point que l'on réalise aujourd'hui des unités d'hospitalisation dédiées à ce seul mode de prise en charge des patients.

Ces unités, dites d'hospitalisation programmée de durée déterminée, sont les hôpitaux de semaine, les hôpitaux de jour et les unités de chirurgie ambulatoire.

Ces unités peuvent être utilisées aussi bien pour réaliser une activité de diagnostic, de suivi d'évolution d'une pathologie, de traitement ou d'éducation des patients.

Elles nécessitent uniquement de connaître à l'avance, pour un patient donné, la nature de l'activité à réaliser et d'en maîtriser les temps de réalisation et la programmation, ce qui permet ainsi de déterminer et de garantir à l'avance le temps précis de l'hospitalisation.

Le développement de ces unités traduit l'identification et la reconnaissance actuelle d'une activité programmée de durée déterminée qui, en quantité moindre, a cependant toujours existé à l'hôpital.

Nous assistons ainsi progressivement à une nouvelle répartition de l'activité en fonction des modes de prise en charge des patients.

L'objectif n'est pas de chercher à remplacer l'hospitalisation conventionnelle qui devra toujours exister pour répondre aux missions de l'hôpital et qui représente d'autres impératifs organisationnels, mais de structurer au mieux un mode de prise en charge particulier pour

répondre aux attentes des personnes hospitalisées et optimiser les ressources de l'institution.

Cette optimisation permet également aux services d'urgence et aux unités d'hospitalisation conventionnelle d'améliorer la qualité de leurs prises en charge grâce à un redéploiement des moyens et aux bénéfices fonctionnels attendus de la réorganisation globale des établissements.

1 – A – 3 - Définitions

Afin de préciser la nature exacte et les objectifs propres de chaque type d'unité d'hospitalisation, nous avons recherché différentes définitions disponibles en fonction des approches professionnelle, encyclopédique, médicale et réglementaire.

Si nous nous référons aux définitions données usuellement par les professionnels, nous pouvons avancer que :

- les unités d'hospitalisation conventionnelle sont celles qui sont ouvertes en permanence et accueillent les patients admis en urgence et/ou dont la durée du séjour n'est pas maîtrisée,
- les unités dites d'hospitalisation programmée de durée déterminée (HPDD) rassemblent trois types d'unités : les unités d'hospitalisation de semaine, les unités d'hospitalisation de jour et les unités de chirurgie ambulatoire,
- les unités d'hospitalisation de semaine sont celles qui ne sont ouvertes que du lundi matin au vendredi soir,
- les unités d'hospitalisation de jour et les unités de chirurgie ambulatoire sont celles qui ne sont ouvertes que pendant la journée.

Nous pouvons compléter ces définitions par des références encyclopédiques.

Le « Petit Larousse »⁴ nous donne ainsi les définitions suivantes :

Hospitalisation « *admission et séjour dans un établissement hospitalier* »

Hôpital de jour « *service hospitalier où les malades ne sont pris en traitement que pendant la journée et retournent passer la nuit à leur domicile* »

Ambulatoire « se dit d'un acte médical ou chirurgical qui n'interrompt pas les activités habituelles du malade, ou qui ne nécessite pas d'hospitalisation prolongée »

Programmer « établir à l'avance une suite d'opérations, les phases d'un projet, etc. »

Ces définitions nous apportent déjà quelques notions complémentaires telles que :

- l'admission qui exclue ainsi toute activité pouvant être réalisée en consultation ou en soins externes,
- la référence à l'activité habituelle du malade, qui n'est pas interrompue par l'ambulatoire, et qui nous rappelle que tout séjour à l'hôpital dépasse le strict cadre de ce dernier et s'inscrit plus largement dans le déroulement global de la vie personnelle, familiale et professionnelle des patients.

Nous pouvons encore compléter ces définitions par des références médicales.

Le « Garnier Delamare »⁵ nous précise alors :

Hospitalisation de jour « organisation selon laquelle le patient vient à l'hôpital le matin et rentre chez lui le soir. Au cours de cette journée est entrepris un ensemble coordonné d'investigations ou de traitements. C'est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, pouvant convenir à certaines situations précises telles que l'inventaire de l'hypertension artérielle, l'hémodialyse, la chimiothérapie des tumeurs, la chirurgie ambulatoire. »

Chirurgie ambulatoire « acte chirurgical suivi du retour au domicile dans la même journée, sans que l'opéré passe la nuit au centre hospitalier »

Ces nouvelles définitions apportent des notions complémentaires importantes telles que :

- l'organisation,
- la coordination d'un ensemble d'investigations ou de traitements,
- l'acte chirurgical (en chirurgie ambulatoire).

⁴ Dictionnaire encyclopédique LE PETIT LAROUSSE – Paris - édition 1998.

⁵ Le Garnier Delamare, Dictionnaire des termes de médecine – 25^{ième} édition – Maloine, Paris, 1998.

Dans ce dernier cas, la conférence de consensus sur la chirurgie ambulatoire⁶ a également donné la définition suivante :

« par « chirurgie sans hospitalisation », plus communément appelée « chirurgie de jour » ou « chirurgie ambulatoire », on entend les actes chirurgicaux et/ou d'explorations, programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission. »

Cette définition ajoute encore les notions de :

- recours à un bloc opératoire pour effectuer l'acte chirurgical,
- réalisation d'une anesthésie pour le patient,
- risque encouru et de sécurité du patient.

Toutes ces définitions peuvent enfin être complétées par la prise en compte des textes réglementaires en vigueur.

En effet, le décret sur les alternatives à l'hospitalisation⁷ donne les définitions suivantes :

« Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. »

« Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. »

Ces deux dernières définitions n'amènent pas de notion nouvelle mais confirment et officialisent celles déjà énoncées dans les définitions précédentes.

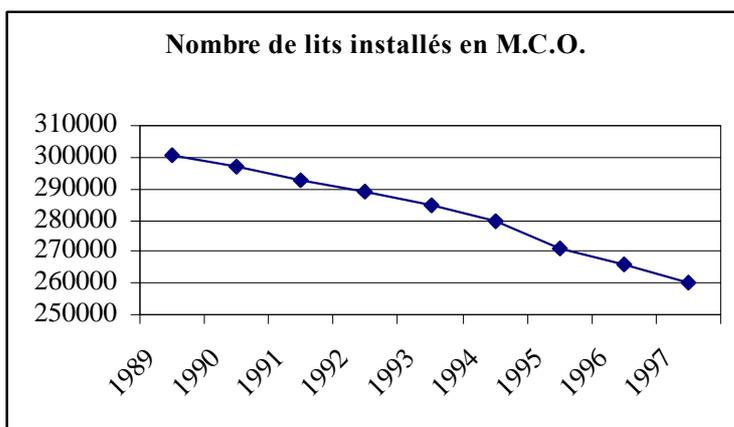
⁶ La conférence de consensus sur la chirurgie sans hospitalisation, organisée par la Fondation de l'avenir pour la recherche médicale, s'est déroulée en mars 1993 à Paris.

⁷ Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L 712-2 du code de la santé publique.

1 – A – 4 - Evolution et situation des capacités par modes d'hospitalisation en France⁸

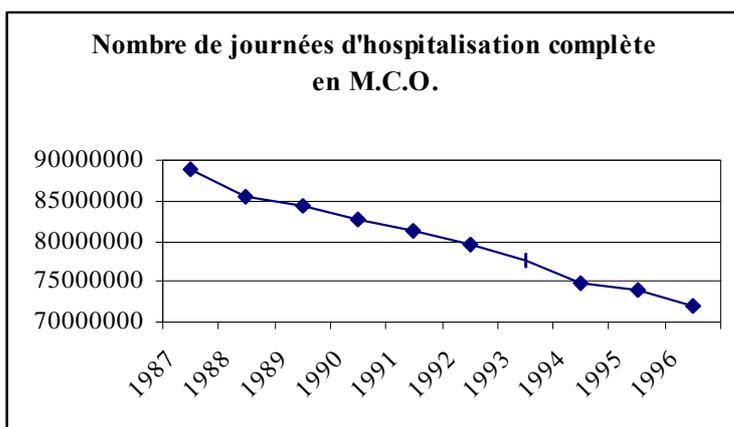
Afin de visualiser les modifications intervenues au sein des différents modes de prise en charge durant ces dernières années, nous présenterons ici quelques graphiques reprenant les données au niveau national, en faisant une distinction entre les secteurs public et privé en ce qui concerne les alternatives à l'hospitalisation.

Hospitalisation complète – Nombre de lits installés



Nous constatons entre 1989 et 1997 une diminution progressive du nombre de lits installés en Médecine-Chirurgie-Obstétrique, qui passe de 300613 à 260276, soit -13,42 %.

Hospitalisation complète – Nombre de journées réalisées



La diminution du nombre de lits s'est accompagnée d'une diminution du nombre de journées d'hospitalisation qui est passé de 88943000 en 1987 à 72081586 en 1996, soit une diminution de -18,96 %.

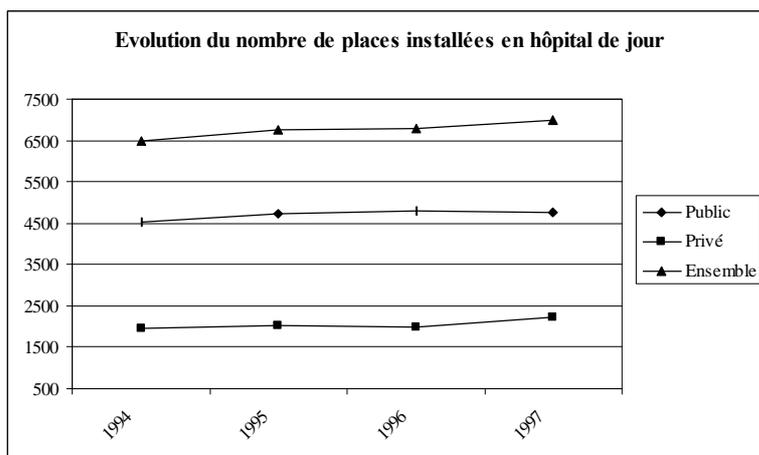
⁸ Graphiques établis à partir d'une consolidation des données disponibles dans les annuaires statistiques du S.E.S.I. éditions 1993-1994 à 1998 & de données fournies par la D.R.E.E.S. Un tableau récapitulatif des données utilisées est fourni en annexe 1.

Ces chiffres correspondent à l'ensemble des hospitalisations complètes et incluent donc le développement des hospitalisations de semaine pour lesquelles des statistiques nationales ne sont pas disponibles.

La diminution des hospitalisations conventionnelles est donc plus importante qu'elle n'apparaît sur ces 2 graphiques.

En contre partie des diminutions en hospitalisation complète, l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire⁹ se sont développés.

Hospitalisation de jour – Nombre de places installées

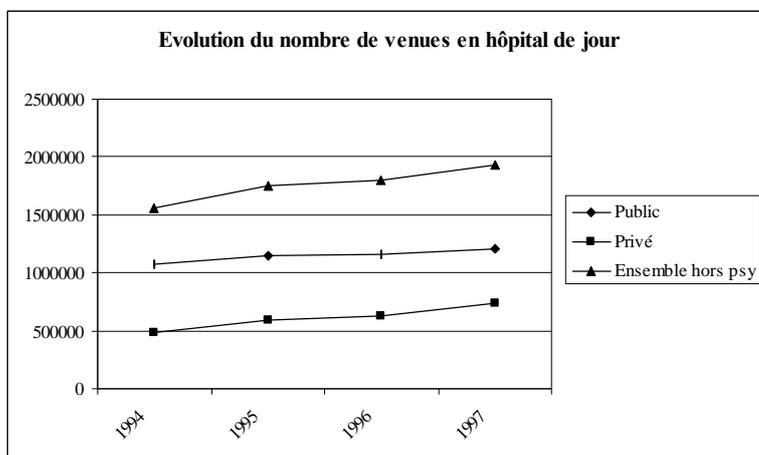


Les données disponibles sur le nombre de places installées en court séjour sont plus difficilement interprétables car les chiffres ont subi les régularisations consécutives à la parution des décrets d'octobre 1992 et à la séparation de la chirurgie ambulatoire.

Nous notons cependant une tendance à la hausse du nombre total des places qui est passé de 6472 en 1994 à 6804 en 1997, ce qui représente une augmentation de +8,20 %.

Cette augmentation a été plus forte dans le privé (+14,62 %) que dans le public (+5,45 %).

Hospitalisation de jour – Nombre de séances réalisées

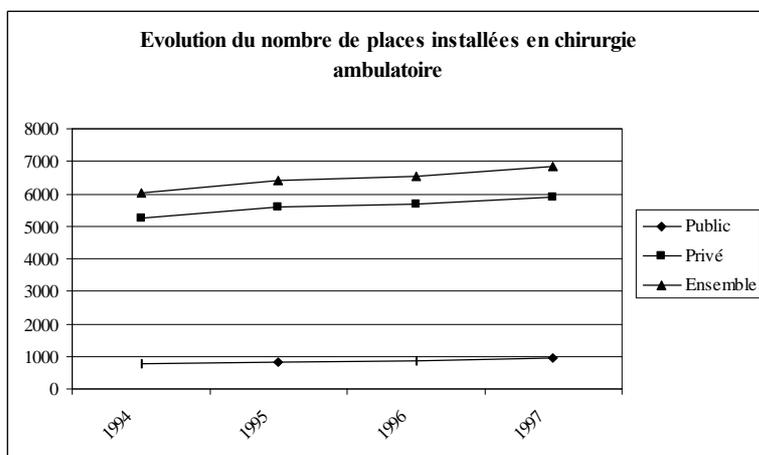


Le nombre de séances réalisées en court séjour a fortement progressé et est passé de

1554550 en 1994 à 1935022 en 1997, soit +24,47 % en 3 ans.

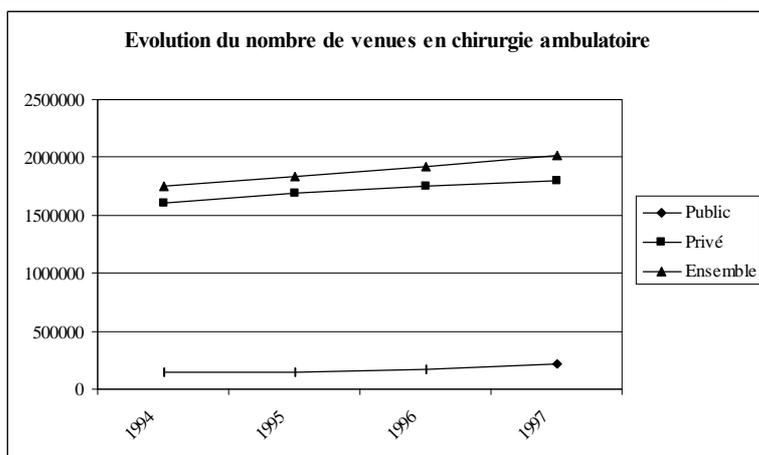
Cette augmentation a été plus forte dans le privé (+52,97 %) que dans le public (+11,79 %).

Chirurgie ambulatoire – Nombre de places installées



Les statistiques concernant le nombre de places installées en chirurgie et en anesthésie ambulatoire démontrent aisément le décalage existant entre le secteur public et le privé.

Chirurgie ambulatoire – Nombre de séances réalisées



Bien que le secteur public ne représente qu'une petite partie de l'activité de chirurgie ambulatoire, nous constatons un développement important puisque le nombre de séances passe de 148807 en 1994 à 218053 en 1997, soit une augmentation de +46,53 % en 3 ans.

En ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, il est surtout à noter que la France accuse un retard en comparaison du développement existant dans d'autres pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

Dans son « Guide de l'ambulatoire »¹⁰, Michel SERAQUI nous précise ainsi qu'aux Etats-Unis et au Canada, la proportion d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire est

⁹ Par chirurgie ambulatoire, nous entendons l'activité relevant de la chirurgie et de l'anesthésie ambulatoire.

¹⁰ SERAQUI Michel, "Guide de l'ambulatoire", Rennes, éditions E.N.S.P., 1998.

respectivement de 54 et 60%.

En Europe, elle varie selon les pays de 15 à 50%, avec par exemple 25% en Belgique et 30% en Grande-Bretagne et en Finlande.

Dans une interview datant de juin 1999¹¹, le Dr SALES avance même des taux supérieurs à 60% pour le Royaume-Uni et le Danemark.

En France, l'anesthésie ambulatoire représente globalement 27% des actes¹²; ce chiffre variant de 45% pour l'endoscopie à seulement 10 à 15% pour la chirurgie.

Ce développement de la chirurgie ambulatoire a, par ailleurs, surtout concerné le secteur privé lucratif qui, en 1998, rassemble plus de 75% des places autorisées.

Il ne fait que démarrer dans les centres hospitaliers publics, et en particulier dans les centres hospitaliers universitaires qui ne rassemblent que 5,84% des places autorisées.

Lors de la conférence de consensus sur la chirurgie sans hospitalisation, les principales raisons avancées pour expliquer ce retard étaient :

- la méfiance d'une partie du public préférant une hospitalisation conventionnelle présentant à ses yeux plus de sécurité,
- la réticence de certains médecins traitants ne se sentant pas suffisamment formés ou craignant des responsabilités trop lourdes,
- la réticence de beaucoup de chirurgiens et d'anesthésistes redoutant les éventuelles conséquences médico-légales du retour rapide du patient à son domicile
- la spécificité des locaux et des circuits nécessaires en chirurgie ambulatoire imposant des modifications architecturales complexes et coûteuses.

Pour l'hôpital public, plusieurs facteurs se révèlent également peu incitatifs.

Ainsi, dans la mesure où les Agences Régionales d'Hospitalisation se basent sur le nombre de points ISA¹³ réalisés pour allouer leur budget aux hôpitaux, et que la chirurgie ambulatoire génère un nombre de points ISA inférieur à celui de la chirurgie traditionnelle, les établissements hésitent à se lancer dans le développement de l'ambulatoire.

¹¹ interview du Dr Jean-Patrick SALES, président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, techniques hospitalières, juin 1999, n° 637, p. 72.

¹² Source : enquête 3 jours I.N.S.E.R.M. 1996 – Société Française d'Anesthésie et Réanimation.

¹³ ISA : indice de synthèse d'activité.

C'est pourquoi, des réflexions sont en cours à la Direction des hôpitaux pour trouver une procédure de compensation de la baisse de points ISA.

D'autre part¹⁴, les structures de chirurgie ambulatoire, s'inscrivant dans une logique de planification sanitaire, sont soumises à autorisation. La création de places peut ainsi n'être autorisée qu'en échange d'une réduction des lits de conventionnel (2 à 2,25 lits par place selon le degré d'excédent de la carte sanitaire). Ce mécanisme de taux de change est fortement critiqué car il pénalise les établissements dynamiques qui utilisent au mieux leur capacité d'hospitalisation et sont dans l'impossibilité de fermer des lits.

Les normes techniques de fonctionnement, imposées par les décrets d'octobre 1992, sont souvent jugées impossibles à mettre en œuvre pour des structures de moins de cinq places.

L'hôpital public se montre souvent résistant à l'organisation pluridisciplinaire indispensable à la chirurgie ambulatoire. Pourtant une enquête nationale¹⁵ réalisée par l'A.F.C.A.¹⁶ auprès des établissements publics a montré que 80 % des professionnels étaient favorables à son développement mais dénonçaient les difficultés suivantes :

- manque de moyens financiers et en personnel,
- difficultés d'organisation,
- absence d'incitation des pouvoirs publics,
- insuffisance d'information et de formation sur le concept d'ambulatoire,
- difficulté de collaboration avec le secteur libéral.

Cette même enquête révélait que si tous les projets aboutissaient, 1500 places de chirurgie ambulatoire pourraient être créées dans le secteur public, entraînant le transfert d'environ 500000 interventions de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire.

En 1998, la chirurgie ambulatoire a été promue au rang de priorité par les institutionnels¹⁷ et de nombreux groupes de travail voient le jour au sein des différentes régions. Initialisés par les Agences Régionales d'Hospitalisation (A.R.H.), ils s'inscrivent dans le cadre de l'évolution des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.).

¹⁴ Gestions hospitalières, mai 1998, p. 354.

¹⁵ Décision santé n° 138, décembre 1998, p. 30.

¹⁶ AFCA : association française de chirurgie ambulatoire.

¹⁷ Circulaire du 16 décembre 1997, relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

1 – A – 5 - Prise en compte par la législation française des alternatives à l'hospitalisation

Depuis 1991, plusieurs textes législatifs et réglementaires sont parus. Ils reconnaissent ainsi l'importance que représente le développement de l'activité ambulatoire et en précisent les conditions de réalisation.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991¹⁸ précise que :

« - Art L 711-2 : Les établissements de santé, publics et privés, ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement :

- a) des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie*
- b) (...) »*

Les décrets d'application¹⁹ ont été publiés en octobre 1992. Ils précisent :

« Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ... ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations Elles comprennent :

- a) les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit ;*
- b) les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ;*
- c) (...) »*

Le décret n° 92-1100 fait obligation de fermer des lits d'hospitalisation conventionnelle pour pouvoir créer des places d'hospitalisation de jour.

Le décret n° 92-1101 donne des définitions précises des unités concernées et indique comment déterminer le nombre de places en fonction de l'activité (par rapport à un nombre maximal annuel de patients).

Le décret n° 92-1102 détaille quant à lui les conditions techniques de fonctionnement de ces unités et précise en particulier :

"Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel"

¹⁸ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

¹⁹ Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992, portant application de l'article L. 712-10 du code de la santé publique.

Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992, relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

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 en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code.

La mise en œuvre de cette réglementation n'est pas sans poser des difficultés pratiques aux établissements.

En effet, ainsi que nous l'avons déjà décrit, une grande partie de l'activité relevant d'une hospitalisation de jour était initialement réalisée au sein des unités d'hospitalisation conventionnelle. Parfois, des lits pouvaient être réservés à cette activité mais il était rare qu'une équipe soignante lui soit exclusivement affectée.

La procédure de déclaration et de mise en conformité des services avec les décrets a amené les établissements hospitaliers à analyser la nature réelle de leur activité ambulatoire et à en préciser les volumes exacts et les modalités pratiques de réalisation.

Au-delà de l'identification de cette activité s'est posé le problème des structures dans lesquelles elle était réalisée et des conséquences matérielles et organisationnelles de la création d'unités autonomes d'hospitalisation de jour.

En effet, certains services réalisaient un nombre de séances trop faible pour justifier d'une unité propre et ne pouvaient pas détacher des ressources humaines pour cette seule activité.

Cette pratique d'une activité ambulatoire disséminée au sein de différentes unités de conventionnel entraînait la dispersion des patients relevant d'un même mode de prise en charge et rendait difficile le redéploiement de ressources humaines.

S'est alors posée la question de l'opportunité de regrouper plusieurs disciplines médicales au sein d'une même unité. Ce partage de moyens matériels posait alors le problème de l'organisation médicale et paramédicale des différentes activités.

Il nécessitait également la réalisation de nouvelles structures, ce qui signifiait des investissements en travaux et en équipements.

Les obstacles rencontrés lors de la création de ces nouveaux hôpitaux de jour autonomes et regroupant l'activité ambulatoire de plusieurs services ont été d'ordre structurel et organisationnel.

D'un point de vue structurel, les places créées ou déplacées ont souvent entraîné une diminution capacitaire en hospitalisation conventionnelle, ce qui a amené les responsables à s'interroger sur la capacité globale de leur discipline et sur la répartition des lits par modes de prise en charge. Élément dynamisant pour la création d'hôpitaux de semaine, cette réflexion a parfois pu être un frein car elle a fait craindre à certains une diminution ou une perte de leur autonomie et/ou de leur pouvoir.

D'un point de vue organisationnel, ce sont surtout les ressources humaines à affecter à ces unités qui ont posé problème.

Lorsque l'activité de jour était disséminée dans plusieurs unités, elle était assumée par l'équipe ayant en charge l'ensemble de l'activité. Le fait de la séparer n'a pas toujours permis le redéploiement des agents en conséquence, surtout lorsque cette activité était peu importante.

Pour une activité globalement identique et quantitativement constante, certains services ou établissements ont donc été confrontés à la nécessité de créer des postes pour prendre en charge l'hôpital de jour.

La responsabilité et la coordination médicales de ces unités partagées ont également parfois pu être source de discussions entre les différentes disciplines concernées.

Ces difficultés ont conduit certains à différer leurs projets ou à les intégrer dans un projet plus vaste de réorganisation de l'ensemble des hébergements, voire dans certains cas à maintenir la situation existante.

1 - B Les évolutions

L'hospitalisation de jour, que ce soit en médecine ou en chirurgie, s'est particulièrement développée au cours de ces dix dernières années. Elle devrait encore continuer à croître, à la demande des organismes de tutelle bien sur, mais également à celle des patients eux-mêmes.

Plusieurs facteurs d'évolution provoquent ou facilitent ce développement.

Nous analyserons ici successivement l'évolution des attentes du patient, les évolutions médicales et technologiques, ainsi que les limites atteintes par les secteurs d'hospitalisation conventionnelle.

1 – B – 1 – Les attentes des patients

Le comportement des patients et ses relations avec l'hôpital ont beaucoup changé ces dernières années.

L'explosion des techniques de communication et la forte médiatisation de tous les sujets portant sur les domaines de la santé et de l'hôpital ont amené les patients à poser un regard différent sur l'hôpital et à se positionner, non plus en tant qu'usagers passifs et dépendants, mais plutôt en tant que « clients » ou « consommateurs » actifs et souhaitant être associés aux processus décisionnels concernant les soins qui leur sont prodigués.

Bien entendu lorsqu'il s'agit d'une admission en urgence, pour la prise en charge d'une pathologie aiguë ou suite à un accident, le patient accepte encore ce qui peut lui apparaître comme imposé par l'hôpital.

Par contre, lorsque le séjour est prévisible, il existe une demande nouvelle de la part d'une population croissante de patients qui n'acceptent plus les contraintes de l'hospitalisation conventionnelle et souhaitent perturber au minimum leur vie familiale et professionnelle.

Devenu acteur et partenaire, le patient est en attente d'une information précise et adaptée. Il exige de la transparence sur les examens et les soins réalisés, ainsi que sur les conséquences et les éventuels effets secondaires de ceux-ci.

Mieux informé, il revendique un accueil, une prise en charge et des soins de qualité réalisés dans des conditions optimales de sécurité.

Ainsi, la volonté du patient de participer au processus de soins, qui s'inscrit dans une prise en charge globale et personnalisée, permet d'établir des rapports nouveaux basés sur le partenariat.

Ces nouveaux rapports se concrétisent par un positionnement du patient au centre du dispositif organisationnel de soins ou de diagnostic.

Les équipes médicales et paramédicales doivent aujourd'hui adapter leur comportement pour apporter une réponse satisfaisante à ces nouvelles exigences.

Les hospitalisations de semaine et de jour, ainsi que la chirurgie ambulatoire, représentent des situations privilégiées pour mettre en œuvre ces nouveaux rapports.

En effet, le caractère programmé de l'activité permet de disposer de tous les éléments nécessaires à une bonne information du patient. La négociation, voire la contractualisation, sont des éléments qui ne peuvent que faciliter l'adhésion et la participation du patient à sa propre prise en charge.

1 – B – 2 – Les évolutions médicales et technologiques

Les dernières évolutions médicales et technologiques concernent essentiellement :

- les pratiques et les procédures chirurgicales qui sont aujourd'hui de moins en moins invasives et de mieux en mieux maîtrisées,
- les techniques endoscopiques, qu'elles soient interventionnelles ou exploratoires,
- les technologies radiographiques et échographiques (numérisation des images),
- la mise au point de nouveaux traitements médicamenteux plus efficaces et mieux tolérés par les patients,
- les modalités mêmes d'administration de ces traitements médicamenteux.

Elles se caractérisent par une rapidité d'exécution et une sécurité de réalisation accrues des actes et des traitements réalisés.

La rapidité de la prise en charge est également l'une des conséquences de la robotisation des laboratoires, surtout en hématologie et en biochimie, qui a permis l'augmentation des capacités de traitement et la rapidité d'obtention des résultats. La transmission informatisée de ces résultats a encore permis de gagner un temps précieux.

Plus généralement, le recours à une informatique de plus en plus performante et communicative favorise la rapidité de traitement et les échanges de données entre des points distants à l'intérieur et/ou à l'extérieur de l'hôpital.

Dans le domaine de la chirurgie, depuis le début des années 80, plusieurs innovations pharmacologiques ont également entraîné une évolution des techniques d'anesthésie.

Les anesthésies locales et loco-régionales se sont beaucoup développées.

En anesthésie générale, l'apparition récente de nouvelles molécules ayant une durée d'élimination particulièrement courte permettent un réveil et un rétablissement plus rapide et entraînent beaucoup moins de complications.

Enfin, le développement de l'anesthésie vigile permet la réalisation de certains actes de chirurgie de surface et d'endoscopie.

Les progrès pharmaceutiques dans le domaine de l'antalgie, ainsi que l'utilisation des antiémétiques permettent un meilleur contrôle de la période post opératoire, en particulier de la douleur. Ils facilitent ainsi le retour rapide à domicile dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Toutes ces évolutions permettent de réduire les durées de séjour et de mieux maîtriser les délais de réalisation et les effets secondaires éventuels des soins réalisés. Associées à la

programmation de l'activité, elles participent aux possibilités de développement de la prise en charge des patients en hospitalisation de semaine ou de jour.

1 – B – 3 – Les limites de l'hospitalisation conventionnelle

La diminution de la capacité hospitalière globale a entraîné, dans certains services ou établissements, des difficultés de fonctionnement liées au manque de disponibilité des lits lors de l'admission des patients.

Cette véritable « course au lit » menace parfois la bonne marche des hospitalisations, qu'elles soient programmées ou non.

Les équipes peuvent être confrontées à des situations absurdes où elles sont obligées de refuser l'admission d'un malade, faute de place, alors qu'il y a, dans le service, des lits libres mais qui sont réservés pour des admissions programmées dans les heures ou les jours qui suivent.

A l'inverse, elles peuvent être amenées à annuler ou à reporter une admission programmée parce que tous les lits sont occupés lors de l'arrivée du patient.

Autre aspect de cette difficulté de concilier les différents modes de prise en charge des patients entre eux, l'admission en urgence d'un patient, demandant souvent une prise en charge immédiate, a pour conséquence de remettre en cause, soit le respect du bon déroulement de l'activité programmée, soit la qualité de prise en charge du malade entrant, pénalisée pour respecter les programmations.

Or, pour mieux répondre aux attentes des patients telles que nous les avons décrites précédemment, il nous faut intégrer à notre fonctionnement quotidien la programmation la plus structurée possible de notre activité sans pénaliser pour autant notre capacité à accueillir, dans le cadre de nos missions de service public, les patients se présentant dans les services d'urgences de nos institutions.

Seule une répartition géographique des lits et places par modes de prise en charge, avec des capacités définies et réajustées en fonction de l'évolution des besoins, permet d'apporter une solution à ces difficultés.

L'identification d'unités de jour ou de semaine favorise alors l'optimisation d'une partie des lits et la mise en œuvre d'organisations adaptées dans les différentes unités.

La taille de ces unités, en général créées au détriment de la capacité d'hospitalisation conventionnelle, doit cependant préserver, par ailleurs, un nombre de lits suffisant pour prendre en charge l'activité conventionnelle du service.

1 - C Les enjeux de la programmation de l'activité

Sans remettre en cause, ni le potentiel d'accueil des urgences, ni la capacité d'hospitalisation conventionnelle, qui doivent permettre à l'hôpital d'assurer dans de bonnes conditions ses missions d'accueil et de soins des patients, les unités d'hospitalisation programmées doivent donc poursuivre leur développement.

En effet, elles favorisent :

- une meilleure prise en charge du patient qui souhaite connaître précisément quand il va être hospitalisé et quand il sortira afin de gérer au mieux les conséquences que son hospitalisation implique dans sa vie privée et dans sa vie professionnelle,
- une meilleure organisation du travail pour les personnels.

Nous aborderons ici, successivement, les enjeux de la programmation de l'activité pour :

- le patient, au travers de l'amélioration de la qualité de l'accueil, de la prise en charge et des soins,
- les personnels, au travers de l'amélioration des conditions de vie au travail,
- la collectivité et l'institution hospitalière, au travers de l'optimisation des ressources.

1 – C – 1 – L'amélioration de la qualité de l'accueil, de la prise en charge des patients et des soins

Nous envisagerons la notion de qualité des soins au sens le plus large, traduisant ainsi une approche globale du patient.

Dans ce cadre, la prise en charge programmée du patient permet de mettre en œuvre de nombreuses actions, facteurs d'amélioration de la qualité des soins.

La possibilité de négociation de la date d'hospitalisation, l'information complète sur le déroulement du séjour et la nature des actes réalisés, l'adhésion et la participation au processus de soins sont autant d'éléments qui permettent au patient de dédramatiser le

séjour à l'hôpital et de s'organiser pour le concilier au mieux avec sa vie personnelle, familiale et/ou professionnelle.

La programmation stricte des soins et des accès aux plateaux médicotechniques diminue les délais et les temps d'attente pour les examens ou les traitements.

La diminution de la durée du séjour limite fortement les risques d'infections nosocomiales.

L'absence d'incertitude chronologique a des effets bénéfiques sur les niveaux de confiance et d'anxiété des malades.

La prise en charge plus personnalisée permet de préserver l'identité et de valoriser la responsabilité dans le processus de soins.

Nous citerons également des avantages concernant certains âges de la vie en particulier :

- pour les enfants, l'hospitalisation de jour ou de semaine permet de préserver au maximum la scolarisation,
- pour les personnes âgées, elle évite ou limite le déracinement et/ou la désorientation temporo-spatiale post opératoire.

Cette amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients s'inscrit directement dans le cadre de l'application de la réforme hospitalière²⁰ qui réaffirme les droits des malades et fait obligation, par ailleurs, aux établissements hospitaliers de procéder à l'évaluation régulière de leur satisfaction sur les conditions d'accueil et de séjour.

Le patient n'est cependant pas le seul bénéficiaire potentiel des avantages liés aux possibilités d'organisation de l'activité programmée. Les agents eux-mêmes, au travers de leurs conditions de vie au travail, sont également concernés.

1 – C - 2 – L'amélioration des conditions de vie au travail

Nous envisagerons l'amélioration des conditions de vie au travail, non pas du point de vue de l'approche traditionnelle qui en est généralement faite (mise à disposition de moyens matériels ergonomiques, type lit à hauteur variable par exemple) mais plutôt du point de vue des avantages qu'autorise l'organisation du travail en terme de rythmes ou de postes de

travail.

Nous pouvons alors citer, par exemple, la meilleure répartition des tâches sur la journée puisque, l'activité étant connue à l'avance et maîtrisée, la réalisation du travail et des soins peut être organisée et planifiée de façon très précise et ne devrait pas être perturbée par des entrées imprévues.

La programmation de l'activité et l'estimation en amont de la charge en soins permettent également de s'assurer, le moment venu, de la mise en adéquation et de la disponibilité des ressources humaines, des compétences et du matériel.

Si cela est nécessaire et possible, les admissions et l'activité peuvent être étalés sur le poste de travail évitant une surcharge d'activité à un moment précis de la journée.

Il est également possible, à l'inverse, d'aménager les horaires de travail, et donc la présence d'un certain nombre d'agents, en fonction de l'activité programmée.

Dans cette éventualité, il devient plus facile d'assouplir des plannings de travail, réputés aujourd'hui rigides, tels les roulements fixes établis longtemps à l'avance quelle que soit l'activité réelle.

La suppression des postes de nuit et de week-end permet de faire bénéficier les agents d'un rythme de travail régulier et d'un meilleur confort de vie personnelle et familiale.

Il existe également plus de facilités pour accorder des temps partiels sans conséquence sur la continuité des soins.

Ces avantages peuvent également se révéler bénéfiques pour l'institution hospitalière car ils représentent des facteurs d'optimisation des ressources.

²⁰ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (Titre I, Art. 1).

1 – C – 3 – L'optimisation des ressources

Cette optimisation concerne en priorité les ressources humaines.

Nous pouvons aisément reprendre ici des éléments déjà cités.

En effet, la possibilité d'adapter les effectifs présents à la charge en soins, connue à l'avance, celle d'accorder des temps partiels sur des postes où l'activité et la continuité des soins le permettent, mais également où parfois un emploi temps plein ne se justifierait pas, sont autant de facteurs qui contribuent à l'optimisation des ressources humaines.

De la même manière, dans le cas des hôpitaux de jour et de semaine, la fermeture de l'unité la nuit et le week-end permet de libérer totalement les équipes sur ces créneaux horaires et entraîne une optimisation des ressources humaines, soit en disposant d'un effectif présent plus important pendant les périodes d'ouverture, soit en permettant la suppression ou le redéploiement de postes vers les unités d'hospitalisation conventionnelle.

Ces situations ont pour conséquence un coût salarial moindre par diminution des effectifs nécessaires et/ou par non-paiement des indemnités de sujétions.

Nous insisterons particulièrement sur le caractère qualitatif des avantages potentiels apportés par les postes dégagés grâce à la fermeture des unités la nuit et le week-end.

Ils permettent en effet le redéploiement des moyens humains, soit pour augmenter l'effectif présent pendant les périodes d'ouverture et répondre à une activité déjà importante, soit pour permettre une augmentation d'activité qui n'aurait pas été possible autrement, soit encore pour permettre un redéploiement de personnel vers les autres unités d'hébergement du service ou d'un autre service de l'hôpital.

L'optimisation concerne également les ressources matérielles de l'institution.

La programmation de l'activité permettant d'apporter, dans un temps défini et limité, une réponse adaptée aux besoins de santé du patient, la diminution de la durée de séjour qui s'en suit permet de libérer rapidement les moyens matériels qui peuvent ainsi être réutilisés pour d'autres patients.

Mieux organisée et planifiée, elle favorise également l'optimisation de l'accès et de l'utilisation des plateaux medicotechniques. Ces derniers peuvent ainsi mieux ordonner le déroulement des examens en fonction de demandes précises et de réponses négociées.

L'institution peut donc espérer des gains de productivité importants et une réduction du coût

global de la prise en charge des patients en hospitalisation de jour ou de semaine par rapport à ce qu'il aurait été en hospitalisation conventionnelle.

En contre partie, elle est, dans un premier temps, obligée d'investir pour créer des structures spécifiques, avec toujours le risque d'ajouter de nouvelles structures tout en gardant la totalité des anciennes si l'ensemble des unités d'hospitalisation ne fait pas l'objet d'un projet global de réorganisation.

2^{EME} PARTIE – ORGANISATION DES SOINS

Après avoir dressé un rapide bilan de la situation hospitalière actuelle et mis en évidence le développement des structures d'hospitalisation de jour, nous avons analysé les facteurs d'évolution qui ont favorisé ce développement, ainsi que les enjeux qu'il peut représenter tant pour les patients que pour le personnel hospitalier.

Les définitions et les approches successives que nous avons développées pour caractériser ces unités d'hospitalisation de jour ont mis en évidence le rôle prépondérant que joue l'organisation dans la mise en œuvre de ce nouveau mode de prise en charge.

Or, comme de nombreux autres milieux professionnels, l'hôpital a, lui aussi, subi les influences des différents courants de pensée nationaux et internationaux sur l'analyse des organisations.

Nous développerons dans cette deuxième partie, tout d'abord, au travers des aspects théoriques de l'organisation, les caractéristiques les plus significatives des trois principaux courants de pensée ayant influencé l'organisation du travail et nous essaierons d'établir un parallélisme avec l'évolution des soins infirmiers à l'hôpital.

Nous déclinons ensuite les contraintes d'organisation qui conditionnent la réalisation la meilleure possible de l'activité en hospitalisation de jour.

Enfin, nous envisagerons les limites de ce mode de prise en charge.

2 - A Les aspects théoriques de l'organisation

2 - A - 1 - L'organisation du travail²¹

L'analyse des organisations est l'étude des différents modes de fonctionnement d'ensembles humains organisés. Son développement est directement lié à l'évolution des modes d'organisation au sein du monde du travail. Elle a pris son départ avec l'émergence du monde industriel moderne.

Nous développerons ici les trois principaux courants de pensée ayant marqué les cent-vingt dernières années : le mouvement pour l'organisation scientifique du travail, le mouvement des relations humaines et l'analyse stratégique.

2 - A - 1 - 1 - Le mouvement pour l'organisation scientifique du travail (O.S.T.)

Ce mouvement a été marqué par deux personnalités : le français Henri FAYOL (1841-1925) et l'américain Frédéric Winslow TAYLOR (1856-1915).

C'est d'ailleurs le nom de ce dernier qui sert à désigner le courant intellectuel qui le soutient : le « taylorisme ».

Ce courant visait la rationalisation du travail au niveau des ateliers, l'organisation du travail faisant alors l'objet d'une science. L'objectif était de parvenir à organiser rationnellement une entreprise afin de lui permettre d'atteindre le meilleur résultat, en tenant compte des circonstances et des contraintes.

Une étude approfondie de chaque geste, temps ou facteur technique intervenant dans la tâche permettait de définir un mode opératoire optimal.

Cette approche scientifique des problèmes d'organisation était fondée sur :

- l'étude systématique des postes de travail,
- la sélection rigoureuse des salariés par rapport aux tâches à effectuer,
- la création de services spécialisés dans la conception du travail (le bureau des méthodes),
- la recherche systématique de la « meilleure méthode d'organisation ».

Ces études, menées par des spécialistes, s'intéressaient non seulement aux tâches des ouvriers, mais également à celles des dirigeants.

21 LIVIAN Yves Frédéric, "Introduction à l'analyse des organisations"

De cette façon étaient définis très précisément les différents postes de travail ainsi que leur articulation les uns par rapport aux autres dans une organisation rationnelle. Etaient ensuite établis les lignes hiérarchiques et les circuits de communication.

Cette démarche reposait donc, dans un premier temps, sur une décomposition en tâches élémentaires, suivie ensuite d'une recombinaison en postes de travail, en fonction des objectifs de l'entreprise.

Cette rationalisation du travail a entraîné une amélioration de la productivité et a permis ainsi la production de masse, la prospérité et la croissance économique.

Ce mouvement s'appuyait cependant sur deux postulats dont le bien fondé a aujourd'hui été remis en question.

Le premier était celui du « one best way » selon lequel il n'existerait qu'une seule façon optimale de réaliser une activité.

Le second était celui de « l'homo-économique » selon lequel l'homme ne serait mu que par des considérations économiques. L'individu au travail serait alors interchangeable, passif et obéissant. Sa seule motivation serait d'optimiser ses gains économiques.

Ce dernier postulat a été démenti par une étude menée dans une usine nord-américaine de la « Western Electric » à la fin des années 1920.

Alors est né un deuxième courant de pensée : celui des relations humaines.

2 - A - 1 - 2 – Le mouvement des relations humaines

Une étude menée par Elton MAYO (1880-1950) auprès d'ouvrières travaillant dans un atelier d'assemblage de circuits électriques a montré que les résultats de la productivité dépendaient également de leur moral et de leur satisfaction au travail.

L'individu au travail n'aurait donc pas uniquement des motivations économiques, mais également des motivations affectives.

Parmi les autres personnalités ayant développé ce courant de pensée, nous pouvons également citer Kurt LEWIN (1890-1947), psychosociologue américain d'origine allemande, qui a mis en évidence que les individus au travail, insérés dans des structures organisationnelles définissant précisément leur rôle, adoptaient un comportement qui n'était pas seulement dicté par leur psychologie personnelle, mais également par le style de commandement auquel ils étaient soumis.

Ses travaux sur les différents modèles de leaderships sont à l'origine de techniques de formation toujours utilisées de nos jours.

Ce mouvement a profondément marqué les entreprises qui ont alors massivement fait appel aux techniques des relations humaines pour résoudre leurs difficultés de fonctionnement.

Il reposait cependant toujours sur le principe que l'individu au travail serait passif et ne répondrait qu'à des stimuli, non plus économiques, mais affectifs.

Or, devant des situations et des contraintes différentes, l'expérience a montré que l'individu adaptait son comportement.

Ainsi est apparu un troisième courant de pensée postulant l'existence d'un individu libre, ayant ses propres objectifs : l'analyse stratégique.

2 - A - 1 - 3 – L'analyse stratégique

Selon Michel CROZIER, sociologue français né en 1922 qui a développé l'étude des organisations et mis l'accent sur les facteurs de résistance au changement, l'individu n'est pas un être passif mais a ses propres buts qu'il tente de réaliser malgré les contraintes auxquelles il est confronté.

Il n'est pas seulement une main ou un cœur, mais également une tête qui implique une liberté et un projet. Son raisonnement est donc stratégique et répond à une réalité contingente.

Le comportement de chaque individu varie donc en fonction de ses objectifs et s'adapte selon les opportunités et les contextes rencontrés.

Ce courant de pensée met ainsi en évidence que les conduites individuelles de chaque membre d'une organisation ne peuvent être que partiellement définies et qu'il subsiste toujours une zone de relations non réglementée qui représente une zone d'incertitude.

C'est à l'intérieur de cette zone d'incertitude que vont se jouer les relations de pouvoir entre les différentes personnes. Le pouvoir n'est pas un attribut mais une relation interpersonnelle liée à la négociation. Il dépend donc en partie de la marge de liberté dont chacun peut disposer.

Ces trois courants de pensée ont influencé l'organisation des soins infirmiers.

2 - A - 2 - L'organisation des soins à l'hôpital

Nous tenterons de développer ici en quoi les trois courants de pensée que nous venons d'évoquer ont pu influencer l'organisation des soins infirmiers.

2 - A - 2 - 1 - L'influence taylorienne : (les soins en série ?)

L'influence du courant « taylorien » a amené les professionnels infirmiers à réfléchir sur les différents postes de travail, les tâches et l'organisation de ces dernières.

Correspondant à des lieux dans lesquels une ou plusieurs personnes peuvent effectuer, pendant un temps déterminé, un certain nombre de tâches définies, nous pouvons ainsi considérer le bureau de l'infirmière, la salle de soins ou le lit du malade comme étant des postes de travail.

Les tâches étant des ensembles d'opérations orientées vers un but et aboutissant à des résultats précis et mesurables, elles peuvent se décomposer en opérations élémentaires (préparation du matériel et du patient, réalisation proprement dite du soin, contrôle, transmissions et rangement), elles-mêmes décomposées à nouveau en gestes et en mouvements.

Les soins infirmiers ont ainsi donné lieu à l'établissement de fiches techniques très précises servant de références aux professionnels. Leur mise en œuvre s'est alors organisée selon une répartition par tâches correspondant à une dispensation de soins en série.

Chaque agent se voit attribuer une ou plusieurs tâches limitées et chacun devient compétent pour la ou les séries de tâches qu'il applique à l'ensemble des patients du service.

Cette organisation permet certes d'effectuer des soins efficaces avec un effectif réduit, mais elle implique que plusieurs personnes interviennent de façon isolée sur le même patient, rendant plus difficile la synthèse et l'identification d'un interlocuteur privilégié.

L'émergence de préoccupations plus humanistes et la volonté des professionnels de placer le patient au centre des soins ont permis la mise en place d'un autre mode d'organisation visant à une prise en charge globale de la personne soignée.

2 - A – 2 – 2 – Les relations humaines : (la prise en charge globale du patient ?)

Pour permettre cette prise en charge globale du patient, deux nouveaux modes d'organisation ont été proposés : la sectorisation et les soins intégraux.

Dans le cas de la sectorisation, le service est découpé en plusieurs secteurs et les patients sont répartis par groupes plus petits et pris en charge, durant un poste de travail, par un binôme composé, le plus souvent, d'un infirmier et d'un aide-soignant.

L'infirmier est ici responsable de l'ensemble des soins, de leur coordination et de la gestion de l'information. Des transmissions personnalisées deviennent indispensables et le dossier de soins, individualisé, fait son apparition. Il doit permettre de rassembler toutes les informations concernant le patient et être le support de la démarche de soins. Il est complété par la planification murale.

Cette organisation a un double avantage : elle permet au patient d'être mieux reconnu comme interlocuteur et sujet de soins, ainsi qu'au personnel d'être plus responsabilisé et donc plus motivé.

Elle peut cependant nécessiter parfois plus de personnel ou de matériel et exige des compétences plus importantes de la part des soignants.

Dans le cas plus particulier des soins intégraux, autre mode d'organisation basé sur la responsabilisation du personnel et la prise en charge globale du patient, le principe consiste à attribuer à un infirmier bien déterminé la responsabilité de plusieurs patients, non plus pour la durée d'un poste de travail, mais pour la période totale de leur hospitalisation.

Même s'il n'est pas présent en permanence, cet infirmier s'assure que les soins planifiés sont bien effectués, il coordonne les interventions des différents professionnels et il vérifie la cohérence et la pertinence des actions. Il est l'interlocuteur privilégié auprès du patient et de sa famille.

Cette organisation des soins favorise l'autonomie et renforce le pouvoir de décision de l'infirmier. En contre partie il nécessite une expérience professionnelle d'un niveau plus élevé.

Cependant l'organisation des soins au sein d'un service ne consiste pas seulement à répartir des tâches et des individus. Elle nécessite également un important travail de cohésion et de coordination entre les différents membres de l'équipe.

2 - A – 2 – 3 – L'analyse stratégique : (le travail en équipe ?)

Chaque membre de l'équipe possède ses propres compétences et c'est l'articulation entre chacun d'eux qui permet une adaptation fine à l'activité du service.

Qu'il s'agisse du médecin, de l'infirmier, de l'aide soignant ou de l'agent des services hospitaliers, chacun a statutairement une zone de recoupement avec les autres qui lui délèguent ou à qui il délègue une partie de sa fonction.

Cette situation se retrouve également avec certains autres paramédicaux, comme le kinésithérapeute ou le manipulateur de radiologie, qui possèdent des zones de compétences partagées avec l'infirmier.

Ces zones de recoupement évitent l'enfermement dans une série de tâches et autorisent une adaptation permanente à l'activité par une relative polyvalence qui doit cependant se maintenir dans le strict cadre de la légalité.

Par ailleurs, le travail ne se limitant pas aux soins directs, l'organisation doit prendre en compte et insérer dans les tâches programmées toutes les actions permettant le bon déroulement du travail collectif telles que, par exemple, les différentes commandes de pharmacie et de matériel.

Enfin, l'organisation ne peut ignorer qu'au-delà du service lui-même, l'équipe doit prendre en compte le fonctionnement des partenaires extérieurs et les moyens de liaisons qui les relient, ainsi que l'organisation globale de l'établissement.

Ces différentes réflexions sur l'organisation du travail et plus particulièrement sur l'organisation des soins en milieu hospitalier vont nous permettre d'aborder les contraintes liées à la prise en charge de l'activité programmée en ambulatoire (hôpital de jour).

2 - B Les contraintes d'organisation en hôpital de jour

Si en hospitalisation conventionnelle le patient peut parfois apparaître comme étant à la disposition des praticiens et des équipes, en hospitalisation de jour, l'activité du service doit être totalement centrée sur lui et sur sa prise en charge individualisée, avec un impératif de résultat qui est sa sortie le jour même, en ayant réalisé dans les meilleures conditions possibles l'ensemble des examens et/ou des traitements prévus.

Un lien peut être établi avec l'évolution des courants de pensée sur l'organisation du travail et ses répercussions sur l'organisation des soins.

Nous constatons en effet que le modèle des relations humaines et son application sous la forme des soins intégraux, par exemple, correspond parfaitement bien à la prise en charge globale du patient telle qu'elle doit s'appliquer en hospitalisation de jour.

Comme nous le détaillerons ensuite, les dimensions « coordination » et « coopération », tant au sein de l'équipe de l'unité d'hospitalisation elle-même qu'avec les prestataires externes, sont primordiales dans ce mode d'organisation, ce qui nous rapproche ici du modèle de l'analyse stratégique.

Les contraintes d'organisation liées à la prise en charge de l'hospitalisation de jour en particulier, mais également de l'activité programmée en général, ne représentent cependant que des aspects particuliers dans le cadre plus général de l'organisation du travail.

Les enjeux nécessitent que soit définie une organisation spécifique qui garantisse l'optimisation des possibilités offertes par la réalisation d'une activité programmée.

Cette organisation spécifique, qui se doit d'être irréprochable, doit intégrer, entre autres, les contraintes suivantes que nous détaillerons ensuite :

- tout devant être programmé avant même l'arrivée du patient, cela implique que la prise en charge démarre en amont de l'hospitalisation et signifie un système d'information adapté et une coordination précise des différentes phases du séjour,
- le recours aux prestataires externes à l'unité doit également être parfaitement planifié et négocié afin de permettre le bon déroulement et le bon enchaînement des activités programmées,
- les ressources humaines doivent être quantitativement adaptées à la charge en soins et leur disponibilité doit correspondre à la programmation de l'activité afin de garantir l'exécution des soins dans les délais prévus.

2 - B – 1 – La programmation des patients

Qu'il s'agisse de la prise de décision ou du choix de la date, la programmation de l'admission des patients en hospitalisation de jour est directement conditionnée par plusieurs facteurs qui dépendent soit du patient lui-même, soit de l'unité d'hospitalisation, soit encore des prestataires externes assurant un examen ou un traitement particulier.

Le patient doit en effet être préalablement informé des modalités de fonctionnement de l'hôpital de jour et des conséquences éventuelles. En particulier en chirurgie ambulatoire, ainsi que nous le détaillerons dans les limites de la prise en charge en hôpital de jour, il doit répondre à des critères de sélection très précis.

La décision d'admission ne peut donc intervenir qu'après avoir validé ces critères.

La date doit également être négociée afin d'éviter de convoquer le patient un jour qui ne lui conviendrait pas, ce qui pourrait avoir pour conséquence l'annulation du programme établi et la nécessité de tout reprogrammer.

L'unité d'hospitalisation doit disposer d'une place (ou d'un lit) libre et du personnel adapté pour garantir des conditions correctes d'accueil et d'hébergement, ainsi que la réalisation dans de bonnes conditions de l'ensemble des actes prévus.

Il est nécessaire de disposer de la garantie de pouvoir réaliser, dans les conditions et les délais impartis, les examens ou les traitements dépendant de prestataires externes.

Pour toutes ces raisons, il est impératif de disposer d'un outil de planification élaboré qui, à partir d'une capacité déterminée et d'un niveau de détail minimum, permet de valider la faisabilité technique de l'activité prévue et donc la décision d'admission du patient.

Les modalités de gestion et la responsabilité de cet outil doivent eux-mêmes être définis.

Il est indispensable qu'une personne clairement identifiée et responsabilisée (infirmier, secrétaire médicale, cadre infirmier ou autre) soit référente, centralise et traite l'ensemble des demandes.

Cette mission de programmation des admissions peut être assumée soit en permanence par la même personne, soit par roulement entre plusieurs personnes.

Intimement liées aux admissions, la circulation de l'information et la coordination de l'activité de l'hôpital de jour doivent également faire l'objet d'une organisation rigoureuse.

2 - B – 2 – La mise en place d'un système d'informations adapté

La maîtrise de l'information et la rapidité de sa circulation conditionnent la réalisation de l'activité en hôpital de jour.

Tout doit donc être structuré pour que chaque intervenant, à chaque stade de la prise en charge, puisse d'une part bénéficier d'emblée de l'ensemble des informations déjà connues sur le patient ou sur le motif et les objectifs de son admission en hospitalisation de jour et, d'autre part pouvoir compléter facilement, et au bénéfice de tous, ces informations.

La programmation correcte et efficace de l'activité en amont de l'hospitalisation nécessite de disposer de l'ensemble des éléments nécessaires le plus tôt possible.

Un recueil d'informations initial doit donc être effectué auprès du patient et il doit être complété par le médecin prescripteur.

Un support adapté doit exister et sa gestion doit garantir sa transmission vers l'unité d'hospitalisation concernée et, surtout, vers la personne chargée de coordonner l'activité.

Ce support sera complété, le cas échéant, lors de la consultation de pré anesthésie.

Une information sur les modalités de fonctionnement de l'unité et sur ses conséquences, ainsi que sur les conditions de réalisation des soins prévus (consignes particulières), doit être faite au patient. La remise d'un document écrit est fortement souhaitable pour éviter tout oubli ou incompréhension.

Un dossier administratif complété dès la consultation permettra d'effectuer une pré admission avant l'arrivée même du patient, faisant gagner du temps lors de l'admission et pour la préparation anticipée des demandes d'examens ou des traitements nominatifs.

Bien entendu le dossier patient sera complété au cours de l'hospitalisation.

Afin d'optimiser le temps, un maximum de documents médicaux pourront également être standardisés (comptes-rendus, lettres, ...) facilitant ainsi le travail des praticiens et des secrétariats

L'informatisation des circuits de l'information, au sein de l'unité, mais également avec les partenaires (services administratifs, laboratoires, pharmacie, plateaux medicotechniques, ...) permettra de mettre en place une structuration très précise et complète de l'information et garantira, par ailleurs, des performances accrues en terme de rapidité.

2 - B – 3 – La programmation de l'activité (avant et pendant l'hospitalisation)

L'activité de l'unité d'hospitalisation correspond, chaque jour, à la réalisation de l'ensemble des actes prévus pour chaque patient admis.

Le déroulement de la journée doit donc être à la fois cohérent avec la prise en charge individuelle de chacun et la prise en charge globale de tous les patients présents.

Il faut donc qu'une synthèse de l'activité soit établie en amont de l'hospitalisation afin de vérifier la faisabilité de toute l'activité programmée. Cette consolidation de l'activité doit prendre en compte la coordination de l'intervention des différents acteurs auprès des différents patients en intégrant les logiques d'enchaînement des examens et des traitements. Ces logiques d'enchaînement concernent, d'une part pour le patient la prise en compte de la compatibilité et de la chronologie adaptée des différents actes entre eux, ainsi que les limites liées à la fatigabilité, et d'autre part pour l'équipe une répartition équilibrée des charges de travail.

La disponibilité des ressources matérielles et des consommables nécessaires, ainsi que des traitements prescrits ou susceptibles de l'être, sera vérifiée au plus tard la veille afin d'éviter toute perte de temps le jour venu.

Le jour de l'hospitalisation, il convient de s'assurer, au fur et à mesure de l'avancement de la journée, de la bonne exécution des différents soins et examens programmés et du respect de l'ordonnancement, des horaires et des délais prévus. En effet, plus la programmation aura été établie de manière précise, plus les risques de désorganisation seront importants en cas de dérapage.

Des modalités de réajustement doivent pouvoir être facilement mises en œuvre.

Il peut également arriver, dans certains cas, que certaines prises en charge comportent encore une part d'activité après la sortie du patient. Cela peut être le cas, en chirurgie ambulatoire lorsqu'il est prévu de téléphoner systématiquement au patient le lendemain de l'intervention pour un dernier recueil d'informations. Cette activité doit être intégrée au programme de la journée.

Nous mettons en évidence, à nouveau, la nécessité de disposer d'outils de planification et d'organisation intégrant les différents temps et précisant les détails de l'activité.

Nous citerons ici, à titre d'exemples, des outils simples comme la planification murale et la rédaction de protocoles organisationnels, voire l'imagination d'outils plus complexes faisant appel aux technologies informatiques.

Le programme de chaque journée ainsi établi doit être mis en concordance avec les

ressources humaines nécessaires et/ou disponibles.

2 - B - 4 – La gestion des ressources humaines en fonction de l'activité programmée

L'un des avantages de connaître à l'avance l'activité à réaliser est de pouvoir, en théorie, adapter les ressources humaines au jour le jour, voire à différents temps de la journée, en fonction de la charge de travail réelle.

Cette adaptation peut concerner le nombre d'agents, les compétences à mobiliser ou encore les horaires de travail.

Dans la pratique, cela n'est réalisable que si l'on introduit de la souplesse dans l'organisation des plannings de travail des équipes et si l'on formalise cette souplesse par l'élaboration de règles clairement affichées.

En terme de nombre d'agents, si l'activité varie beaucoup d'un jour à l'autre, les jours de travail ou de repos pourront être amenés à changer ; la souplesse de fonctionnement pourra être facilitée par le recours au travail à temps partiel.

En terme d'horaires, même si les heures d'ouverture de l'hôpital de jour conditionnent déjà directement certains postes de travail en vue d'assurer une présence permanente, des possibilités d'aménagements d'horaires individuels restent possibles pour mieux équilibrer l'effectif présent à un moment donné, quantitativement ou qualitativement.

Ces possibilités d'adaptation des horaires doivent figurer dans les profils de poste de l'unité car, si l'hôpital de jour peut parfois être, pour certains professionnels, synonyme d'horaires réguliers, ses impératifs de fonctionnement peuvent également, quelquefois, nécessiter d'effectuer des horaires « atypiques ».

2 - B – 5 – L'organisation du recours aux prestataires externes à l'unité

Les unités d'hospitalisation de jour sont souvent très dépendantes de nombreux prestataires externes qui effectuent les actes ou les examens destinés aux patients.

Cette dépendance doit être parfaitement maîtrisée car elle conditionne directement les performances de l'organisation mise en place.

Déjà lors du choix de la date de venue du patient, il importe de pouvoir garantir la possibilité d'exécution d'un acte ou d'un examen.

Des accords doivent donc être négociés à l'avance pour éviter un traitement au cas par cas qui empêcherait toute initiative de la part de la personne chargée de coordonner l'activité.

De plus, les éventuels délais d'obtention d'un rendez-vous empêcheraient toute négociation de la date d'admission avec le patient.

L'organisation mise en place doit permettre de disposer d'emblée d'une prestation. Cela n'est possible que si des engagements réciproques ont été pris sur l'obtention de créneaux horaires précis pour un volume d'actes déterminé et si des procédures de fonctionnement, de coordination et de réajustements ont été établies.

Cette organisation pourrait être officialisée sous la forme de contrats, de cahiers des charges ou de chartes négociés et signés entre les services concernés.

2 - C Les limites de la prise en charge en hôpital de jour

L'orientation des patients en hospitalisation de jour, plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle, ne repose pas seulement sur la nature des actes à réaliser ou sur la pathologie présentée par le malade mais également, et en priorité, sur le patient lui-même et son environnement.

Nous tenterons ici de nous interroger afin de déterminer quelles peuvent être, s'il en existe, les limites de cette orientation.

2 - C – 1 – Le type d'activité ?

Qu'il s'agisse d'établir un diagnostic, de suivre l'évolution d'une pathologie connue, de dispenser une thérapeutique ou de réaliser une intervention chirurgicale simple, aucun type d'activité n'est à priori exclu, par principe, d'une indication d'hospitalisation de jour.

En ce qui concerne la chirurgie par exemple, et contrairement à d'autres pays, en France les interventions réalisables en ambulatoire ne font l'objet d'aucune liste limitative.

La durée opératoire est bien sur limitée, mais seuls des critères médicaux précis, tels que l'absence de risques hémorragiques et respiratoires, les suites post opératoires simples et l'assurance du contrôle des nausées, des vomissements et de la douleur, valident ou non la possibilité d'effectuer l'intervention en ambulatoire.

C'est en fait plus la faisabilité technique de l'activité dans les limites de temps imposées et dans le respect des critères de qualité et de sécurité qui influenceront la décision.

Nous citerons ici également la réalisation en ambulatoire d'actes qui étaient auparavant réalisés dans des cabinets libéraux et qui, pour satisfaire des normes de sécurité sanitaire renforcées, sont aujourd'hui réalisés au sein des établissements.

2 - C – 2 – La pathologie ?

Bien que certains patients porteurs de pathologies lourdes ou multiples ne pourront jamais être traités en hospitalisation de jour, c'est surtout le niveau d'autonomie ou de dépendance de la personne soignée qui sera pris en compte plutôt que la pathologie en elle-même.

En ce qui concerne l'anesthésie ambulatoire par contre, il existe des critères médicaux. Ceux-ci font référence à la classification de l'A.S.A.²² qui permet de distinguer cinq groupes de patients en fonction de leur état de santé général et des taux d'accident potentiels :

- *ASA 1 : patient en bonne santé n'ayant pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical, ni de perturbation d'une grande fonction (taux d'accident : 0,5 %),*
- *ASA 2 : patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection (taux d'accident : 3 %),*
- *ASA 3 : patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection (taux d'accident : 7,2 %),*
- *ASA 4 : patient courant un risque vital imminent du fait de l'atteinte d'une grande fonction (taux d'accident : 18,7 %),*

²² ASA : American Society of Anesthesiologists

- *ASA 5 : patient moribond dont l'espérance de vie est inférieure à 24 heures.*

Les recommandations de la SFAR²³ préconisent de limiter l'activité ambulatoire aux patients classés ASA 1 ou 2, des patients ASA 3 pouvant être parfois acceptés sous certaines réserves.

2 - C – 3 – Les personnes soignées et leur environnement ?

Ce sont en fait essentiellement les critères concernant la personne soignée et son environnement qui vont déterminer son orientation ou non vers une hospitalisation de jour.

En effet, la distance entre le domicile et l'hôpital, en particulier dans le cas des CHU, peut représenter un obstacle incontournable.

L'adhésion des patients à la formule ambulatoire est indispensable. Elle doit être validée rapidement après une information orale et écrite et faire l'objet d'un engagement de la part du patient. Elle suppose que le patient soit capable psychologiquement d'assumer un acte médical ou chirurgical effectué sur quelques heures et de poursuivre le traitement jusqu'au bout à domicile.

L'environnement social est également déterminant car une partie de la prise en charge repose sur lui. Comme il n'est pas toujours facile à vérifier, le médecin traitant peut apporter une aide précieuse en ce domaine.

Pour la chirurgie ambulatoire, la conférence de consensus a défini des conditions particulières exigibles du patient. Ces conditions concernent principalement la nécessité de disposer d'un entourage disponible et compétent, d'un téléphone et d'un moyen de transport permettant l'hospitalisation dans un délai raisonnable en cas d'urgence. Elle impose également la présence d'un accompagnant lors de la sortie et fait référence à une compréhension intellectuelle satisfaisante et à une adhésion du patient aux recommandations de la procédure.

²³ SFAR : société française d'anesthésie et de réanimation

3^{EME} PARTIE – PROBLEMATIQUE

3 - A Le constat

Ainsi que nous l'avons abordé dans la première partie, il existe aujourd'hui beaucoup de services hospitaliers dont la discipline permet la réalisation d'une partie de leur activité en hospitalisation programmée de durée déterminée. La prise en charge de cette activité, et en particulier l'hospitalisation de jour, représente un certain nombre d'enjeux pour les patients et pour l'institution hospitalière elle-même.

Le développement des places de jour est largement encouragé par les tutelles mais, comme nous l'avons expliqué précédemment, leur reconnaissance officielle est soumise à l'application de textes réglementaires en vigueur depuis 1992. Ces textes imposent des contraintes matérielles et organisationnelles qui rendent parfois difficile la création de ces unités autonomes.

C'est pourquoi si certains services ont effectivement pu développer des hôpitaux de jour autonomes, conformes à la réglementation, d'autres n'ont pas encore identifié, ni organisé, des unités dédiées exclusivement à ce mode de prise en charge.

Nous pouvons donc en déduire que cette activité ambulatoire y est encore réalisée, aujourd'hui, sur une unité de lieu, en hospitalisation complète, soit avec l'activité non programmée du service, soit éventuellement en hôpital de semaine.

3 - B La problématique

Pour un même mode de prise en charge des patients (l'hospitalisation de jour), l'hôpital apporte donc deux réponses différentes : la séparation géographique de l'activité ou son regroupement dans une unité d'hospitalisation complète.

Or, si l'objectif de ce mode de prise en charge est de garantir la sortie du patient le jour même de son admission, en ayant réalisé dans les meilleures conditions possibles les investigations ou les traitements prévus, nous avons vu que pour atteindre cet objectif, l'élément primordial est l'organisation mise en place.

Nous avons ainsi développé, dans la deuxième partie, les contraintes organisationnelles liées à l'hospitalisation de jour.

En tant qu'infirmier général, cette organisation relève directement de notre champ de compétences et de responsabilité.

En effet, le décret du 18 octobre 1989²⁴, modifié par celui du 18 octobre 1994²⁵, qui présente les missions de l'infirmier général, précise, dans son article 2, que les infirmiers généraux coordonnent l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et qu'ils participent à la conception, à l'organisation et à l'évaluation des services médicaux.

Nous considérons ici que ces missions visent la coordination des activités et des personnels des services de l'hôpital afin d'améliorer les conditions de vie au travail des soignants dans l'objectif d'une meilleure prise en charge des patients.

Il nous paraît donc primordial d'accompagner le mouvement de développement de l'activité ambulatoire réalisée dans l'établissement par la mise en place d'une réflexion et d'un travail de fond visant à s'assurer de la mise en œuvre effective d'une organisation du travail et des soins adaptée aux exigences et aux contraintes du mode de prise en charge particulier que représente l'hospitalisation de jour.

Dans la mesure où, par ailleurs, cette organisation représente des enjeux en terme d'amélioration des conditions de travail et d'optimisation des ressources humaines, il nous paraît légitime de nous interroger, d'une part pour savoir si, dans chacune des deux réponses apportées (unité autonome ou unité mixte), l'organisation mise en œuvre intègre les objectifs correspondant à ces enjeux, et d'autre part pour déterminer comment il est possible d'améliorer encore les organisations en place.

Dans le cadre de ce travail, nous avons fait le choix de n'explorer directement que le volet « ressources humaines » et nous ne développerons donc pas les aspects relevant de la performance atteinte en ce qui concerne l'amélioration de la qualité du service apporté au patient, ni de son degré de satisfaction.

²⁴ Décret n° 89-758 du 18 octobre 1989, portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

²⁵ Décret n° 94-904 du 18 octobre 1994, modifiant le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

3 - C L'hypothèse

L'hypothèse que nous avons cherchée à vérifier dans le cadre de notre enquête sur le terrain concerne, d'une part la mise en œuvre ou non d'une organisation adaptée, c'est à dire apportant une réponse optimale aux contraintes énoncées précédemment dans ce travail, et d'autre part l'impact positif ou non du fait de pouvoir disposer d'une unité d'hospitalisation de jour totalement autonome pour faciliter la mise en œuvre de cette organisation adaptée.

Nous pensons qu'aujourd'hui, contrairement à ce que notre approche théorique permettrait d'espérer, le niveau d'organisation mis en place dans les unités autonomes n'est pas fondamentalement différent de celui pouvant être atteint, pour une activité similaire, lorsqu'elle est réalisée au sein d'une unité mixte.

De ce fait, l'amélioration des conditions de vie au travail des personnels et l'optimisation des ressources humaines restent limitées.

L'infirmier général a un rôle important à jouer pour amener l'encadrement infirmier de terrain à concevoir, structurer et réaliser une organisation adaptée qui permettra l'atteinte des objectifs énoncés.

En cohérence avec notre approche théorique, nous formulerons l'hypothèse à vérifier ainsi :

« A ce jour, le type d'organisation mis en œuvre pour prendre en charge l'activité ambulatoire à l'hôpital est plus performant lorsque cette activité est réalisée au sein d'une unité d'hospitalisation de jour autonome plutôt qu'au sein d'une unité d'hospitalisation mixte ».

Nous mesurerons le degré de performance de cette organisation au travers de la mise en place de procédures spécifiques et identifiées concernant :

- la programmation de l'admission des patients,
- la circulation de l'information,
- la programmation de l'activité (avant et pendant l'hospitalisation),
- la mise en adéquation des ressources humaines en fonction de l'activité prévue,
- le recours aux prestataires externes à l'unité d'hospitalisation.

3 - D Les limites du champ de l'étude

Pour la réalisation de notre enquête sur le terrain, nous avons fait le choix de limiter le champ de nos investigations à un centre hospitalier régional universitaire unique.

Celui-ci regroupe plusieurs établissements et s'est engagé depuis une dizaine d'années dans un vaste programme de restructuration intégrant, entre autres, le développement des unités d'hospitalisation de jour.

Les hôpitaux de jour en santé mentale ou en secteurs de personnes âgées répondant à d'autres objectifs et à des contraintes organisationnelles différentes, nous avons également limité notre recherche de terrain aux services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (M.C.O.).

Par ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà évoqué, nous n'avons envisagé dans notre enquête que le volet « ressources humaines » et n'avons pas souhaité traiter de l'impact sur les patients et la qualité du service rendu, non pas que cet aspect ne nous paraisse pas digne d'intérêt, bien au contraire, mais uniquement parce que nous considérons qu'il est directement dépendant de l'organisation mise en place et que son évaluation nécessiterait une approche différente et la définition de critères spécifiques.

Notre champ d'investigation concerne donc directement et principalement l'organisation des soins, ainsi que ses effets en terme d'amélioration des conditions de vie au travail des personnels et d'optimisation des ressources humaines.

Dans la mesure où le champ de notre étude est limité à une seule institution hospitalière et bien que cette institution comporte plusieurs établissements différents, les conclusions avancées ne pourront pas être considérées comme transposables directement à une situation générale mais uniquement exploitables dans le contexte particulier de l'institution étudiée.

Nous pensons cependant qu'elles pourront apporter des éléments de réflexion intéressants et complémentaires pour d'autres institutions hospitalières confrontées à une problématique similaire.

4^{EME} PARTIE – ETUDE SUR LE TERRAIN

L'étude réalisée sur le terrain a été effectuée dans un Centre Hospitalier Régional Universitaire que nous désignerons désormais par le sigle « C.H.R.U. ».

L'objectif principal de cette étude était de comparer les spécificités organisationnelles mises en place sur le terrain par les cadres infirmiers pour répondre à l'activité programmée ambulatoire, d'une part dans des unités d'hospitalisation de jour autonomes et d'autre part, dans des unités mixtes, regroupant de l'activité ambulatoire avec un autre mode de prise en charge.

Nous présenterons tout d'abord l'institution au travers de ses caractéristiques principales et de quelques données chiffrées concernant l'évolution de son programme capacitaire et de son activité.

Nous développerons ensuite les modalités précises de réalisation de l'enquête en termes d'objectifs et de méthodologie.

Enfin nous aborderons les résultats de cette enquête sous forme de données que nous tenterons de compléter, au fur et à mesure, par quelques commentaires.

4 - A La présentation de l'institution

4 - A – 1 – Les caractéristiques de l'institution

Le C.H.R.U. regroupe plusieurs établissements situés pour la plupart sur un même site géographique. Il est engagé depuis plusieurs années dans un vaste programme de restructuration de ses activités et de son parc immobilier.

Les premières phases de réalisation de ce programme se sont concrétisées par l'abandon de plusieurs établissements situés hors du site principal et la construction d'un établissement neuf ayant permis le regroupement de plusieurs services, initialement indépendants, liés à la prise en charge de la mère et de l'enfant (gynécologie, maternité, réanimation néonatale, pédiatrie et chirurgie infantile). D'autres établissements sont progressivement modernisés et font l'objet de la construction de nouveaux plateaux médicotecniques particulièrement performants.

Ce programme de restructuration est l'occasion de redéfinir l'organisation médicale des disciplines concernées et de développer les nouveaux modes de prise en charge des

patients.

En ce qui concerne les structures ambulatoires, 56 places sont actuellement autorisées au C.H.R.U. en Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Cette capacité ne suffit pas à accueillir l'activité réalisée en ambulatoire et la capacité installée est de fait de 134 places.

Déjà dans un contrat d'objectifs signé en 1989 entre l'état et le C.H.R.U., ce dernier s'était engagé sur une liste d'objectifs dont l'un était :

« 3 – ajuster sa capacité en lits en développant de nouveaux modes de prise en charge des malades (hospitalisation programmée de courte durée, hospitalisation à domicile) »

Aujourd'hui, dans son projet d'établissement 1999 – 2003, le C.H.R.U. poursuit cette volonté.

L'un des grands axes de ce projet, concernant la qualité de l'accueil et les prestations liées à l'environnement des soins, précise :

« Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète (centre médico-technique ambulatoire, hospitalisations programmées à durée déterminée, soins à domicile) devrait contribuer à améliorer la satisfaction des patients en limitant la durée d'hospitalisation et ses conséquences perturbantes sur la vie familiale et professionnelle ; ... »

Les évolutions prévues pour le programme capacitaire répondent à plusieurs objectifs :

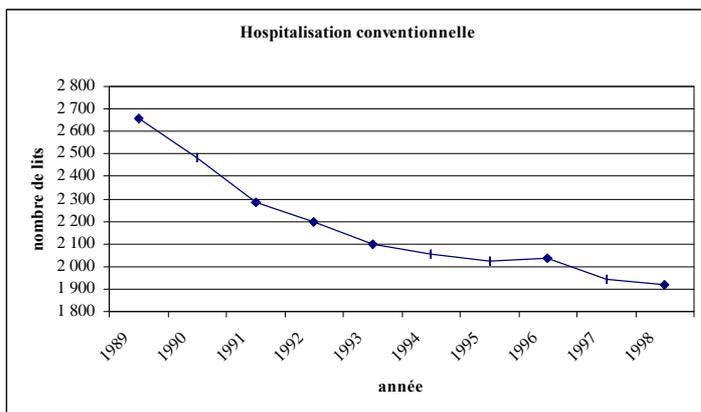
- « améliorer le service au patient en lui proposant, dans la mesure du possible, des hospitalisations programmées à durée déterminée : le patient peut ainsi s'organiser plus facilement dans sa vie familiale et professionnelle ; adapter les ressources d'hospitalisation à l'évolution des techniques et des thérapeutiques : cette évolution, conjuguée à une recherche d'adaptation de l'organisation des services, permet notamment le développement des hospitalisations de courte durée ; optimiser les ressources de l'hôpital : l'organisation d'unités entières en hospitalisation de semaine et de jour, avec fermetures le week-end, contribue à une optimisation des ressources. Par ailleurs une adaptation souple des capacités d'accueil sera recherchée dans le but de s'adapter aux flux d'activité. »

Un protocole d'accord sur ce contrat d'objectifs, traduisant l'engagement de l'institution a été signé le 5 juillet 1999 entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le C.H.R.U., apportant un soutien financier destiné partiellement « au développement de modes de prise en charge innovants ».

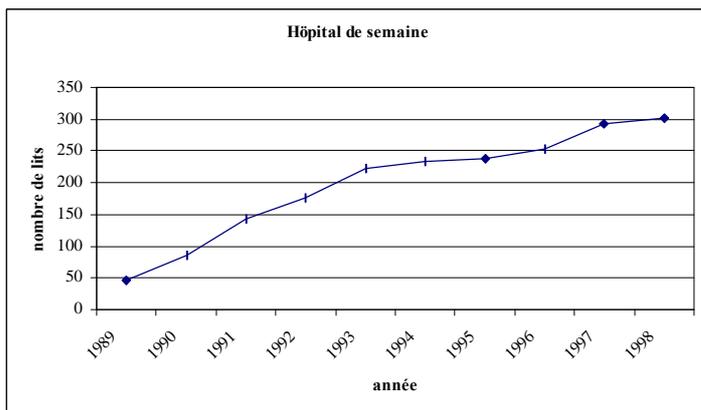
4 - A - 2 – Les données chiffrées et leur évolution

Nous présenterons en quelques chiffres clés²⁶ et commentaires l'évolution du programme capacitaire et de l'activité de court séjour (médecine - chirurgie - obstétrique) du C.H.R.U.

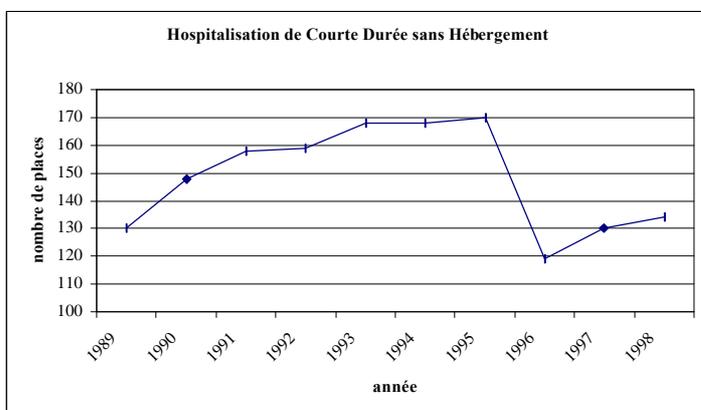
4 - A - 2 - 1 – L'évolution du programme capacitaire



En 10 ans, le nombre de lits en hospitalisation conventionnelle est progressivement passé de 2658 à 1919, ce qui représente une diminution de -27,80 %.



En contre partie, l'hôpital de semaine s'est fortement développé puisque son nombre de lits est passé de 47 à 301, ce qui représente une augmentation de +540,43 %.



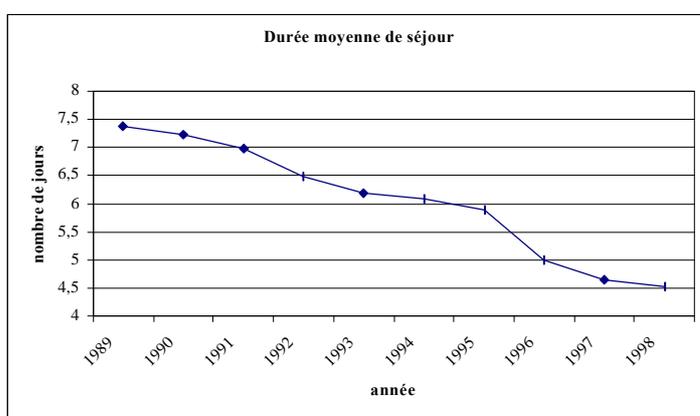
²⁶ Graphiques établis à partir des données disponibles dans les comptes administratifs du C.H.R.U. Un tableau récapitulatif présentant ces données statistiques est fourni en annexe 2.

Le nombre de places d'hôpital de jour s'est également développé de manière significative, passant de 130 à 170 places entre 1989 et 1995. Ce chiffre a été ramené à 119 places en 1996 lors d'une remise à plat des critères²⁷ permettant d'apprécier l'activité de jour et de la différencier des autres modes de prise en charge, dont les soins externes en particulier.

Depuis cette date, afin d'éviter toute confusion avec la notion d'hospitalisation de jour telle que définie par les décrets de 1992, le C.H.R.U. a adopté, en interne, l'intitulé « hospitalisation de courte durée sans hébergement ».

Le nombre de places a ensuite continué de progresser, passant de 119 à 134 entre 1996 et 1998.

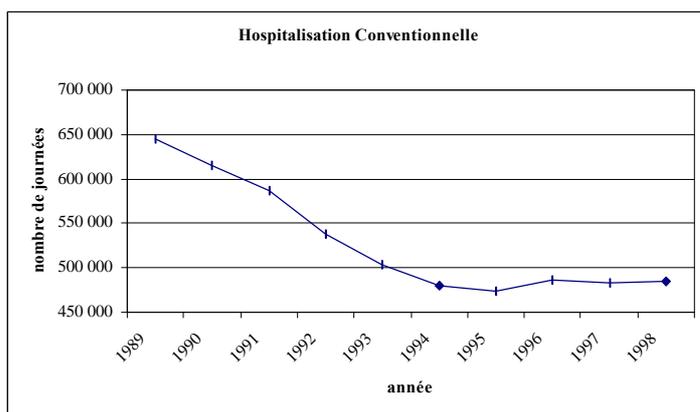
4 - A - 2 - 2 - L'évolution de la durée moyenne de séjour



La D.M.S. est passée, en 10 ans, de 7,37 à 4,53 jours, soit une diminution de -38,53 %.

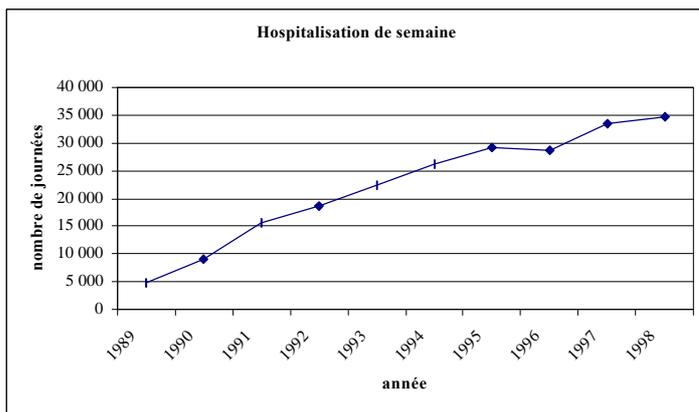
Cette diminution est l'un des facteurs facilitant le développement des hôpitaux de semaine.

4 - A - 2 - 3 - L'évolution de l'activité

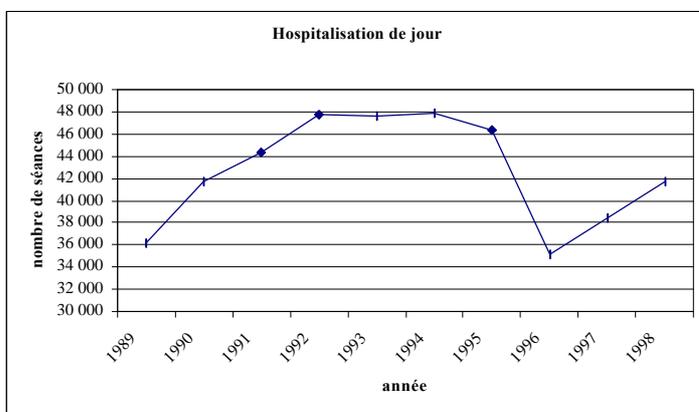


Le nombre de journées réalisées en hospitalisation conventionnelle a fortement chuté entre 1989 et 1995. Il semble aujourd'hui stabilisé depuis 1996.

²⁷ Il s'agit de répondre au moins à l'un des 4 critères suivants :
 bénéficier d'un acte opératoire > KC 30 ou K 50 en l'absence d'anesthésie,
 bénéficier d'un acte d'anesthésie générale ou loco-régionale,
 effectuer un bilan ou des soins pendant une durée effective d'au moins 4 heures,
 effectuer une séance, au sens P.M.S.I. (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie).



Le nombre de journées réalisées en hospitalisation de semaine n'a cessé de progresser depuis 1989. De 4842 en 1989, il est passé à 34634 journées en 1998, soit une augmentation de +615,28 %.



En forte progression de 1989 à 1992, le nombre de séances réalisées s'est stabilisé de 1992 à 1995. Après une baisse conséquente liée à la mise en place des nouveaux critères d'appréciation de l'activité de jour, le nombre de séances est à nouveau en forte croissance depuis 1996 puisqu'il est passé de 35168 en 1996 à 41739 en 1998, soit une augmentation de +18,68 % en 2 ans.

L'analyse de ces quelques graphiques démontre bien la volonté du C.H.R.U. de diminuer son programme capacitaire global, qui est passé en 10 ans de 2835 à 2354 lits et places de court séjour (soit -17 %), ainsi que son engagement dans le développement de l'activité programmée, de jour et de semaine.

4 - B Les modalités de l'enquête réalisée

4 - B – 1 – Les objectifs

Les objectifs de l'enquête réalisée sur le terrain étaient de mettre en évidence les spécificités organisationnelles ayant pu être mises en place dans différentes unités prenant en charge une activité ambulatoire programmée (hospitalisation de jour) et de faire une comparaison entre les unités totalement autonomes (hôpitaux de jour) et celles qui réalisent l'activité de jour au sein d'une unité destinée principalement à un autre mode de prise en charge (hospitalisations conventionnelles ou unités de semaine).

Pour cela, il nous fallait réunir, auprès de chaque site étudié, les informations suivantes :

- identification du service,
- précisions sur la nature de l'activité relevant d'une hospitalisation de jour,
- précisions sur la typologie de l'unité dans laquelle cette activité est réalisée,
- précisions sur les modes d'entrée dans l'unité,
- précisions sur les modalités de programmation de l'activité en amont de la venue du patient,
- précisions sur les modalités de programmation de l'activité pendant la venue du patient
- recensement des modalités de fonctionnement et d'organisation mises en place, en interne dans l'unité, par rapport à cette activité,
- recensement des caractéristiques de l'organisation mise en place avec les autres intervenants par rapport à cette activité,
- réflexions sur les avantages et les inconvénients de la prise en charge de l'activité par rapport à l'organisation, à l'amélioration des conditions de vie au travail et à l'optimisation des ressources humaines,
- réflexions sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre,
- recueil des propositions et des attentes des acteurs du terrain pour améliorer leur organisation.

4 - B – 2 – Le choix des services concernés par l'étude

Le choix des services visait à respecter un bon équilibre entre les différents établissements du C.H.R.U., les services de médecine et de chirurgie, ainsi que les services d'adultes et d'enfants.

Il visait également à comparer un nombre approximativement égal de sites autonomes et de sites regroupant plusieurs modes de prise en charge.

Le nombre de sites étudiés a été arbitrairement fixé à douze et le choix définitif des services s'est fait en concertation avec le directeur du service de soins infirmiers du C.H.R.U. et les infirmières générales des établissements concernés.

Nous avons ainsi retenu six services disposant d'une unité d'hospitalisation de jour autonome et six autres réalisant cette activité au sein d'une unité mixte.

4 - B - 3 – La méthodologie utilisée

Faisant référence au décret portant statut des infirmiers généraux qui précise :

"Ils coordonnent l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assurent l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers.",

et partant, par ailleurs, du constat que dans les pays anglo-saxons où l'activité ambulatoire est très développée, l'organisation des centres ambulatoires est généralement assurée par le personnel infirmier, non seulement pour les soins mais également pour tout ce qui concerne l'accueil et les tâches administratives, nous avons souhaité mettre en avant et valoriser le rôle primordial que peut jouer l'encadrement infirmier dans cette organisation.

C'est pourquoi, pour réaliser notre enquête, nous avons choisi de rencontrer directement les cadres infirmiers au cours d'entretiens. Pour cela nous avons sollicité le cadre infirmier supérieur (C.I.S.) de chaque service et avons proposé de le rencontrer en même temps que les cadres infirmiers (C.I.) ayant directement en responsabilité les unités prenant en charge l'activité d'hospitalisation de jour.

Les douze services sollicités ont répondu favorablement à notre demande et le nombre de cadres participant aux entretiens a varié de un à six, avec une majorité à deux (un C.I.S. et un C.I.).

Les entretiens ont été réalisés entre le 21 mai et le 18 juin 1999.

Leur durée s'est échelonnée entre une et deux heures.

4 - B – 4 – La grille d'entretien

Pour la réalisation des différents entretiens, nous avons systématiquement utilisé un support identique²⁸.

Cette grille d'entretien comportait une majorité de questions ouvertes afin de permettre une expression la plus large possible et ne pas négliger une spécificité qui n'aurait pas été prévue dans le cas d'un questionnaire fermé.

Le déroulement de l'entretien se décomposait en 3 phases successives.

Dans un premier temps, il s'agissait d'identifier le service et de décrire la typologie de l'unité prenant en charge l'activité ambulatoire programmée, en termes d'autonomie ou non des locaux et des ressources humaines.

Ensuite, il s'agissait de rechercher et de décrire les spécificités d'organisation mises en place à chaque stade de la prise en charge, depuis la décision de faire venir le patient en hospitalisation de jour jusqu'à son départ du service.

Enfin, il s'agissait de susciter, d'une part une réflexion sur les avantages, les inconvénients et les difficultés rencontrées dans le service, et d'autre part les contraintes d'ordre général liées à la prise en charge de l'activité en hospitalisation de jour.

4 - C Les résultats de l'enquête

Les données obtenues au cours des différents entretiens²⁹ se sont révélées riches et variées. Cependant, le recours à des questions trop ouvertes a rendu très complexe leur exploitation car, si les grands thèmes ont bien été systématiquement abordés, l'approche n'en a pas toujours été identique rendant les points de comparaison difficiles à établir.

Nous présenterons dans un premier temps la typologie des différents services étudiés.

Nous tenterons ensuite d'en détailler les caractéristiques organisationnelles permettant de mesurer les degrés de performance tel qu'annoncé dans l'hypothèse.

Enfin, nous analyserons les contraintes et les difficultés rencontrées dans les services.

²⁸ Voir grille d'entretien en annexe 3.

²⁹ Un tableau récapitulatif présente en annexe 4 un condensé des données issues des différents entretiens.

4 - C – 1 – La typologie des services étudiés

Nous présenterons ici tout d'abord les unités autonomes puis ensuite les unités mixtes.

4 - C – 1 – 1 – Les hôpitaux de jour autonomes

Pédiatrie

L'unité dispose de 16 lits installés, un lit pouvant accueillir successivement 2 enfants au cours d'une même journée.

L'unité est parfois ouverte le samedi matin et admet exceptionnellement des enfants non programmés. Ces derniers sont cependant toujours connus et suivis par l'unité.

L'équipe compte 12 agents dont la moitié à temps partiel (80%).

Pneumo-immuno-allergologie

L'unité dispose de 15 lits installés, chaque lit n'est utilisé que par un patient au cours d'une même journée.

L'unité assure également, à la demande, la réalisation de tests d'allergologie pour des patients hospitalisés dans les unités conventionnelles.

L'équipe compte 8 agents dont 2 à temps partiel (80%).

Endocrinologie

L'unité dispose de 6 lits installés pour une capacité officielle de 2 places, chaque lit n'est utilisé que par un patient au cours d'une même journée. Les 4 lits supplémentaires sont utilisés au détriment de l'hôpital de semaine.

L'équipe n'est autonome sur l'hôpital de jour que par roulement et tourne régulièrement sur l'hospitalisation conventionnelle, l'hôpital de semaine, l'hôpital de jour et la consultation.

Chaque agent travaille 2 semaines sur 12 en hôpital de jour.

Chirurgie infantile

L'unité dispose de 5 lits installés, chaque lit n'est utilisé que par un enfant au cours d'une même journée.

Une chambre à 4 lits située en unité conventionnelle est également utilisée.

L'équipe ne compte 2 agents à temps plein.

Après 17 heures, le relais est assuré par les équipes des unités conventionnelles. Les enfants sont alors, éventuellement, transférés en fonction de la discipline dont ils relèvent.

Gynécologie

L'unité dispose de 15 lits installés, chaque lit n'est utilisé que par une patiente au cours d'une même journée.

L'unité assure, entre autres, les interruptions volontaires de grossesse, 2 agents se déplaçant alors au bloc opératoire pour leur réalisation.

L'équipe compte 10 agents dont 6 à temps partiel (90%, 80% et 50%).

Maladies du sang

L'unité dispose de 8 lits installés, un lit pouvant accueillir successivement 2 patients au cours d'une même journée.

L'unité admet exceptionnellement des patients non programmés. Ces derniers sont cependant toujours connus et suivis par l'unité.

L'équipe compte 4 agents à temps plein.

Nous constatons que ces 6 unités disposent bien de locaux et de ressources humaines spécifiquement dédiés à l'hospitalisation de jour.

Par contre, sur ces 6 services, seulement 3 assurent exclusivement une activité programmée.

4 - C – 1 – 2 – Les unités d'hospitalisation mixte

H.P.D.D. Maladies de l'appareil digestif et chirurgie digestive

L'hospitalisation de jour se fait au sein d'une unité mixte de jour et de semaine de 30 lits.

Les 4 places officielles ne sont pas matérialisées.

L'équipe prend en charge indifféremment l'activité de jour et de semaine.

Il existe un poste d'infirmière coordinatrice pour l'ensemble de l'activité programmée. Situé en consultations, ce poste est occupé par roulement de 2 mois par les différents infirmiers.

Sur les 15 agents de l'unité, 12 sont à temps partiel.

Médecine Interne Adultes

L'hospitalisation de jour se fait au sein d'une unité mixte de jour et de semaine de 22 lits.

Les 2 places officielles ne sont pas matérialisées. Entre 4 et 7 patients relèvent chaque jour d'une activité ambulatoire.

L'équipe prend en charge indifféremment l'activité de jour et de semaine.

Les équipes tournent sur l'ensemble du service, 3 mois en H.P.D.D. et 6 mois en conventionnel.

Neurologie

L'hospitalisation de jour se fait au sein d'une unité mixte de jour et de semaine de 15 lits.

Les 2 places officielles ne sont pas matérialisées.

L'équipe prend en charge indifféremment l'activité de jour et de semaine.

Les équipes tournent sur l'ensemble du service, 50% du temps en H.P.D.D. et 50% en conventionnel.

Il existe un poste d'infirmier d'accueil et de programmation assuré à tour de rôle par tous les infirmiers.

Maladies cardio-vasculaires infantiles

L'hospitalisation de jour se fait au sein de l'unité conventionnelle.

Les 3 places officielles ne sont pas matérialisées.

L'équipe prend en charge indifféremment l'activité de jour et conventionnelle.

Orthopédie Traumatologie

L'hospitalisation de jour se fait au sein des unités de conventionnel.

Il n'existe ni place officielle, ni lit matérialisé.

L'équipe prend en charge indifféremment l'activité de jour et de conventionnel.

Rhumatologie

L'hospitalisation de jour se fait au sein d'une unité mixte de jour et de semaine de 10 lits.

Les 2 places officielles ne sont pas matérialisées.

L'équipe prend en charge indifféremment l'activité de jour et de semaine.

Les équipes tournent sur l'ensemble du service, conventionnel, H.P.D.D. et consultations pour les infirmiers.

Nous constatons que dans 4 cas sur 6, l'activité de jour a été regroupée avec l'hospitalisation de semaine.

Malgré la reconnaissance officielle de places d'hospitalisation de jour, aucun de ces 6 services n'a matérialisé de lits attitrés, ni affecté de ressources humaines pour prendre en charge l'activité ambulatoire.

Un seul service a identifié une équipe autonome pour l'ensemble de l'activité programmée (jour et semaine). Le personnel soignant des autres services tourne sur la globalité des modes de prise en charge.

4 - C – 2 – Les caractéristiques organisationnelles

Nous comparerons ici le degré de performance des différentes organisations au travers de la mise en place de procédures spécifiques et identifiées concernant la programmation de l'admission des patients, la circulation de l'information, la programmation de l'activité, la mise en adéquation des ressources humaines et le recours aux prestataires externes.

4 - C – 2 – 1 – La programmation de l'admission des patients

Sous des formes diverses, la majorité des services dispose d'une planification des admissions en hospitalisation de jour.

Dans les services de chirurgie, c'est en général le planning opératoire du chirurgien qui détermine la date d'hospitalisation.

La comparaison des deux types d'unités ne permet pas de dégager une programmation spécifique pour les unités autonomes et la négociation de la date d'hospitalisation avec les patients n'y est pas plus fréquente.

4 - C – 2 – 2 – La circulation de l'information

Dans la mesure où dans tous les cas, le patient a déjà été vu en consultation avant son admission, un recueil de données a été initialement effectué. Une seule unité (autonome) a mis en place un document spécifique à l'hôpital de jour pour ce recueil. Les autres utilisent, soit le dossier médical, soit un document identique aux autres modes de prise en charge des patients.

Une fiche de liaison est transmise à l'unité d'hospitalisation avant la date d'admission. Seules deux unités autonomes ont développé une fiche spécifique à l'hôpital de jour. La majorité des autres unités (autonomes et mixtes) utilisent un document commun à l'ensemble du service sur lequel est précisé le mode de prise en charge.

Dans les documents destinés aux patients et remis avant l'admission, nous retrouvons systématiquement des consignes liées aux traitements ou aux examens à réaliser. Dans les unités de chirurgie, un rendez-vous en consultation d'anesthésie est programmé.

En chirurgie ambulatoire (endoscopie digestive et gynécologie), les engagements du patient et de son accompagnant sont formalisés sur un document contractuel.

La comparaison des deux types d'unités ne met pas en évidence des circuits d'information plus performants dans les unités autonomes.

4 - C – 2 – 3 – La programmation de l'activité

Aucune des 12 unités n'a rédigé, ni mis en œuvre, de protocoles d'organisation sur le déroulement de prises en charge types.

Dans les unités autonomes, il existe un échelonnement de l'arrivée des patients dans 4 cas et les 2 autres unités ne peuvent pas le réaliser pour des contraintes liées aux examens de laboratoire ou au programme opératoire.

Cet échelonnement existe également dans les unités mixtes dans 3 à 4 cas, les 2 autres étant également soumis à des contraintes liées à l'anesthésie ou au bloc opératoire.

La comparaison des deux types d'unités ne permet pas de dégager une organisation de l'activité spécifique pour les unités autonomes.

4 - C – 2 – 4 – La mise en adéquation des ressources humaines

La mise en adéquation des ressources humaines en fonction du volume d'activité programmé en hospitalisation de jour n'est pas possible dans les unités mixtes.

Par contre, 4 unités autonomes déclarent la pratiquer dont 3 font directement référence à la souplesse apportée par le recours au personnel à temps partiel pour y parvenir.

Les 2 autres unités autonomes se caractérisent par une équipe trop limitée et une activité importante qui ne permettent en aucun cas de diminuer l'effectif présent, ni de le renforcer par des agents venant des unités conventionnelles elles-mêmes en sur activité constante.

Sur ce critère, nous pouvons donc conclure que la réalisation de l'activité ambulatoire dans une unité d'hospitalisation de jour autonome facilite effectivement la mise en adéquation des ressources humaines en fonction du volume d'activité programmé.

4 - C – 2 – 5 – Le recours aux prestataires externes

L'ensemble des entretiens confirme le recours important aux prestataires externes à l'unité d'hospitalisation.

Cependant, les accords institutionnels sont pratiquement inexistant, les rares cas cités lors des entretiens n'étant, par ailleurs, pas spécifiques à l'activité ambulatoire.

Même lorsqu'il existe des accords tacites ou négociés par le corps médical, ceux-ci concernent l'attribution préférentielle de créneaux horaires mais nécessitent toujours une prise de rendez-vous au cas par cas, ce qui ne permet pas aux unités de jour de s'engager, à leur initiative, sur la possibilité réelle de réalisation d'un examen ou d'un acte.

Pour les services de chirurgie, l'activité ambulatoire est intégrée au programme opératoire général du service et le seul accord concerne la réalisation de l'ambulatoire en début de programme.

La comparaison des deux types d'unités ne permet pas de dégager une organisation du recours aux prestataires externes spécifique pour les unités autonomes.

Excepté en ce qui concerne la mise en adéquation des ressources humaines, la comparaison des degrés de performance des différentes organisations au travers de la mise en place de procédures spécifiques et identifiées ne nous permet pas de valider l'hypothèse énoncée.

Pour mieux en comprendre les raisons, nous analyserons les éléments de réflexion apportés par les cadres infirmiers lors des entretiens.

4 - C – 3 – Les réflexions et les difficultés rencontrées dans les services

Nous présenterons ici, de manière globale pour les douze services étudiés, les réflexions avancées, en terme d'avantages, d'inconvénients et de difficultés rencontrées par les services dans le cadre de la réalisation de l'hospitalisation de jour.

Nous analyserons ces réflexions plus particulièrement dans les domaines de l'organisation, de l'amélioration des conditions de vie au travail et de l'optimisation des ressources humaines.

Nous constatons à nouveau que les réponses apportées sont très diversifiées et très variables d'un service à l'autre et qu'il est bien difficile d'en tirer des conclusions valables pour tous.

Nous n'exprimerons donc que les réflexions qui nous sont apparues les plus significatives.

En terme d'organisation, les cadres expriment qu'une connaissance anticipée de l'activité doit effectivement permettre de mieux organiser le travail et faciliter la gestion du personnel. Certains émettent des réserves liées aux risques importants de désorganisation dus à la prise en compte d'une activité non programmée ou à la forte dépendance par rapport aux éléments externes à l'unité. Ces situations, s'imposant aux équipes, viennent pénaliser les avantages attendus de l'organisation mise en œuvre.

Cette difficulté souligne l'importance d'isoler la prise en charge de l'activité programmée.

En terme d'amélioration des conditions de vie au travail, ce sont surtout les horaires réguliers et l'absence de week-ends, jours fériés et nuits à effectuer qui sont présentés comme des avantages. Les services où les équipes tournent sur les différents modes de prise en charge présentent ces avantages comme bénéficiant à tout le monde ; les unités autonomes n'en faisant alors bénéficier qu'un nombre limité d'agents.

En fait, cet avantage peut également être présenté comme un inconvénient pour certains agents car il s'accompagne de la suppression du paiement des indemnités de sujétions.

L'élément déterminant dépend ici plus de la situation individuelle et familiale de chacun et de son volontariat ou non pour un poste en hôpital de jour.

Dans le cas des équipes fixes, nous retrouvons également les notions de travail dévalorisé (tâches administratives pour les infirmiers, tâches d'entretien pour les aides-soignants) et d'image négative (service « cool ») de la part des autres unités, voire de la médecine du travail.

Il existe également un risque de démotivation professionnelle lorsque le choix du poste par l'agent ne s'est fait que sur des critères d'avantages personnels (horaires réguliers).

En terme d'optimisation des ressources humaines, nous retrouvons essentiellement la possibilité d'adaptation des effectifs à la charge de travail et la concentration des moyens sur la journée.

Quant aux difficultés rencontrées sur le terrain, elles peuvent être du fait du patient, de l'unité elle-même ou des prestataires externes.

Le patient peut ne pas se présenter sans prévenir ou ne pas pouvoir venir pour des raisons médicales. Dans ces deux cas, il existe un risque de désorganisation et une nécessité de programmer un nouveau séjour. Il peut également poser un problème médical au cours de la journée ou ne pas pouvoir sortir le soir, ce qui nécessite un relais rapide à prendre par les unités de conventionnel, voire par un autre service.

Dans l'unité, les difficultés proviennent surtout d'une programmation trop serrée (ou d'une mauvaise évaluation) de l'activité et de l'absence de marges de manœuvre provoquant un risque de désorganisation en chaîne de l'ensemble de l'activité.

En unité mixte de chirurgie, il est déploré une mobilisation difficile des chirurgiens et des anesthésistes pour l'activité ambulatoire, ce qui ne semble pas être le cas dans les unités de chirurgie ambulatoire autonomes.

Les difficultés les plus citées concernent les relations avec les prestataires externes et la forte interdépendance qui existe. Ces difficultés concernent l'obtention d'une heure précise de rendez-vous et le respect effectif de cet horaire qui dépend alors d'un nombre important d'intervenants (l'unité d'hospitalisation et le prestataire eux-mêmes bien sur, mais également les éventuels prestataires précédents, les équipes de brancardage, les aléas techniques).

Ces difficultés soulignent l'importance d'une bonne coordination des différents intervenants entre eux et la nécessité d'engagements réciproques.

Toutes ces difficultés énoncées ne nous paraissent pas représenter des justificatifs à l'absence de mise en œuvre de procédures spécifiques et identifiées permettant d'organiser au mieux la prise en charge des patients en hospitalisation de jour.

Nous pensons, au contraire, qu'elles résultent de l'absence de ces procédures et qu'elles démontrent bien la nécessité pour l'ensemble de l'encadrement infirmier (de l'infirmier général au cadre infirmier d'unité) de s'investir dans leur mise en place.

Nous terminerons l'exploitation de nos investigations de terrain par quelques commentaires sur les propositions et les attentes formulées par les cadres lors des entretiens.

4 - C – 4 – Les commentaires

Revenant à un cadre plus théorique, nous avons interrogé les cadres infirmiers sur les contraintes principales qu'ils associaient à l'activité d'hospitalisation de jour.

Analysées de façon globale, l'ensemble des réponses apportées nous permet de dresser un bilan quasi exhaustif des contraintes avancées en 2^{ème} partie.

L'élément le plus cité est la rigueur. Qu'il s'agisse de l'admission ou de l'information des patients, de la programmation de l'activité, de l'organisation de l'unité, de la coordination en interne et en externe et de bien d'autres éléments encore, tous les cadres soulignent l'importance d'évoluer dans un environnement parfaitement structuré et contrôlé.

Nous en déduisons donc que, malgré une mise en œuvre difficile, les cadres sont aujourd'hui, dans l'ensemble parfaitement sensibilisés à ces contraintes.

Les propositions faites et les attentes exprimées par les cadres sont souvent à relier aux difficultés rencontrées sur le terrain et n'apportent malheureusement que peu d'éléments dans la réflexion d'ensemble.

Nous pouvons cependant souligner des éléments significatifs tels que l'attente du soutien de l'infirmier général dans les projets de réorganisation et dans la mise en place d'horaires atypiques, répondant à l'organisation spécifique, ainsi que le rôle de fédérateur que peut jouer l'infirmier général entre les différents intervenants (hospitalisations, plateaux médicotechniques, services logistiques, ...).

5^{EME} PARTIE – ANALYSE ET PLAN D'ACTION

Les résultats de notre enquête sur le terrain mettent en évidence un décalage entre les conditions optimales d'organisation telles que nous les avons décrites dans notre deuxième partie et la situation réelle étudiée.

En réponse à ce constat, nous développerons maintenant les propositions que nous avançons pour permettre d'améliorer le fonctionnement des unités prenant en charge l'hospitalisation de jour, qu'elles soient existantes ou à créer.

Après un rappel de la conclusion des résultats de l'enquête, nous préciserons nos objectifs, la nature de nos propositions, ainsi que le rôle de l'infirmier général dans leur réalisation.

5 - A La conclusion des résultats de l'enquête

Au-delà d'avoir démontré qu'il n'existait pas de différence fondamentale entre les organisations mises en œuvre dans les unités autonomes ou mixtes, notre enquête a également mis en évidence plusieurs éléments déterminants.

La variété des réponses obtenues auprès des différents services étudiés a tout d'abord montré que chaque situation comportait une part d'éléments spécifiques qui répondaient à un contexte environnemental différent. L'objectif de ce travail n'étant pas de traiter chaque cas individuellement, nous ne retiendrons ici que les éléments applicables à l'ensemble des cas étudiés.

D'une part, bien qu'il y ait effectivement des règles de fonctionnement « tacites » ou négociées qui permettent à ces unités de fonctionner dans des conditions non optimales, mais cependant globalement correctes, nous avons constaté qu'il n'en existait pratiquement aucune formalisation réelle.

Les avantages et les inconvénients de ces règles sont ainsi, à priori, acceptés par les différents intervenants et les améliorations ponctuelles sont plus souvent le fruit d'une résolution de problème, isolée, basée sur une initiative individuelle, que d'une réflexion d'ensemble visant à une réorganisation complète de l'activité.

D'autre part, les difficultés exprimées par les cadres démontrent l'importance et la nécessité d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés et de la définition d'une organisation précise, rigoureusement coordonnée.

Les commentaires faits soulignent également leur sensibilisation et leur volonté à s'investir dans une dynamique de changement et d'amélioration dont ils ont cependant des difficultés à entrevoir les modalités pratiques de concrétisation.

5 - B Les propositions

Tout comme la conclusion de notre enquête, nous n'envisagerons ici que des propositions d'ordre général dont l'application devra ensuite être adaptée à chaque cas particulier, en fonction de son contexte propre.

La volonté de modifier une organisation en place se heurte souvent à la critique des acteurs concernés qui redoutent, dans un premier temps, que l'objectif réel ne consiste qu'à vouloir rationaliser leur travail au détriment de la qualité et de la sécurité de leurs prestations.

Tout changement passe donc par une phase préalable d'information et de négociation visant à convaincre de la pertinence des modifications souhaitées et de l'amélioration réelle attendue des propositions avancées. Nous situerons donc d'emblée l'ensemble de nos propositions dans le cadre d'une politique de communication et de concertation résolument ouverte et affichée officiellement comme telle.

Dans le cas présent de l'activité de jour, les objectifs de nos propositions seront d'inscrire le changement dans le contexte actuel de l'hôpital ; c'est-à-dire en référence aux textes réglementaires sur la réforme hospitalière et sur l'exercice professionnel de ses acteurs, en utilisant les opportunités offertes par leur mise en application.

Ces propositions s'inscriront également dans une dynamique de temps et d'étapes plus ou moins favorables par rapport, d'une part aux différents projets, d'établissement, médicaux et de soins infirmiers, et d'autre part aux événements pouvant intervenir.

En effet, certaines opportunités, telles les démarches de restructuration, sont des moments privilégiés pour envisager la formalisation de l'hospitalisation de jour. L'organisation peut en être étudiée en amont de la réalisation des structures et tous les impacts en matière de locaux, d'équipements et de ressources humaines peuvent alors être finement analysés.

De même, l'apparition d'une difficulté ponctuelle peut permettre la mise en place d'une

réflexion appropriée visant à éviter la récurrence d'une telle situation. Cette réflexion peut alors être élargie et amener à des modifications plus profondes de l'organisation existante.

Enfin, et surtout, nos propositions viseront à un véritable travail de coopération et de coordination entre les grands métiers de l'hôpital que sont les médecins, les soignants, les médico-techniques et les administratifs dont la mobilisation, tant individuelle que collective, est nécessaire pour parvenir ensemble à des résultats positifs.

Il serait en effet illusoire de croire que le moindre résultat pourra être atteint par la seule volonté de l'une ou l'autre personne, qu'il s'agisse de la conception des structures ou de la réalisation de l'activité.

En ce qui concerne les disciplines en cours de restructuration, et de manière générale, nous proposerons, chaque fois qu'un service ne réalisera pas une quantité d'activité suffisante pour justifier de son propre hôpital de jour, et chaque fois que cela sera possible bien entendu, de développer et de structurer l'hospitalisation de jour dans un processus de regroupements de disciplines compatibles entre elles, en cohérence avec les différents projets médicaux et en cherchant à obtenir des structures de taille optimale pour améliorer le fonctionnement économique et la qualité des prestations médicales et de soins.

Dans le cas de la chirurgie ambulatoire, nous proposerons de dissocier totalement la réalisation des interventions du reste du programme opératoire ; c'est-à-dire que nous nous positionnerons pour sa réalisation dans un bloc opératoire (ou éventuellement une salle dédiée) qui lui sera réservé, situé à proximité immédiate de l'unité clinique. Cette localisation favorisera la réalisation d'un circuit court et l'adoption d'un rythme différent tant pour les interventions que pour les entrées et les sorties des patients ambulatoires.

En ce qui concerne plus précisément l'organisation, nous proposerons de structurer sous forme de protocoles écrits, négociés et validés, un maximum de situations et de prises en charges spécifiques des patients relevant de l'activité réalisée, et de formaliser en conséquence les profils de postes des agents amenés à exercer dans ces unités.

Au-delà de ces protocoles et profils de poste, nous proposerons un recours large à la rédaction de documents d'information destinés aux patients, ainsi que de règlements intérieurs et/ou chartes de fonctionnement statuant du rôle précis et de l'engagement de chacun. Ce système d'information sera complété par le développement d'un dossier patient permettant le suivi et garantissant la traçabilité intégrale des soins effectués.

Afin de valoriser l'activité et le travail réalisés en hospitalisation de jour, nous proposerons par ailleurs de mettre en place une politique de promotion de ce mode de prise en charge en

favorisant sa prise en compte dans les projets, y compris de soins infirmiers, et en encourageant toutes les actions de communication sur le sujet, que ce soit en interne dans le service ou en externe.

Dans le cadre du recours aux prestataires externes, nous proposerons la rédaction, en commun, de cahiers des charges réciproques qui établiront au mieux des intérêts de chacun les règles de fonctionnement et les engagements pris pour permettre aux personnels chargés de la programmation de l'activité de disposer d'une maîtrise minimale sur les différents actes et examens à réaliser en dehors de l'unité d'hospitalisation.

Cette démarche peut parfaitement s'inclure dans le cadre de la mise en place des centres de responsabilité à l'hôpital, avec la mise au point des règlements intérieurs et des modalités de coopération entre différents centres de responsabilité.

Le recours à l'informatisation des procédures telles que, par exemple, la prise de rendez-vous ou l'organisation des déplacements des patients par une équipe de brancardage, pourra se révéler un atout complémentaire, non négligeable, dans la recherche de solutions.

Enfin, nous proposerons de mettre en place une évaluation des performances réalisées (respect des critères de programmation, respect des délais, ...), ainsi qu'une évaluation de la satisfaction des patients (en complément ou en adaptation des questionnaires de satisfaction réglementaires), portant sur des critères propres à l'hospitalisation de jour.

Afin d'illustrer ces propositions un peu théoriques, nous détaillerons, à titre d'exemple, comment la rédaction de protocoles, en interne ou avec un prestataire, peut s'inscrire dans la mise en application de la réforme hospitalière (ordonnance d'avril 1996).

En effet, si nous nous plaçons dans la perspective de l'accréditation des établissements de santé et donc dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche qualité, nous pouvons prendre comme référence le manuel d'accréditation des établissements de santé³⁰ et plus particulièrement les référentiels concernant le patient et sa prise en charge.

³⁰ « Manuel d'accréditation des établissements de santé », A.N.A.E.S., février 1999.

Nous disposons ainsi d'un ensemble de critères à satisfaire qui nous sont imposés³¹ :

« 1 – Droits et information du patient (DIP)

réf. 3 : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour.

réf. 4 : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins et son état de santé.

(...)

2 – Dossier du patient (DPA)

réf. 4 : La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.

réf. 5 : Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

(...)

3 – Organisation de la prise en charge (OPC)

réf. 6 : La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité clinique.

réf. 7 : La continuité des soins est assurée.

réf. 8 à 11 : Les professionnels (...) déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

(8) bloc opératoire

(9) pharmacie

(10) laboratoires

(11) imagerie et explorations fonctionnelles

réf. 12 : La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

(...) »

Qu'il s'agisse de l'information du patient, de la coordination des soins ou encore de la détermination en commun des règles de fonctionnement entre professionnels, nous retrouvons dans ces exemples de critères de nombreux éléments déjà cités comme nécessaires à la bonne organisation de l'activité de jour.

La mise en place progressive de la démarche qualité, avec pour finalité la satisfaction à l'ensemble de ces critères, pourra donc être utilisée comme un élément dynamisant et structurant dans la formalisation et l'application d'une organisation plus performante, répondant aux contraintes définies dans notre deuxième partie.

L'infirmier général, de part ses fonctions et son positionnement, peut et doit jouer un rôle actif dans la concrétisation pratique de ces propositions.

³¹ Extraits du manuel d'accréditation.

5 - C Le rôle de l'infirmier général dans l'application de ces propositions

La circulaire du 2 octobre 1990³² précise les fonctions des infirmiers généraux :

« (...)

Activités paramédicales

L'infirmier général :

1° Coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assure l'animation, l'encadrement et la coordination des personnels en fonctions dans les services de soins.

Pour l'exécution de cette mission, l'infirmier général coordonne les activités des surveillants chefs, des surveillants et plus généralement de l'ensemble des personnels infirmiers, des aides-soignants et des agents des services hospitaliers participant aux soins dispensés aux hospitalisés ou à l'accueil de ces derniers. Si l'infirmier général n'a pas qualité pour se livrer à un contrôle technique des activités des personnels paramédicaux autres que les personnels infirmiers, il est en revanche éminemment souhaitable que s'institue entre lui-même et les cadres des autres professions paramédicales une liaison permanente de façon que s'instaure, dans l'intérêt du malade, une dispensation efficace et coordonnée des soins.

(...)

2° Participe :

- à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux sous l'autorité du chef d'établissement en liaison avec le corps médical et avec les autres corps d'encadrement concernés ;

- à l'élaboration des projets de services ;

- à la qualité des soins donnés dans les services, à l'adaptation constante des techniques de soins, à la qualité de l'accueil et du confort hôtelier et, d'une façon générale, à l'amélioration constante des conditions de séjour des malades ;

- au respect des règles d'hygiène hospitalière ;

- à l'amélioration des conditions de travail des personnels soignants, en favorisant le développement de méthodes et de moyens techniques adaptés.

(...)

Activités d'administration générale

L'infirmier général :

(...)

4° Contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins et de leur évaluation. Il est nécessaire que l'infirmier général soit associé aux réflexions et actions menées en ce sens par les établissements.

(...) »

Dans ces missions, nous constatons bien que l'infirmier général doit jouer un rôle important, non seulement dans l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers, mais également dans le dialogue et les liaisons permanentes à instaurer avec les autres professionnels (paramédicaux), dépassant ainsi le seul cadre du service infirmier.

Nous y constatons également le rôle à jouer dans la conception, l'organisation et l'évolution des services médicaux.

³² Circulaire DH/8D n° 90-401 du 2 octobre 1990, relative à l'application du décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

Pour effectuer ces missions, l'infirmier général bénéficie d'un positionnement privilégié dans l'organigramme hospitalier. En effet, il est d'une part membre de l'équipe de direction, ce qui lui permet de participer directement et activement aux réflexions stratégiques et aux décisions prises, et il est d'autre part responsable et coordonateur de l'ensemble du service infirmier, ce qui lui permet d'initialiser et de contribuer à la mise en application de ces décisions.

Enrichi par son expérience professionnelle au sein des services de soins, il apporte également un niveau d'expertise que lui reconnaissent à la fois les médecins et les administratifs.

Enfin, son positionnement hors des différents services lui donne une vision plus globale de l'établissement et de ses impératifs de fonctionnement. Il lui permet également d'aborder plus sereinement des réflexions ou des modifications ayant des conséquences directes sur l'un et/ou l'autre service.

Dans le cadre de l'organisation des soins en hospitalisation de jour, l'infirmier général pourra donc intervenir à plusieurs niveaux.

Lors de l'élaboration des projets de restructuration, il se devra d'être un interlocuteur privilégié des concepteurs afin d'assurer la prise en compte effective des contraintes liées à l'activité médicale et soignante, tant dans ses dimensions fonctionnelles que ressources humaines.

Il enrichira ses propres réflexions par une concertation large avec les médecins et l'encadrement infirmier des services concernés auxquels il apportera, en adéquation avec ses propres convictions et la prise en compte des contraintes plus larges de l'établissement, un soutien généralement très attendu. Il s'assurera également de la prise en considération réciproque des contraintes propres aux différents acteurs concernés, y compris les services médico-techniques et logistiques.

Pour l'amélioration des organisations en place, il initialisera, chaque fois que nécessaire, la réflexion des équipes en les amenant à formaliser leur fonctionnement par la rédaction de documents écrits (protocoles, profils de postes, règlements, ...).

Il leur apportera, si nécessaire, une aide méthodologique et matérielle, visant, par ailleurs, à assurer une relative harmonisation des procédures en cours dans l'établissement.

Il s'assurera au fur et à mesure de l'avancée effective des réflexions en cours, de leur mise en application et de la valorisation des résultats obtenus.

Pour atteindre ces objectifs, il encouragera le recours aux possibilités offertes par

l'organisation hospitalière, telles que les conseils de services, par exemple, qui permettent de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés au sein du service et de réunir autour d'une même problématique les médecins et les soignants.

Au sein du service infirmier de son établissement, il favorisera une politique de communication visant à faire connaître et reconnaître l'activité spécifique de jour et son importance. A cet effet, il incitera les personnels concernés à présenter ce qui a été mis en place par leurs équipes, tant médicales que paramédicales.

Ces présentations qui pourront avoir lieu lors de réunions de cadres, de réunions de service ou de toute autre manifestation professionnelle obligeront, de fait, les équipes à réfléchir ensemble et à formaliser leurs objectifs de soins et leur organisation, ce qui contribuera encore à leur amélioration.

Il intégrera enfin le développement de l'hospitalisation de jour au projet de soins infirmiers, en continuité et en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical, et il rendra compte de son avancée dans le rapport d'activité du service de soins infirmiers.

CONCLUSION

Après avoir fait un bilan de l'évolution des structures hospitalières et des différents modes de prise en charge des patients en France, nous avons plus particulièrement étudié le développement de l'activité réalisée en hospitalisation de jour, ainsi que les contraintes d'organisation qui lui sont attachées.

Nous avons constaté que cette activité pouvait être réalisée soit dans des unités cliniques totalement autonomes, soit au sein d'unités d'hospitalisation complète.

L'enquête réalisée sur le terrain n'a pas démontré la mise en œuvre d'une organisation différente, fondamentalement plus performante, dans les unités autonomes.

Les enjeux que représente la programmation de l'activité, en particulier en hospitalisation de jour restent cependant importants en matière d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, d'amélioration des conditions de vie au travail des personnels et d'optimisation des ressources humaines. Basés essentiellement sur l'organisation en place, ils justifient la mise en œuvre d'une politique de développement et d'amélioration constante dans laquelle l'infirmier général a un rôle important à jouer.

Le développement de l'activité ambulatoire, en remplacement partiel de l'activité conventionnelle, représente aujourd'hui une évolution incontestable de l'hôpital.

Sans comparaison trop hâtive avec les Etats-Unis où il existe déjà des établissements uniquement dédiés à la chirurgie ambulatoire, nous pouvons raisonnablement avancer que, dans quelques années, l'hospitalisation de jour représentera une part importante de l'activité de l'hôpital.

Ce développement s'accompagnera d'une évolution également importante des plateaux médico-techniques qui seront de plus en plus sophistiqués et performants. Au-delà de la prestation de service qu'ils apporteront aux unités d'hospitalisation conventionnelle et de soins intensifs, ils s'ouvriront eux-mêmes à l'activité ambulatoire.

Le service infirmier, coordonné et représenté par son infirmier général, doit s'investir dès à présent pour accompagner et orienter, en concertation et en collaboration avec les autres professionnels de l'hôpital, la dynamique de changement qui s'est instaurée.

Ce n'est qu'à cette condition que l'ensemble de l'activité hospitalière, réorganisée par modes de prise en charge des patients, pourra bénéficier des enjeux attendus et non subir cette évolution au travers de ses seules contraintes et difficultés.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- FOURNIER Véronique, "**L'hôpital sens dessus dessous**", Paris, éditions Michalon, 1996

- HOET Thierry, "**L'hôpital confronté à son avenir**", Paris, éditions Lamarre, 1998

- HUBINON Myriam, "**Management des unités de soins, de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité**", Bruxelles, éditions De Boeck Université, collection Savoirs et santé, 1998

- LIVIAN Yves Frédéric, "**Introduction à l'analyse des organisations**", Paris, éditions Economica, collection Gestion Poche, 1995

- PEIGNE Francis & FONTENEAU Robert, "**Porte ouverte sur l'hôpital**", Paris, éditions ESKA, 1995

- SERAQUI Michel, "**Guide de l'ambulatoire**", Rennes, éditions E.N.S.P., 1998

- TONNEAU Dominique, "**L'organisation du travail dans les services de soins**", Lyon, éditions de l'A.N.A.C.T., collection Outils et méthodes, 1996

- BROSSARD Marie-Hélène, "**Evolution des modes d'hospitalisation vers l'hôpital de jour et l'hôpital de semaine**", séminaire interprofessionnel 1994, Rennes, E.N.S.P., 1994

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- BAZIN Guy, **"Faut-il séparer le patient ambulatoire du patient hospitalisé ?"**, techniques hospitalières, juin 1999, n° 637, pp. 68-70

- CHARIGNON Raphaëlle, **"L'hôpital réinventé"**, gestions hospitalières, décembre 1998, n° 381, pp. 804-810

- ETOURNEAU Claire, **"La chirurgie ambulatoire avance à petits pas"**, décision santé, décembre 1998, n° 138, pp. 29-33

- G.A., **"La chirurgie ambulatoire, pratique de l'an 2000"**, décision santé, décembre 1997, n° 122, pp. 35-37

- HOLLENDER Louis-François, **"La chirurgie sans hospitalisation, rapport de la conférence de consensus"**, revue hospitalière de France, mars-avril 1995, n° 2, pp. 156-165

- OLIVIER Aurélie, **"Où en est la chirurgie ambulatoire ?"**, gestions hospitalières, mai 1998, n° , pp. 353-355

- RAIMBEAU Guy, **"Les unités de chirurgie ambulatoire : le centre de la main d'Angers"**, revue hospitalière de France, janvier-février 1999, n° 1, pp. 59-60

- SERAQUI Michel, **"Interview du Dr Jean-Patrick SALES"**, techniques hospitalières, juin 1999, n° 637, p. 72

- SERAQUI Michel, **"Le 3^e congrès international de chirurgie ambulatoire à Venise"**, techniques hospitalières, juin 1999, n° 637, pp. 71-72

- TRABACCHI Ghislaine, **"Enjeux politiques de la prise en charge ambulatoire"**, revue de l'infirmière, mars 1997, n° 160, pp. 28-29

- TRABACCHI Ghislaine, **"Enjeux économiques de la prise en charge ambulatoire"**, revue de l'infirmière, mars 1997, n° 160, pp. 30-32

BIBLIOGRAPHIE

Textes réglementaires concernant les missions de l'infirmier général

- **Décret n° 89-758** du 18 octobre 1989, portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière
- **Décret n° 94-904** du 18 octobre 1994, modifiant le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière
- **Circulaire DH/8D n° 90-401** du 2 octobre 1990, relative à l'application du décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

Textes réglementaires concernant les alternatives à l'hospitalisation

- **Loi n° 91-748** du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière
- **Décret n° 92-1100** du 2 octobre 1992, portant application de l'article L. 712-10 du code de la santé publique
- **Décret n° 92-1101** du 2 octobre 1992, relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique
- **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 en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code
- **Circulaire DGS-SP 1-VS 1/DSS-1 A/DH-EO-AF 2 n° 97-790** du 16 décembre 1997 Relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale

ANNEXES

Identification du service :

1 - Quelle est la nature de l'activité ambulatoire programmée prise en charge dans votre service ?

(préciser les pathologies concernées et/ou les actes ou soins réalisés les plus représentatifs)

2 - Dans quelle unité est prise en charge cette activité ?

- S'agit-il
- d'une unité d'hospitalisation conventionnelle
 - d'un hôpital de jour au sein d'une unité conventionnelle
 - d'un hôpital de jour autonome
 - autre (à préciser)

Commentaires :

Dans le cas d'un hôpital de jour autonome

- assure-t-il exclusivement la prise en charge d'une activité programmée ? oui
non

3 – Qui prend en charge cette activité ?

- S'agit-il
- de l'équipe affectée à l'unité conventionnelle
 - d'une équipe autonome pour cette activité
 - autre (à préciser)

Commentaires :

4 – Quel est le mode d'entrée pour cette activité ?

- S'agit-il
- rendez-vous pris en consultation dans le service
 - adressage par un autre service
 - adressage par un médecin libéral
 - reconvoication après hospitalisation
 - autre (à préciser)

Commentaires (mode d'entrée des patients) :

5 – Comment est réalisée la programmation des admissions en ambulatoire programmé ?

6 – Qui est responsable de cette programmation des admissions ?

7 – Un recueil de données sur le patient est-il effectué lors de la programmation de l'admission ?

oui non

Ce relevé est-il effectué sur un document type ? oui

non

Si oui, lequel ?

Existe-t-il un document destiné à l'unité d'hospitalisation ? oui

non

Si oui, lequel ?

Existe-t-il un document destiné au patient ? oui

non

Si oui, lequel ?

Si l'activité ambulatoire programmée est réalisée au sein d'une unité d'hospitalisation conventionnelle, comment les différents modes de prise en charge s'articulent-ils entre eux ?

12 – Avez-vous recours à des prestations extérieures à l'unité ?

(plateau d'imagerie, bloc opératoire, préparation centralisée des antimétabolites, équipe de brancardage,)

oui

non

si oui, préciser le(s)quel(s) :

13 – Quelle organisation spécifique avez-vous mise en œuvre avec ces prestataires extérieurs pour prendre en charge votre activité ambulatoire programmée ?

14 – Cette organisation spécifique fait-elle l'objet d'un accord institutionnalisé ?

(charte, contrat, cahier des charges,)

oui

non

si oui, préciser le(s)quel(s) et ses (leur) modalité(s) de création :

si non, sur quel type d'accord votre organisation repose-t-elle ? :

15 – Quels sont, pour vous, dans votre situation, les avantages et les inconvénients, en terme D'ORGANISATION DES SOINS, de la prise en charge de l'activité ambulatoire programmée ?

Avantages :
Pourquoi ?

Inconvénients :
Pourquoi ?

16 – Quels sont, pour vous, dans votre situation, les avantages et les inconvénients, en terme D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, de la prise en charge de l'activité ambulatoire programmée ?

Avantages :
Pourquoi ?

Inconvénients :
Pourquoi ?

17 – Quels sont, pour vous, dans votre situation, les avantages et les inconvénients, en terme D’OPTIMISATION DES RESSOURCES HUMAINES, de la prise en charge de l’activité ambulatoire programmée ?

Avantages :
Pourquoi ?

Inconvénients :
Pourquoi ?

18 – Quelles DIFFICULTES rencontrez-vous dans la prise en charge de l’activité ambulatoire programmée ?

19 – Quelles sont, pour vous, dans un cadre plus général, les CONTRAINTES liées à la prise en charge de l’activité ambulatoire programmée ?

20 – Quelles sont vos PROPOSITIONS pour améliorer, dans un cadre plus général, l'organisation des soins dans la prise en charge de l'activité ambulatoire programmée ?

21 – Comment l'infirmier général peut-il vous aider à améliorer l'organisation des soins dans la prise en charge de l'activité ambulatoire programmée ? Quelles sont vos attentes ?

(en tant que responsable du service de soins infirmiers, mais également en tant que membre de l'équipe de direction)

22 – Autres Remarques et Commentaires

Identification de la (des) personne(s) ayant participé à l'entretien

Nom(s)	prénom(s)	grade	N° de poste
CHRU			

Unités de jour autonomes

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
TYPLOGIE						
Activités principales	Onco-hématologie (chimiothérapies et dérivés sanguins) Suivi d'évolution Traitements	Chimiothérapies Suivi d'évolution Traitements Tests spécifiques	Tests, bilans, examens Diagnostique Suivi d'évolution	Ortho-traumato Viscéral Bloc opératoire Sauf bilans scoliose	I.V.G. Curetages Exérèses nodule du sein Traitements Hystérosopies diagnostiques	Chimiothérapies Produits sanguins Pose de P.A.C.
NB de places	16 lits installés	15 lits installés	6 lits installés (2 places officielles)	5 lits installés + 1 chambre de 4 lits en conventionnel	15 lits installés	8 lits installés
Utilisation	Possibilité 2 patients successivement pour un même lit	1 lit = 1 patient = 1 jour	1 lit = 1 patient = 1 jour	1 lit = 1 patient = 1 jour	1 lit = 1 patient = 1 jour	Possibilité 2 patients successivement pour un même lit
Activité non programmée	Oui (patients connus et suivis)	Oui (tests réalisés pour les hospi conventionnelles)	Non	Non	Non	Oui (patients suivis qui saignent p. ex.)
Particularités fonctionnement	Ouverture possible le samedi matin (activité en conv. le dimanche matin ?)		4 lits utilisés au détriment de l'hôpital de semaine	Relais pris par les unités de conventionnel après 17 heures (transfert des enfants)	1 IDE et 1 AS se déplacent au bloc opératoire pour la réalisation des IVG	
Composition de l'équipe	7 puéricultrices (IDE) 3 auxiliaires de P 2 hôtesses (ADP)	4 IDE 3 AS 1 hôtesse	Equipe commune H. C. / H. S. / H.J. / CS 2 semaines en H. Jour sur 12	1 puéricultrice 1 auxiliaire de P	6 IDE 4 AS	2 IDE 1 AS 1 hôtesse (AS)
Temps partiel	6 x 0.80	2 x 0.80		non	1 x 0.90 / 4 x 0.80 / 1 x 0.50	non
Equipe médicale affectée à l'H.J.	Oui 3 internes	Oui 1 interne	Non	Non	Oui	Oui

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
DESCRIPTION ORGANISATION (1)						
Mode d'entrée	Après consultation Reconvocations	Après consultation Reconvocations	Après consultation Reconvocations	Après consultation Reconvocations Suivi d'enfants brûlés vus initialement aux urgences (programmés)	Après consultation	Après consultation Reconvocations
Program mation des admission s	Pas de planning Par l'hôtesse d'hôpital de jour Négociation de la date avec les parents	Selon planning d'occupation des lits Par l'hôtesse d'hôpital de jour Patient convoqué mais appel téléphonique pour valider la date	Selon planning d'occupation des lits Par une infirmière coordinatrice Réunion hebdomadaire médecins / IDE coord. Patient convoqué	Sur cahier des entrées (unique pour le service) En lien avec les plages du bloc opératoire Chirurgien gère son activité L'occupation des chambres suit le planning des blocs Régulation par le C.I.	Selon agenda / jour (tenu en consultations) 9 IVG max. 6 chir ambul max. Par IDE de consultation pour les IVG Par secrétaire d'hospitalisation pour la chir ambul	Sur cahier de rendez-vous Par l'hôtesse d'hôpital de jour Après accord IDE ou médecin
Recueil de données initial (lors de la décision de faire venir en hôpital de jour)	Sur fiche de liaison HCD (document spécifique)	Sur dossier de consultation qui suit la feuille de programmation (document commun)	Sur dossier médical (initialisé en consultation)	Sur dossier médical (initialisé en consultation)	Sur dossier médical (initialisé en consultation)	Sur cahier de rendez-vous +/- sur dossier médical
Documen t destiné à l'unité de jour	Fiche de liaison HCD (document spécifique) + bons d'examens faits	Fiche de transmissions (document commun)	Fiche de transmission (document spécifique)	Dossier médical Cahier des entrées	Dossier médical Fiche d'intervention Consultation anesthésie	Dossier médical Fiche de prescription de chimiothérapie
Documen t destiné au patient	Convocation + consignes / examens	Convocation + consignes / examens	Convocation + consignes / examens	Fiche de consignes +/- convocation Consultation anesthésie	Fiche de consignes Consultation anesthésie Engagement du patient	Convocation (ou appel téléphone)

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
DESCRIPTION ORGANISATION (2)						
Programmation déroulement du séjour	Prise des R/V par l'hôtesse de l'H.J. Programmation hebdomadaire des H.J. - le vendredi : sortie des dossiers de la semaine suivante et début de préparation - la veille : préparation des examens, documents divers et commandes Par l'équipe	Prise des R/V par l'hôtesse de l'H.J. Demandes d'examens établies par les médecins	Prise des R/V + organisation de la journée par l'IDE coordinatrice Réunions de synthèse hebdomadaires avec les médecins, les IDE et l'IDE coordinatrice	Programmation hebdomadaire + mise à jour par la puéricultrice Vérification du planning tous les matins à 7 H par l'hôtesse du service	Intégration des interventions ambulatoires dans le programme du bloc opératoire (réunion hebdomadaire) Vérification par le C.I. ou l'équipe	Programmation de l'occupation des lits heure par heure par les IDE, en fonction des temps prévus d'hospitalisation, de la durée des différents traitements et des règles d'enchaînement
Protocoles d'organisation sur le déroulement de la journée	Non Sauf pour 1 cas (ponction biopsie rénale)	Non	Non	Non Fiche de poste - puéricultrice - auxiliaire de P	Non En cours de rédaction	Non

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
DESCRIPTION ORGANISATION (3)						
<i>Organisation mise en place pour le séjour du patient</i>						
Pré-admission	Oui Pour les enfants connus	Oui Etiquettes la veille	Oui Etiquettes la veille	Oui Etiquettes la veille		Oui Etiquettes la veille
Passage au Bureau des Entrées	Uniquement la première fois (parent)	Oui (rapide = confirmation)	Oui (rapide = confirmation)	Non	Oui	Uniquement la première fois
Accueil	Par l'hôtesse	Par l'hôtesse	Par l'hôtesse	Par l'hôtesse (signatures des permis d'anesthésie et d'intervention)		Par l'hôtesse
Installation	Par puéricultrice et/ou ADP	Par l'AS	Par l'hôtesse	Par puéricultrice et/ou ADP		Par l'IDE
Prise en charge / garantie du bon déroulement de la journée	Par binôme (puer+ADP)	Par IDE	Par IDE	Par puéricultrice et/ou ADP	Par binôme (IDE+AS)	Par l'IDE
Accompagnement Hors du service	Par les parents (règlement intérieur)	Par personnel de l'unité	Par les ambulanciers	Pool brancardage		
Sortie	Validée par l'interne	Validée par l'interne		Validée par chirurgien et anesthésiste Toujours accompagné	Validée par chirurgien et anesthésiste + Signature de l'accompagnant	
Courrier		Lettre-type à la sortie Courrier suit (résultats)	Courrier suit (résultats)	Remis à la sortie + convocation en CS	Remis à la sortie (courrier type)	Remis à la sortie + convocation
Si sortie impossible	(n'arrive jamais)	Transfert en hôpital de semaine ou unité conventionnelle	(n'arrive jamais)	Transfert en unité conventionnelle (ortho ou viscérale)	Transfert en unité conventionnelle	Transfert en unité conventionnelle ou à l'extérieur si nécessaire

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
DESCRIPTION ORGANISATION (4)						
Organisation mise en place pour le séjour du patient						
Supports d'information spécifiques à l'unité	Mini dossier ARH		Fiche spécifique pour les transmissions		Feuille de soins spécifique	
Autres supports d'information	Dossier hématonco Fiche de transmissions du dossier de soins Classeur global Planning magnétique	Classeur personnalisé pour les chimiothérapies Feuilles spécifiques pour les différents tests Registre de transmissions		Dossier de soins complet si enfant venu en conventionnel Sinon utilisation d'un nombre limité de feuilles du dossier de soins		Utilisation d'une partie limitée du dossier de soins Archivage à l'hôpital de jour Fiche de prescription de chimiothérapie
Effectif présent	3 ou 4 PDE 8H (8H) 8H30 9H 2 ou 3 ADP 7H30 (8H) 8H30 2 hôtesse 7H30 8H Postes continus Les derniers arrivés assurent la fermeture	3 ou 4 IDE 7H 8H (8H) 8H30 2 AS 7H 8H (+ 1 AS à 9H partagée hôpital de semaine) 1 hôtesse Postes continus Les derniers arrivés assurent la fermeture	2 IDE 7H30 8H 1 AS 8H Postes continus	1 PDE à 7H30 1 ADP à 7H30 30 minutes de coupure max. = 9 heures de travail Fermeture de l'unité si gros problème d'effectif sur l'ensemble du service (activité ambulatoire réalisée en conventionnel)	4 ou 5 IDE 7H (7H) 7H30 8H 8H30 4 AS 7H 7H30 8H 8H30	2 IDE 8H 8H? 1 AS 1 hôtesse
Adaptation des ressources humaines / charge de travail	Oui En + ou en – (/temps partiels)	Oui En + ou en – (/temps partiels)	Oui Récupération ou autre unité	Entraide avec l'unité d'hospitalisation conventionnelle	Oui En + ou en – (/temps partiels)	Difficile ? limitation de l'activité

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
DESCRIPTION ORGANISATION (5)						
<i>Recours aux prestataires extérieurs</i>						
Liste des prestataires principaux	Pharmacie Reconstitution des cytostatiques Ets de transfusion Laboratoires Imageries Bloc opératoire ...	Pharmacie Reconstitution des cytostatiques Imageries Bloc opératoire Fibroskopie bronchique EFR Autres plateaux de consultations Scintigraphie ...	Laboratoires Imageries Echographie Consultation d'ophtalmologie ...	Consultation anesthésie Bloc opératoire Pool de brancardage Imageries EFR pédiatriques Consultation de cardiologie infantile Laboratoire (héματο) Psychologue ...	Consultation gynéco Bloc opératoire Imageries Echographie Laboratoires ...	Pharmacie Reconstitution des cytostatiques Ets de transfusion Imageries Bloc opératoire Autres consultations ...
Organisation mise en œuvre	Prises de rendez-vous au cas par cas	Prises de rendez-vous au cas par cas	Prises de rendez-vous au cas par cas	Prises de rendez-vous au cas par cas	Prises de rendez-vous au cas par cas	Prises de rendez-vous au cas par cas
Accords institutionnalisés	Non	Non	Non	Non	Non	Oui (cahier des charges réciproques avec l'U.R.C.C.)
Autres accords	Négociation concertée de tous les circuits lors de l'ouverture de l'établissement et bilans réguliers Quelques écrits dans les comptes rendus Procédure U.R.C.C. « OK CURE » pour la reconstitution centralisée des cytostatiques	Procédure U.R.C.C. « OK CURE » pour la reconstitution centralisée des cytostatiques		Quelques créneaux horaires réservés dans certains cas, mais ne peuvent être confirmés qu'après une prise de rendez-vous Créneaux horaires réservés au bloc opératoire pour la chirurgie ambulatoire mais s'inscrit toujours dans la plage horaire du chirurgien (rôle important des C.I. du bloc et de l'H.J. pour vérifier la faisabilité)	Créneau réservé en imagerie à 8H pour le repérage de nodules Accords médicaux : Chaque chirurgien dispose de plages opératoires dans lesquelles il ne peut programmer plus de 2 interventions traditionnelles Le reste du temps est réservé à l'ambulatoire qui est réalisée en début de programme	Bloc opératoire = 2 ½ journées réservées par semaine Procédure U.R.C.C. « OK CURE » pour la reconstitution centralisée des cytostatiques

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
---------	-----------	----------------------------	----------------	---------------------	-------------	------------------

REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (1)

Dans le cadre des différents services rencontrés

Avantages / organisation	<p>Gestion facilitée du personnel</p> <p>Meilleure prévision de l'activité</p>	<p>Possibilité d'une sectorisation équilibrée des patients et des soins</p> <p>Suivi des patients réguliers par une équipe fixe</p>	<p>Organisation satisfaisante / bonne programmation en amont</p>	<p>Meilleures relations avec le bloc opératoire</p>	<p>Effet bénéfique indirect sur l'unité conventionnelle</p> <p>Meilleure disponibilité du personnel</p> <p>Maîtrise de l'activité (charge de travail)</p>	<p>Apporte une réponse à la sur activité du service en conventionnel</p> <p>Bonne connaissance en amont de la charge de travail</p>
Inconvénients / organisation	<p>Risques de désorganisation liée à une activité imprévue</p> <p>Dépendance forte vis-à-vis d'un grand nombre d'intervenants médicaux</p> <p>Hyperspécialisation de quelques examens avec puéricultrices référentes (discipline d'origine)</p>	<p>Difficulté de remplacement des agents en cas d'arrêt maladie (spécialisation)</p> <p>Irrégularité du flux de l'activité (dépendant de la présence des médecins)</p>		<p>Nécessité du relais à prendre par l'unité conventionnelle (l'activité ambulatoire n'y est pas une priorité)</p>		<p>Difficulté de diminuer l'activité en fonction des ressources humaines et donc surcharge de travail</p> <p>Sorties différées des patients difficiles à gérer</p> <p>Equipe autonome limitée avec difficulté de remplacements</p>

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
---------	-----------	----------------------------	----------------	---------------------	-------------	------------------

REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (2)

Dans le cadre des différents services rencontrés

Avantages / amélioration des conditions de vie au travail	<p>Absence de monotonie</p> <p>Horaires réguliers (1 samedi matin parfois)</p>	<p>Horaires réguliers (pas de nuit, ni de week-end)</p> <p>Pas de stress lié aux urgences</p> <p>Relation différente avec les patients (autonomes)</p> <p>Possibilité de remplir un rôle éducatif du patient (école de l'asthme)</p> <p>Variété de l'activité (peu de routine)</p>	<p>Les agents ne font que 2 week-ends sur 12 (lors de leur passage en unité conventionnelle)</p>	<p>Horaires réguliers</p> <p>Amélioration des conditions de vie personnelles et familiales</p> <p>Valorisation de la fonction (reconnaissance et autonomie)</p> <p>Liberté d'aménagement des horaires en fonction de l'activité</p>	<p>Horaires réguliers 7H - 17H30 max. (pas de nuit, ni de week-end)</p>	<p>Horaires réguliers 8H - 18H30 max. (pas de nuit, ni de week-end)</p> <p>Relation différente avec les patients qui reviennent régulièrement</p> <p>Meilleure cohésion de l'équipe (médecins et soignants) car peu nombreux</p>
--	--	--	--	---	---	--

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (2)						
Dans le cadre des différents services rencontrés						
Inconvénients / amélioration des conditions de vie au travail	<p>Image négative perçue par les autres unités (« service cool »)</p> <p>Stress lié au rythme soutenu des examens et des bilans</p> <p>Nécessité d'une vigilance accrue par rapport au respect du déroulement dans le temps (charge de travail importante, physique et morale)</p> <p>Pas de vision globale de l'enfant qui ne fait que passer</p> <p>Prise en charge relationnelle différente des enfants</p> <p>Petite équipe avec des problèmes liés aux conflits de personnes</p>	<p>Image négative perçue par les autres unités (« service cool »)</p> <p>Image déformée perçue par la médecine du travail (postes allégés)</p> <p>Perte des indemnités de sujétions</p> <p>Peu de jours de repos en semaine</p> <p>Nécessité d'arrangements pour les congés car petite équipe</p>	<p>Moins bonne connaissance des patients (absence de suivi)</p> <p>Evolution rapide des protocoles d'exams (toujours se tenir au courant)</p>	<p>Pas d'inconvénients dans la mesure où il s'agit d'un choix des agents</p>	<p>Beaucoup de brancardage (accompagnement des patientes au bloc opératoire)</p> <p>beaucoup de tâches d'entretien</p>	<p>Assurer le suivi du patient jusqu'au bout (soins palliatifs) ce qui est lourd pour une équipe restreinte</p>

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (3)						
Dans le cadre des différents services rencontrés						
Avantages / optimisation des ressources humaines	Possibilité d'adapter l'effectif présent à l'activité (ou l'activité à l'effectif)	Mobilité interne des agents sur l'hôpital de semaine et la consultation	Possibilité de dégager des ressources humaines si l'activité programmée est faible Réorganisation de l'activité par modes de prise en charge des patients	(2 agents concernés)	Possibilité d'adapter l'effectif présent à l'activité	Concentration des moyens sur la journée Prise en charge d'une activité qui ne pourrait pas être assumée en conventionnel (par sur activité et manque de personnel)
Inconvénients / optimisation des ressources humaines	Risque d'effectif un peu juste Difficulté de jongler avec les effectifs du conventionnel quand problèmes Risque d'installation dans la « routine » de certains agents avec baisse de la disponibilité (situation installée / avantages acquis			(2 agents concernés)		

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (4)						
Dans le cadre des différents services rencontrés						
Difficultés rencontrées	<p>Sensibilisation des médecins au caractère polyvalent de l'unité (nombreux intervenants)</p> <p>Désorganisation en chaîne si non respect du circuit programmé de l'enfant</p> <p>Nécessité de réajustements nombreux avec les prestataires (perte de temps)</p> <p>Eloignement de l'unité (personnel appelé à sortir pour tubes ou pharmacie urgents)</p>		<p>Programmation trop serrée pour un patient ne laissant aucune marge de manœuvre (patient qu'il aurait mieux valu programmer en hôpital de semaine)</p>	<p>Sous estimation de l'activité qui implique :</p> <p>Activité développée avec des ressources humaines insuffisantes</p> <p>Activité développée dans des locaux sous dimensionnés</p>	<p>Gérer les sorties différées au lendemain (quelle qu'en soit la raison) car places limitées en conventionnel</p> <p>Gérer les sorties tardives (accompagnant qui n'arrive pas)</p> <p>Pallier les absences inopinées</p>	<p>Evolution de la nature des soins – protocoles de plus en plus lourds et de plus en plus nombreux – sans réajustement du nombre de places et des ressources humaines</p> <p>Sur activité du service entraînant un glissement des patients de plus en plus rapide vers l'hôpital de jour</p>

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du san
---------	-----------	----------------------------	----------------	---------------------	-------------	-----------------

**REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (5)
DANS UN CADRE GENERAL**

<p>Contraintes liées à l'activité ambulatoire programmée</p>	<p>Rigueur</p> <p>Bonne coopération entre unités conventionnelles et hôpital de jour</p> <p>Respect du caractère programmé de l'activité</p> <p>Importance de la qualité des relations interpersonnelles au sein d'une petite équipe qui travaille toujours ensemble</p>	<p>Rigueur</p> <p>Organisation structurée</p> <p>Bien avoir fixé les bases du fonctionnement</p> <p>Bonne information des patients</p> <p>Qualité des relations humaines (savoir écouter et rassurer)</p> <p>Esprit d'initiative, d'anticipation et d'organisation</p> <p>Bonne connaissance des examens à réaliser</p> <p>Capacités d'adaptation permanente</p> <p>N'y avoir qu'une seule personne responsable de la programmation</p> <p>Equipe autonome et responsable avec un référent médical</p> <p>Coopération étroite avec l'unité de consultations</p>	<p>Rigueur dans la programmation</p> <p>Evaluation précise et exacte des temps pour garantir le respect de la programmation</p> <p>Bonne coordination en interne</p> <p>Bonne coordination avec les partenaires extérieurs</p> <p>Concordance des programmes établis en hôpital de jour et des programmes d'examens établis par les prestataires</p>	<p>Locaux adaptés à l'activité (nombre de places)</p> <p>Personnel fiable</p> <p>Bonne programmation (équilibrée)</p>	<p>Coordination et complémentarité entre chirurgiens et anesthésistes</p> <p>Capacités relationnelles du personnel (savoir tout faire vite sans stresser la patiente) + prise en charge particulière des IVG</p> <p>Organisation irréprochable</p> <p>Patients volontaires pour la chirurgie ambulatoire (sur proposition du chirurgien)</p>	<p>Disposer d'un bon recueil de données avant l'hospitalisation</p> <p>Bon niveau de compétences de chacun au sein de l'organisation spécifique</p> <p>Bonne cohésion de l'équipe</p> <p>Disposer d'un effectif suffisant en permanence (dès qu'il manque quelqu'un, ça ne fonctionne plus)</p>
---	--	---	--	---	--	---

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (6) DANS UN CADRE GENERAL						
Propositions	Désignation d'un coordinateur médical (soutien auprès des différents médecins)					
Attentes /infirmier général	<p>Apporter un œil extérieur sur l'organisation</p> <p>Légitimer des temps de réunions d'équipe, nécessitant de diminuer l'activité</p> <p>Assurer une présence qui revalorisera les personnels travaillant en hôpital de jour</p> <p>Affecter un C.I. uniquement pour l'hôpital de jour</p>	Prendre conscience de l'activité réelle en hôpital de jour		<p>Soutien (y compris lors des propositions d'évolution de la structure)</p> <p>Moyens humains adaptés à l'activité</p> <p>Aide méthodologique pour l'évaluation de la mise en place de l'hôpital de jour (critères, indicateurs, ...)</p>	Pallier l'absentéisme de longue durée	<p>Ressources humaines adaptées en nombre (pool de remplacement ?)</p> <p>Disposer d'indicateurs précis de l'activité de tout l'établissement permettant un redéploiement équilibré entre les différents services</p>

Service	Pédiatrie	Pneumo-immuno-allergologie	Endocrinologie	Chirurgie infantile	Gynécologie	Maladies du sang
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (6)						
Remarques et commentaires divers	<p>Problèmes liés à l'exiguïté des locaux</p> <p>Risque de diminution de la qualité des soins (mauvaise vision de l'enfant et de son suivi)</p>	<p>Meilleure qualité de l'accueil du patient (personnalisation)</p> <p>meilleure qualité des soins</p>	<p>Avantage certain pour le patient car tout est regroupé sur une seule journée</p> <p>Réserve formulée concernant l'infirmière coordinatrice :</p> <p>Avantage =</p> <p>1 seule personne de référence</p> <p>Inconvénients =</p> <p>Située hors de l'équipe (reconnaissance faible)</p> <p>Dépendance médicale forte (sur-programmation)</p> <p>Ne remplace pas en cas de problème d'effectif</p> <p>Ambiguïté / rôle du CI</p> <p>Attention au profil de poste !</p>	<p>Meilleur accueil des enfants et des familles car l'activité de jour n'était pas une priorité en conventionnel</p> <p>Réserves émises car ouverture effective de l'unité très récente (l'activité était assurée en conventionnel par manque d'effectif)</p> <p>ouverture possible car obtention d'un demi-poste de puéricultrice et volontariat des 2 agents pour l'hôpital de jour</p>	<p>Clause de conscience pour l'activité d'I.V.G. Personnel uniquement volontaire</p> <p>Difficile de répondre pour l'optimisation des ressources humaines car modification de la structure, de l'activité et de l'organisation lors du déménagement à JDF</p>	-

Activité ambulatoire réalisée dans une unité dédiée à un autre mode de prise en charge

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
TYPOLOGIE						
Activités principales	Examens endoscopiques de l'appareil digestif réalisés sous anesthésie générale Ponctions Biopsies Hépatiques A visée diagnostique	Bilans d'évolution Thérapeutiques : Chimiothérapies Immunosuppresseurs Corticoides Immunoglobulines Vasodilatateurs	Bilans diagnostiques des pathologies des mouvements anormaux et des maladies neurologiques dégénératives	Bilans diagnostiques Bilans d'évolution Surveillance de quelques heures Examens cliniques approfondis Examens sous prémédication	Actes chirurgicaux Pathologies de la main Kystes (canal carpien) Ablation de matériel	Bilans diagnostiques Bilans d'évolution Bilan pré nucléolyse Traitements itératifs Corticoides Algodystrophies
Unités de réalisation	Unité mixte de jour et de semaine	Unité mixte de jour et de semaine	Unité mixte de jour et de semaine	Unité conventionnelle	Toutes les unités de conventionnel	Unité mixte de jour et de semaine
Nombre de places dédiées et particularités	4 places officielles non matérialisées au sein d'un service de 30 lits	2 places officielles non matérialisées au sein d'une unité de 22 lits	2 places officielles non matérialisées au sein d'une unité de 15 lits	3 lits non matérialisés	Pas de places officielles, ni de lit matérialisé	2 places officielles non matérialisées au sein d'une unité de 10 lits
Activité réelle		4 à 7 patients par jour 1 patient = 1 lit = 1 jour			Activité peu importante Dépend des chirurgiens	Environ 3 patients par jour
Particularités fonctionnelles	L'équipe prend en charge indifféremment l'activité ambulatoire ou de semaine IDE coordinatrice pour l'HPDD localisée en consultations (change tous les 2 mois par roulement)	L'équipe prend en charge indifféremment l'activité ambulatoire ou de semaine Les équipes tournent sur l'ensemble du service : 3 mois en HPDD, 6 mois en conventionnel	L'équipe prend en charge indifféremment l'activité ambulatoire ou de semaine Les équipes tournent sur l'ensemble du service : 50 % en HPDD, 50 % en conventionnel Tous les IDE tournent sur le poste d'accueil et de programmation	1 puéricultrice en horaire de jour assure l'accueil de toutes les entrées, référante, mais n'assure pas la prise en charge effective de l'enfant pas d'activité ambulatoire le mardi (staff des médecins)		L'équipe prend en charge indifféremment l'activité ambulatoire ou de semaine Les équipes tournent sur l'ensemble du service : Conventionnel, HPDD (et consultation / IDE)
Temps partiel	Oui 12 IDE sur 15 sont à temps partiel	Oui	(non abordé)	(non abordé)		

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
DESCRIPTION ORGANISATION (1)						
Mode d'entrée	Après consultation Reconvocations Adressage par autre service du C.H.R.U. Adressage par un spécialiste en ville	Après consultation Reconvocations Adressage par un médecin de ville	Après consultation Reconvocations	Après consultation Reconvocations Adressage par un autre cardiologue de la région	Après consultation	Après consultation Reconvocations Adressage par un médecin de ville
Programmation des admissions	Selon planning d'occupation en HPDD Par IDE programmatrice Date fixée avec le patient	Selon planning d'occupation en HPDD Par l'hôtesse du service Validation par le C.I. Patient convoqué	Selon planning d'occupation en HPDD Selon agenda de programmation des examens (/créneaux) Par IDE d'accueil et de programmation	Selon agenda d'hospitalisation situé en consultation Par le secrétariat de la consultation (recours / puéricultrice) Date négociée / parents	Selon planning du bloc opératoire et programme du chirurgien Date fixée par le chir Les unités d'hospitalisation s'adaptent	Par l'hôtesse du service Patient convoqué (appel téléphonique pour valider la date)
Recueil de données initial (lors de la décision de faire venir en hôpital de jour)	Document HPDD rempli lors de la consultation	Avis d'hospitalisation	Dossier médical initialisé en consultation	Dossier médical initialisé en consultation	Dossier médical initialisé en consultation	Dossier médical initialisé en consultation
Document destiné à l'unité de jour	Planning hebdomadaire transmis le vendredi	Avis d'hospitalisation	Demande d'hospitalisation de semaine	Dossier Copie de la lettre	Fiche de liaison (idem conventionnel)	Fiche de liaison (idem conventionnel) Bons d'examens faits
Document destiné au patient	Information faite par IDE coordinatrice lors de la consultation (ou par le médecin spécialiste) Consultation anesthésie + documents remis ou envoyés	Convocation Livret d'accueil Information médicale envoyés au patient	Convocation Courrier type	Convocation Consignes hospitalisation de jour	Convocation Livret d'accueil Rendez-vous en consultation d'anesthésie Remis au patient en CS	Convocation Information médicale

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
DESCRIPTION ORGANISATION (2)						
Programmation déroulement du séjour	<p>Rendez-vous pris par l'IDE programmatrice</p> <p>Présentation par l'IDE programmatrice des patients du jour</p> <p>Chaque matin</p> <p>Aux médecins et au personnel de l'unité</p> <p>Les documents correspondants sont dans le service avant</p> <p>L'ordre définitif de passage est arrêté par les anesthésistes au vu de l'état clinique des patients du jour</p>	<p>Rendez-vous pris par l'hôtesse du service</p> <p>A partir de l'avis d'hospitalisation</p>	<p>Rendez-vous pris par l'IDE d'accueil et de programmation</p> <p>A partir de la demande d'hospitalisation remplie par le médecin en consultation</p>	<p>Agenda récupéré en fin de semaine, ainsi que les dossiers médicaux</p> <p>A partir de la dernière lettre du médecin, les IDE en horaire de 13-21</p> <p>Préparent les documents, les bons de laboratoire et réclament éventuellement les demandes d'examens aux médecins</p>	<p>L'activité ambulatoire entre dans le programme opératoire général</p> <p>Les interventions ambulatoires sont en général programmées en début de programme opératoire</p> <p>Le programme opératoire est validé 1 fois par semaine par les chirurgiens</p>	<p>Rendez-vous pris par l'hôtesse d'hospitalisation</p> <p>A partir de la fiche de liaison remplie par le médecin en consultation</p>
Protocoles d'organisation sur le déroulement de la journée	Non	<p>Non</p> <p>Existence de nombreux protocoles médicaux</p>	<p>Non</p> <p>Déroulement individualisé pour chaque patient</p>	<p>Non</p> <p>Protocoles de surveillances particulières uniquement (en lien avec la recherche médicale)</p>	Non	Non

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
DESCRIPTION ORGANISATION (3)						
<i>Organisation mise en place pour le séjour du patient</i>						
Pré-admission	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Si possible / délai
Passage au Bureau des Entrées	Non	Non Sauf pour TV et téléphone	Oui	Oui		Oui
Accueil			Par l'hôtesse d'étage	Par l'hôtesse		Par l'hôtesse
Installation			Par IDE ou AS	Par puéricultrice ou IDE		Par IDE ou AS
Prise en charge / garantie du bon déroulement de la journée				Prise en charge au même titre que les autres enfants hospitalisés en conventionnel	Par le C.I. ou les IDE (essentiellement pour rappeler le caractère ambulatoire du patient et les contraintes liées)	
Accompagnement Hors du service				Par les agents du service		Par l'équipe centrale de brancardage ou agents des plateaux techniques
Sortie	Validée par l'anesthésiste Accompagnement	Validée par l'interne		Après remise de la lettre de sortie Accompagnement	Validée par l'anesthésiste	Validée par le médecin
Courrier	Remise d'une lettre de sortie manuscrite Envoi ultérieur d'un courrier au médecin traitant	Pré lettre de sortie faite par l'interne Envoi ultérieur d'un courrier au médecin traitant +/- patient	Remise d'une lettre ou d'un mot de sortie non systématique Envoi ultérieur d'un courrier au médecin traitant	Sort toujours avec la lettre de sortie définitive	Lettre de sortie remise systématiquement au patient	Pré lettre de sortie systématique puis courrier définitif après récupération des résultats
Si sortie impossible	Reste en HPDD	Reste en HPDD	Reste en HPDD	Reste en conventionnel	Reste en conventionnel	Reste en HPDD

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
---------	---	------------------	------------------------	--	--------------------------	--------------

DESCRIPTION ORGANISATION (4)

Organisation mise en place pour le séjour du patient

Supports l'information spécifiques à l'unité	Feuille de programmation	Non	Non	Non	Non	Non
Autres supports l'information		Dossier de soins idem conventionnel	Planification murale Dossier de soins idem conventionnel	Dossier de soins idem conventionnel	Dossier de soins idem conventionnel	Dossier de soins idem conventionnel (commun avec le dossier médical)
Effectif présent	Equipe constante	Equipe constante (sauf fermeture de lits)	Equipe constante	Equipe constante	Equipes constantes	Equipe constante
Adaptation des ressources humaines / charge de travail	Non / ambulatoire Adaptation des horaires de travail les lundi et vendredi (IDE-AS) en lien avec l'hôpital de semaine	Non (secteur toujours plein)	Non (secteur toujours plein)	Non	Non (effectifs insuffisants)	Entraide avec le secteur conventionnel (réciprocité)
Echelonnement des arrivées des patients	Non Ordre de passage défini par les anesthésistes en fonction du degré de risque des patients présents le jour dit	Possible parfois Mais contraintes fortes / laboratoires / démarrage des cures de chimiothérapie	Patients convoqués tous les 1/4 d'heures (heure déterminée lors de la programmation du séjour)	Oui	Non	Oui Entre 8H et 13H

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
DESCRIPTION ORGANISATION (5)						
<i>Recours aux prestataires extérieurs</i>						
Liste des prestataires principaux	Consultation d'anesthésie Imageries Endoscopie digestive Bloc opératoire ...	Pharmacie Reconstitution des cytostatiques Imageries Blocs opératoires Laboratoires Autres plateaux de consultations et d'explorations ...	Neurophysiologie Débimétrie IRMN EEG Psychologues Médecins spécialistes EFV ...	Echographie cardiaque Scanner IRMN Scintigraphie Consultations spécialisées ...	Bloc opératoire	Imageries Scanner Médecine nucléaire Epreuves fonctionnelles neurologiques Plateaux techniques des autres établissements ...
Organisation mise en œuvre	Plages réservées pour les consultations d'anesthésie Prise de rendez-vous au cas par cas Par l'IDE programmatrice	Prise de rendez-vous au cas par cas (échanges informatiques qui facilitent mais toujours négociation)	Plages horaires réservées pour certains prestataires Prise de rendez-vous au cas par cas pour les autres	Prise de rendez-vous au cas par cas	Chaque chirurgien gère son propre programme opératoire	Plages horaires réservées en scintigraphie mais toujours à confirmer Prise de rendez-vous au cas par cas pour les autres
Accords institutionnalisés	Non	Non	Non	Non	Non	Oui Accords écrits à l'ouverture du service (+ réajustements)
Autres accords			Négociation des plages horaires par les médecins Contractualisation en cours dans le cadre de la clinique de neurologie			

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (1) Dans le cadre des différents services rencontrés						
Avantages / organisation	Permet de désengorger les unités de conventionnel	Maîtrise théorique de la gestion des flux des patients Réponses plus adaptées aux demandes des médecins et des patients	Meilleure vision de l'activité permet de bien s'organiser Organisation non perturbée par des entrées imprévues			
Inconvénients / organisation	Regroupement de tous les patients lourds dans les mêmes unités (conventionnel)		Evolution de la fonction infirmière vers des tâches organisationnelles pendant leur semaine de programmation	Nécessité de s'assurer que le médecin qui suit l'enfant est présent le jour de sa venue en HJ Charge de travail plus lourde Avec souci d'avoir tout fini dans le temps imparti	Augmentation de la charge de travail le matin (douches et champs opératoires) et le soir (ménage des chambres)	Trop de paramètres extérieurs qui interviennent Non respect des horaires prévus Risques importants en lien avec le nombre élevé des intervenants Pas de maîtrise de tous les éléments extérieurs à l'unité

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (2)						
Dans le cadre des différents services rencontrés						
Avantages / amélioration des conditions de vie au travail	Ni week-end, ni fériés, ni nuits Possibilité d'obtenir facilement un temps partiel Organisation personnelle plus facile /organisation structurée	Pas de week-end pendant 3 mois (pas un choix)	Globalement moins de week-end pour tout le monde Moins de patients dépendants / conventionnel	Possibilité d'un suivi plus affectif de l'enfant	Non (activité non significative)	Globalement moins de week-end pour tout le monde (2/10) Tout le monde tourne
Inconvénients / amélioration des conditions de vie au travail	Risque de démotivation professionnelle si les intérêts personnels sont prioritaires Perte financière des indemnités de sujétions Beaucoup d'entretien pour les AS Travail dévalorisé (moins de relationnel et de technique et plus d'administratif) coupure nette avec le travail de conventionnel	Pas d'indemnités de sujétions pendant 3 mois Rythme de travail plus soutenu Frustration / soins relationnels (séjours courts et manque de temps disponible) Beaucoup d'entretien pour les AS	Plus de tâches de ménage pour les AS	Charge de travail plus importante (regroupement d'actes sur un temps court + accompagnement systématique aux différents examens) plus de tâches de ménage (sorties)	Non (activité non significative)	

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (3)						
Dans le cadre des différents services rencontrés						
Avantages / optimisation des ressources humaines	<p>Adaptation des horaires à la charge de travail</p> <p>Pas de roulement de week-end</p> <p>Fermeture de l'unité plus facile (pont fériés ou colloques médicaux)</p> <p>Moins d'absentéisme car meilleurs conditions de travail</p> <p>Modulation possible / agents à temps partiel</p>	<p>Pas de roulement de week-end</p> <p>Modulation possible / agents à temps partiel</p>	<p>Gain sur les postes de week-end (- 1 IDE et - 1 AS lors de la création de l'unité d'HPDD)</p>	<p>Non (intégration complète à l'activité conventionnelle)</p>	<p>Non (activité non significative)</p>	<p>Non (tout le monde tourne et l'HPDD ne ferme jamais, sauf le week-end)</p>
Inconvénients / optimisation des ressources humaines		<p>Temps partiel = jour imposé (vendredi / IDE mais jamais le vendredi / AS)</p> <p>Impossibilité de diminuer l'effectif si activité programmée faible car toujours risque d'entrées de dernière minute</p>		<p>Non (intégration complète à l'activité conventionnelle)</p>	<p>Non (activité non significative)</p>	<p>Non (tout le monde tourne et l'HPDD ne ferme jamais, sauf le week-end)</p>

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (4)						
Dans le cadre des différents services rencontrés						
Difficultés rencontrées	<p>Désistements des patients sans prévenir</p> <p>Si intégration dans la programmation il y a risque de surbooking si tout le monde vient</p>	<p>Ajouts inopinés de patients</p> <p>Sorties différées</p> <p>Chimiothérapies différées pour mauvais bilan sanguin</p> <p>Patient qui pose un gros souci (désorganisation en attendant son transfert en conventionnel)</p> <p>Défaut des services prestataires (désorganisation)</p> <p>Contraintes des services prestataires (ne donnent pas d'heure précise de rendez-vous par exemple mais juste une notion de demi-journée</p> <p>difficultés pour les internes (diagnostiques)</p> <p>exigences des patients / délai / durée de séjour</p>	Globalement aucune	<p>Manque de disponibilité médicale</p> <p>Difficulté de récupérer certains résultats nécessaires à la suite des soins</p> <p>Sorties différées (négociation difficile avec les parents)</p>	<p>Mobilisation difficile des anesthésistes</p> <p>Par absence de structuration et de protocoles</p> <p>Dépendance forte / chirurgiens / anesthésistes</p>	<p>Non-respect des horaires prévus par les prestataires (prennent en fonction de leurs disponibilités)</p> <p>programmation d'un nombre trop élevé d'exams entraînant un non-respect des délais ou un programme inachevé en fin de journée</p> <p>Aléas (ascenseurs, ...)</p>

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (5) DANS UN CADRE GENERAL						
Contraintes liées à l'activité ambulatoire programmée	Bonne organisation de l'activité à la base Implication forte de tous les acteurs (médecins et soignants) centralisation de la programmation des chirurgiens (secrétaires)	S'assurer de la faisabilité sur la journée de l'activité programmée Activité minimale requise pour entrer dans le cadre de l'HCD	Rigueur dans les admissions (pas d'urgences) Respect des heures des examens programmés Suivi plus soutenu du patient pour s'assurer du bon déroulement de la journée (dérapages décalages) Bien définir l'organisation et les règles de fonctionnement avant la mise en place de l'unité Ainsi que toutes les liaisons avec les prestataires extérieurs	Disponibilité des prestataires Maîtrise de la programmation des examens	Fonctionnement à part au bloc opératoire Prise en charge de l'ambulatoire par une équipe spécifique Adhésion de tous les acteurs Disposer de protocoles précis (avant pendant après) Dissociation de l'activité / conventionnel Bonne information sur le patient Contrat avec le patient	Bonne connaissance du patient en amont Bonne information du patient en amont

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (6) DANS UN CADRE GENERAL						
Propositions	<p><i>Faire tourner les équipes sur les différents modes de prise en charge</i></p> <p>Uniformiser la programmation Organisation d'un programme opératoire commun</p> <p>Formaliser les liens entre les disponibilités du bloc opératoire et les disponibilités en unité d'hospitalisation</p>	<p>Mise en œuvre d'une étude de charge de travail permettant de connaître la charge de travail correspondant à une prise en charge type Pour faciliter l'adaptation réciproque de l'activité aux ressources humaines disponibles</p>		<p>Mise en place d'un secteur autonome / restructuration du service par modes de prise en charge des enfants</p>	<p>Coordonateur médical</p>	<p>Contractualisation pour apporter plus de fiabilité</p> <p>Développer la communication</p> <p>Etablir et valider des protocoles avec les partenaires extérieurs</p> <p>Former une personne référente pour la programmation (maîtrise des modalités des examens, des contraintes et des aléas) = projet de programmation par IDE de consultation</p>
Attentes /infirmier général	<p>Prendre conscience de l'importance de la programmation</p> <p>Valoriser et défendre la fonction d'IDE programmatrice (poste clé sur lequel repose toute la suite et donc la bonne organisation ou non de l'unité</p>	<p>Ecoute active du terrain pour avoir un œil objectif</p> <p>Descendre sur le terrain pour avoir une meilleure connaissance de l'activité et des locaux</p> <p>Prises de position sur des horaires atypiques (/ partenaires sociaux /direction)</p>	<p>Regard extérieur permettant d'enrichir la réflexion des cadres de terrain</p>	<p>Soutien du projet par rapport au souhait de restructuration</p>	<p>Faciliter les transformations de postes</p> <p>Valider des horaires atypiques (/instances)</p> <p>Fédérer les relations entre les différentes cliniques</p>	<p>Formaliser les choses</p> <p>Lien entre les plateaux techniques et les unités d'hospitalisation qui dépendent de directions différentes</p>

Service	Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie digestive (HPDD)	Médecine Interne	Neurologie (mouvement)	Maladies Cardio Vasculaires Infantiles	Orthopédie Traumatologie	Rhumatologie
REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE PROGRAMMEE (6)						
Remarques et commentaires divers	<p>Difficulté d'ouverture du centre médico chirurgical ambulatoire</p> <p>Faute de personnel (risque de n'être utilisé que comme plateau technique au départ)</p> <p>avantages pour le patient :</p> <p>hospitalisation courte</p> <p>bonne information sur délai et contenu du séjour</p> <p>prise en charge sécurisante</p> <p>gain de temps / travail</p> <p>contrainte : accompagnant pour la sortie</p> <p>diminution des coûts pour l'institution</p> <p>effets sur les unités de conventionnel</p>	Intégration au CMCA ?	<p>Impact sur les secteurs de conventionnel qui regroupent les patients les plus lourds (charge de travail élevée)</p> <p>fonctionnement global à revoir et à réajuster</p> <p>réajustements à envisager sur plusieurs années pour pouvoir intégrer les impératifs de tout le monde</p> <p>vigilance sur les horaires d'ouverture et de fermeture de l'HPDD = lundi matin au vendredi soir</p>	<p>Si l'activité est réalisée dans le conventionnel et qu'il y a un problème, l'équipe, plus nombreuse, permet de mieux faire face</p> <p>Surtout un plus pour les enfants et les familles</p> <p>Bilan complet sur la journée</p> <p>Date négociée avec la famille</p> <p>Réflexion en cours pour répartir les enfants par mode de prise en charge mais bloquée / projet global de l'établissement</p>	<p>Il s'agit pour les chirurgiens de trouver les avantages du développement de l'ambulatoire</p> <p>Une volonté d'évolution existe mais tout reste dépendant du projet médical</p> <p>Problème de la faible valorisation en points ISA</p> <p>Les avantages sont surtout pour les patients</p>	<p>Projet de contractualisation dans le cadre de la démarche qualité, Mais se heurte à la réaction des chefs de service des plateaux techniques prestataires</p> <p>Nécessité d'un contact médical pour obtenir certains examens ce qui ne facilite pas la programmation</p> <p>Forte dépendance par rapport aux services prestataires et logistiques</p>