

“ Ensemble pour le développement de la **chirurgie ambulatoire** ”

**Recommandations
organisationnelles**

*Pour approfondir
la réflexion*

Annexe 11

Résultats du benchmark

Actes de la table ronde nationale du 21 novembre 2012

Le document source de cette synthèse est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.anap.fr

Haute Autorité de Santé
2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Agence Nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux
23 avenue d'Italie – 75013 Paris
Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12



appui santé & médico-social

ACTES TABLE RONDE NATIONALE
Restitution du benchmark des 15 organisations
les plus performantes et représentatives en
chirurgie ambulatoire

UICP, Paris 15^{ème}
21 novembre 2012

ATOS
Sténotypiste de conférences
5, rue Greffulhe
75008 Paris

ORDRE DU JOUR

Table ronde nationale Mercredi 21 novembre 2012 – UICP, Paris 15^e

9h00 Café d'accueil

.....
9h30h-10h Introduction générale - **Christian Anastasy**, Directeur Général ANAP ;
Dr Gilles Bontemps, Directeur associé, ANAP ;
.....

10h-10h10 Les faits marquants autour du concept de la chirurgie ambulatoire
Dr Gilles Bontemps, Directeur associé ANAP
.....

10h10-12h40 Les faits marquants sur la gestion des flux

- ⇒ Eléments de synthèse issus du benchmark
Dr Anne Guidat, Dr Claire Gatecel, Dr Guy Bazin, experts nationaux ;
Matthieu Louis, GE Healthcare
- ⇒ L'autonomisation des flux en ambulatoire : jusqu'où ?
Témoignage vidéo : *L'autonomisation des flux à la Clinique Mathilde*
Dr Jean-François Schuhl, expert national
Discussion avec la salle
- ⇒ Quelle place pour le non-programmé en UCA ?
Témoignage : *Le non programmé au Centre de la Main à Angers*
Dr Guy Raimbeau, expert national
Discussion avec la salle
- ⇒ Quels nouveaux métiers dédiés aux flux dans l'hôpital ?
Introduction sur les nouveaux métiers des flux
Dr Thierry Gazeau, expert national
Témoignage : *Le métier de Directeur des flux à la Fondation Rothschild*
Dr Jean-Michel Devys et Mme Anne-Marie Armanteras-de-Saxcé
Discussion avec la salle

.....
12h40-14h Buffet
.....

14h-14h45 Les faits marquants sur le management d'équipe

- ⇒ Eléments de synthèse issus du benchmark
Pr Jean-Marc Malinowski, Dr François Venutolo, Dr Yves Demoulin, Pr Marc Raucoules-Aime
Pr Didier Sciard, experts nationaux
- ⇒ Le rôle respectif des médecins et des cadres
Témoignage : *Le point de vue des cadres sur le management de l'UCA*
Mme Carine Calcagno, Hôpital Clinique Claude Bernard
Discussion avec la salle

14h45-16h30 Accompagner l'évolution des pratiques ambulatoires

- ⇒ Eléments de synthèse issus du benchmark
- ⇒ **Pr Jean-Pierre Triboulet, Dr Gilles Cuvelier, Pr Claude Ecoffey** experts nationaux
 - ⇒ Le développement de la chirurgie ambulatoire est-il le résultat de contraintes ou de leviers ?
Témoignage : *Sensibilisation des équipes médicales au CHI Poissy St Germain*
Dr Béatrice Vinson-Bonnet
Témoignage : *Approche systématique du processus de substitution à l'Ahnac*
Dr Franck Basseler
Discussion avec la salle

.....
16h30-17h Conclusion
.....

SOMMAIRE

Ordre du jour.....	4
Faits marquants autour du concept de la chirurgie ambulatoire.....	7
Faits marquants sur la gestion des flux.....	11
Eléments de synthèse issus du benchmark.....	13
L'autonomisation des flux en ambulatoire : jusqu'où ?	
Témoignage vidéo : L'autonomisation des flux à la clinique Mathilde Rouen.....	17
L'autonomisation des flux en ambulatoire : jusqu'où ?	
Discussion avec la salle.....	19
Quelle place pour le non programme en UCA ?	
Témoignage : Le non-programme au centre de la Main Angers.....	29
Quelle place pour le non programme en UCA ?	
Discussion avec la salle.....	33
Quels nouveaux métiers dédiés aux flux dans l'hôpital ?	
Introduction sur les nouveaux métiers des flux.....	39
Quels nouveaux métiers dédiés aux flux dans l'hôpital ?	
Témoignage : Le métier de directeur des flux à la Fondation Rothschild.....	41
Quels nouveaux métiers dédiés aux flux dans l'hôpital ?	
Discussion avec la salle.....	45
Faits marquants sur le management d'équipe	
Eléments de synthèse issus du benchmark.....	53
Faits marquants sur le management d'équipe	
Témoignage : Le point de vue des cadres sur le management d'équipe.....	57
Faits marquants sur le management d'équipe	
Discussion avec la salle.....	59
Accompagner l'évolution des pratiques ambulatoires	
Eléments de synthèse issus du benchmark.....	65
Accompagner l'évolution des pratiques ambulatoires	
Discussion avec la salle.....	69
Le développement de la chirurgie ambulatoire est-il le résultat de contraintes ou de leviers ? Témoignage au CHI Poissy Saint Germain.....	75
Le développement de la chirurgie ambulatoire est-il le résultat de contraintes ou de leviers ? Approche systématique du processus de substitution à l'Ahnac.....	79
Le développement de la chirurgie ambulatoire est-il le résultat de contraintes ou de leviers ? Discussion avec la salle.....	81
Conclusion.....	87
Participants.....	91

**FAITS MARQUANTS AUTOUR
DU CONCEPT DE CHIRURGIE
AMBULATOIRE**

Dr Gilles BONTEMPS, Directeur associé Anap – En introduction et avant les trois sessions qui vont avoir lieu au cours de cette journée, il m'a semblé important de rapporter un certain nombre de faits marquants autour du concept de la chirurgie ambulatoire. Vous savez que c'est avant tout un concept organisationnel centré sur le patient et non plus sur l'hébergement, contrairement à l'hospitalisation traditionnelle.

Le premier élément à noter est que la chirurgie ambulatoire est en train de devenir la norme en France. Quand on regarde l'évolution des pratiques et de la réglementation, on est frappé par un certain nombre de constats que je voudrais partager avec vous.

20 % des établissements de santé MCO (médecine chirurgie obstétrique) ont une pratique ambulatoire majoritaire, c'est-à-dire que plus de 50 % des interventions chirurgicales sont faites en ambulatoire. On constate aussi en France une évolution des pratiques professionnelles, avec des équipes entraînées qui expérimentent la prise en charge lourde en ambulatoire.

Il y a un an, l'Hôpital Européen Georges Pompidou a expérimenté la première intervention chirurgicale de l'hypophyse en ambulatoire. Vous avez probablement vu dans la presse il y a six mois la pratique de la première prothèse totale du genou en ambulatoire. Récemment, il y a trois semaines, c'était la première prothèse totale de hanche.

On est bien au-delà de la seule chirurgie classique, on est sur de la chirurgie lourde en ambulatoire, avec un certain nombre d'expérimentations menées en France. L'évolution des pratiques professionnelles va impulser le développement de la chirurgie ambulatoire.

Les recommandations de la SFAR (Société Française d'Anesthésie) en 2009 ont étendu les indications de la prise en charge chirurgicale en ambulatoire, puisqu'il n'y a plus de notion de distance d'une heure entre le domicile et la structure, la notion d'accompagnement n'est plus forcément obligatoire. La SFAR, dans le cadre de ses nouvelles recommandations, était plutôt dans une logique de bénéfice/risque pour le patient d'être pris en charge en hospitalisation complète : s'il n'y a pas de bénéfice à être pris en charge en hospitalisation complète, la norme est l'ambulatoire.

Vous voyez bien que l'évolution de ces recommandations ouvre la réflexion autour de la norme.

La cible nationale affichée est de plus de 50 % à l'horizon 2016, il y a une volonté ministérielle pour basculer au-delà de 50 % en termes de développement de la chirurgie ambulatoire. L'instruction ministérielle du 27 décembre 2010 évoquait pour la première fois dans un texte l'idée de changement de paradigme, la chirurgie ambulatoire devenant la référence.

On voit bien qu'en termes d'évolution de la réglementation et de la prise de conscience de la part des pouvoirs publics, une révolution est en cours.

Je ne reviens pas sur l'évolution de la T2A et de la MSAP (Mise Sous Accord Préalable) que j'avais évoquées précédemment.

On voit que toute cette évolution des pratiques et de la réglementation fait que l'on réfléchira de plus en plus à l'avenir sur la dissociation entre le soin et l'hébergement. On sait que les structures sont construites depuis un certain nombre d'années autour du nombre de lits et des notions d'hébergement, mais dans l'avenir, cette dissociation du soin et de l'hébergement va amener la réflexion sur le fait qu'un hôpital est un lieu de soin et pas forcément d'hébergement.

Vient ensuite la réflexion autour de la justification de l'hébergement : si la réflexion amène à la justification de l'hébergement selon le type d'acte, selon le contexte médical ou le contexte psychosocial du patient, on voit que cela peut conduire à ce que l'ambulatoire soit la norme et la référence, alors que l'hospitalisation complète viendra par défaut par rapport à la chirurgie ambulatoire.

Si la chirurgie ambulatoire devient la norme, cela signifie que l'enseignement de la chirurgie ambulatoire doit constituer une priorité. Le professeur Triboulet en parlera tout à l'heure, ainsi que d'autres PUPH présents dans la salle ou d'autres établissements privés qui ont une réflexion autour de la formation et de l'enseignement.

Jusqu'à présent, l'enseignement de la chirurgie ambulatoire n'est pas une priorité. Le développement

de la chirurgie ambulatoire nécessite un changement culturel, la sensibilisation des acteurs, voire peut-être jusqu'à l'information et l'éducation des patients en ambulatoire.

Cela passe par des éléments d'enseignement initial et d'enseignement continu, certaines facultés ont commencé, en particulier dans la région Bretagne, à mettre en place des enseignements pour les médecins en formation. On voit bien que l'enseignement, dès lors que l'acte chirurgical et l'acte anesthésique est le même, devra plutôt porter sur des éléments de logistique, d'organisation voire d'information au patient. En effet, l'échange avec le patient est différent en chirurgie ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète.

On voit bien que cette information et cette sensibilisation doit concerner tous les acteurs, les futurs médecins bien sûr, mais aussi les directeurs d'établissement, les soignants et jusqu'aux ambulanciers. Nous verrons tout à l'heure toute la réflexion autour de la gestion des flux : les brancardiers sont une étape incontournable pour la prise en charge ambulatoire.

C'est donc une sensibilisation large de tous les professionnels qui est à prévoir, du médecin jusqu'aux personnes qui ne s'occupent que de logistique.

La réflexion sur la logistique, l'organisation et les modalités d'information du patient est donc un élément essentiel sur lequel il faudra se pencher dans l'avenir.

FAITS MARQUANTS SUR LA GESTION DES FLUX

FAITS MARQUANTS SUR LA GESTION DES FLUX

ELEMENTS DE SYNTHESE ISSUS DU BENCHMARK

Dr Anne GUIDAT, expert - Nous allons commencer par parler des fondamentaux, puisqu'il faut commencer par savoir ce que l'on fait en termes de volume et le type d'activité avant d'organisation quoi que ce soit.

Il faut bien sûr définir les contraintes, les patients, en fonction de leurs antécédents, leurs traitements, leurs spécificités socioculturelles ; il faut connaître les ressources humaines et matérielles que l'on est capable de mobiliser ou que l'on souhaite mobiliser en plus ; il faut connaître l'ensemble des fonctions support, en particulier au bloc opératoire où c'est indispensable ; enfin, il faut connaître les fonctions de coordination. Nous avons voulu spécifier en particulier toutes les problématiques de partage de l'information, qui sont fondamentales dans toute prise en charge mais encore plus dans l'ambulatoire, puisque le temps de présence au sein de l'établissement est réduit à 12 heures.

Pour savoir ce que l'on fait, il faut évaluer nos performances à l'aide d'indicateurs, soit de qualité, soit de sécurité des soins, soit médico-économiques.

Dr Claire GATECEL, expert - Une fois toutes ces données caractérisées, il est important d'arriver à dessiner le parcours ou le flux du patient. Ce parcours comporte de nombreuses étapes. Il ne commence pas à l'entrée de l'établissement mais bien avant, puisque la première consultation dans l'établissement est générée par une consultation du médecin traitant.

Dans ce parcours, il y a des moments spécifiques, de soins pour le patient, et des zones de liaison entre ces moments de soin. Il est important, pour chacun des moments de soin et pour chacune des zones de liaison, d'arriver à réfléchir sur ce qu'ils apportent au patient, s'ils apportent la même chose à tous les patients, si les zones de liaison ont de la valeur pour le patient et pour le soin ou si c'est en plus de l'attente, ou bien une zone de gaspillage.

Cela permet en pluridisciplinaire, chacun selon nos modalités d'organisation, de définir quelles sont les parties que l'on met dans les zones de soin et celles que l'on met dans les zones d'interstice.

Si l'on prend la zone de liaison entre la consultation de l'opérateur et la consultation d'anesthésie, est-ce une valeur ajoutée pour le patient ? Oui et non. Pour le patient qui a une comorbidité extrêmement faible et un acte chirurgical relativement simple, c'est une zone d'attente et pas une zone de valeur ajoutée.

En revanche, pour le patient qui a une comorbidité relativement importante nécessitant des examens complémentaires, cela devient une zone de valeur ajoutée puisque, en fonction de cet acte ou de ce couple acte/patient, on a une plus-value à respecter un certain temps entre la consultation de l'opérateur et la consultation d'anesthésie, qui est le temps des examens complémentaires et de récupération de ces examens.

De même, le temps de transfert entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire, entre la préparation du patient et l'acte, n'a globalement jamais de valeur ajoutée. Plus on réduira ce temps, plus le flux sera fluide.

La partie réhabilitation, quant à elle, est extrêmement dépendante du couple acte/patient elle aussi. Une réhabilitation de 6 heures pour un canal carpien d'un patient sans comorbidité est beaucoup trop longue, elle n'a aucun intérêt pour le patient et n'est pas une valeur ajoutée. Pendant ces 6 heures, tout le monde pourra considérer qu'il y a un vrai temps d'attente qui n'est pas une plus-value dans le soin.

En revanche, pour des actes plus complexes en chirurgie ambulatoire, comme la prothèse de hanche, on peut imaginer que ce temps de réhabilitation de 6 heures soit un véritable temps nécessaire.

Cela permet de décrire tous ensemble, puisque personne n'a l'ensemble des données, quelles sont les zones de valeur ajoutée ou les zones que l'on peut essayer de contracter pour améliorer le flux du patient.

Il en est de même entre la validation de la sortie et la sortie du patient : tout ce temps n'a aucune

valeur ajoutée pour le patient. Si la sortie est validée, c'est qu'il est en mesure de sortir et on peut essayer de réduire au maximum ce temps-là.

J'en viens aux objectifs : réduire au juste nécessaire le temps de présence du patient au sein de l'établissement, en éliminant toutes les sources d'incidents de parcours ou d'attente et de gaspillage de son temps au sein du parcours ; et mettre en œuvre les meilleures conditions de fonctionnement pour les professionnels et éviter le gaspillage de ressources. En effet, le patient attend sans valeur ajoutée, mais les professionnels fonctionnent aussi pendant ce temps-là sans valeur ajoutée.

Le double objectif est de rationaliser la prise en charge du patient et l'utilisation des ressources professionnelles.

Dr Guy BAZIN, expert - Nous avons donc dans un premier temps caractérisé les flux, essayé de voir exactement comment ils étaient définis. Si nous avons choisi ces établissements en termes de benchmark, nous avons choisi ceux qui étaient caractérisés par leur volume important. Or on sait aujourd'hui, dès lors que la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation basé sur la gestion des flux, que plus les volumes d'activité sont importants, plus les acteurs sont multiples, plus il est difficile de coordonner tous ces acteurs et d'avoir une adéquation réelle entre l'activité et les ressources.

Nous nous sommes déplacés chez vous, pour voir comment vous vous débrouilliez, et nous avons voulu savoir comment vous avez résolu cette problématique. Tout d'abord, la chirurgie ambulatoire est limitée dans le temps, on a exactement 12 heures pour prendre en charge le patient sur tout le long de la chaîne ; ensuite, les types d'établissements et de chirurgie ambulatoire que l'on rencontre en France sont essentiellement de type intégré, c'est-à-dire à l'inverse de ce qui se passe dans la plupart des pays. On sait que dès lors qu'il y a un type intégré, le bloc opératoire est commun et il est toujours un lieu de frein au niveau de la gestion des flux en chirurgie ambulatoire.

Nous avons donc voulu savoir comment vous aviez réussi à résoudre cette problématique.

Nous avons vu un certain nombre de moyens, dont je vais citer les principaux.

Le premier moyen est l'anticipation : tout ce qui peut être fait à l'extérieur doit être fait. Cela inclut la préparation du patient, la douche, et même la prescription des antalgiques qui est faite lors de la consultation d'anesthésie. Tout ce qui peut être fait avant l'intervention l'est, et ceux ici qui ont voulu contourner la difficulté de flux ont anticipé complètement sur la chirurgie ambulatoire.

Le deuxième moyen est que vous avez favorisé de plus en plus les flux tirés, en opposition avec les flux poussés. Cela signifie qu'aucun acte ne peut être déclenché sans l'autorisation, ou la commande, de la phase suivante. C'est très facile au niveau du bloc opératoire : on ne peut pas mettre deux malades dans la même salle, dès que la salle est libre, on fait entrer le malade suivant. C'est un flux tiré.

En revanche, faire un flux tiré tout le long de la chaîne est plus compliqué. Sachant très bien que l'on arrête les temps d'attente, les pool, que l'on ne fait pas rentrer les malades en pool, que l'on fait en sorte que le patient puisse sortir de la salle de surveillance post-interventionnelle sans que cela devienne un flux poussé dans cette salle, c'est plus compliqué.

Tous ceux qui ont résolu et transformé leur flux poussé en flux tiré s'en sont sortis beaucoup plus facilement.

Il existe un flux poussé très particulier, que vous avez noté le plus souvent : l'intégration des urgences en chirurgie ambulatoire. Il s'agit typiquement d'un flux poussé, puisqu'il vient désordonner le bloc opératoire. Dès lors que l'on transforme un flux poussé en flux tiré, on peut rentrer des interventions non programmées.

Le troisième élément est la marche en avant. On sait que le patient rentre dans la salle, passe par la salle de pré-anesthésie, la salle d'opération, etc. Ce principe de marche en avant peut prendre des comportements beaucoup plus précis et beaucoup plus subtils.

Je prends l'exemple de l'un d'entre vous qui a défini que l'entrée de l'unité de chirurgie ambulatoire faisait partie du bloc opératoire. Dès que le malade rentre dans l'unité, on y trouve le patient, qui est préparé par l'infirmière, l'anesthésiste qui vient faire la pré-anesthésie, et d'emblée on le tire vers le

bloc opératoire et c'est l'infirmière du bloc opératoire qui vient le chercher pour le mettre dans la salle d'opération.

C'est typiquement un principe de marche en avant, à condition bien évidemment qu'à la sortie, ce patient ne repasse pas par le même endroit et qu'il passe par une structure dans laquelle le chirurgien l'accompagne et où le patient entre dans une structure de remise à la rue.

Au même moment, dans ce système anticipatif, l'anesthésiste fait une anesthésie pour le patient suivant, l'infirmière vient chercher le patient qui va entrer en salle d'opération et le chirurgien qui a accompagné dans un autre endroit le patient précédent. En même temps, trois personnages qui théoriquement fonctionnent séparément sont en même temps. Ce principe de marche en avant raccourcit les circuits.

Le quatrième élément que vous avez mis en place est l'autonomisation des flux. Plus vous augmentez vos volumes d'activité, plus il faut les autonomiser. L'autonomisation peut se faire dans le bloc opératoire, parce qu'on a autonomisé une salle, un espace-temps, on a fait en sorte qu'à ce moment on fait une intervention chirurgicale, mais plus le volume augmente, plus les interventions se mono-disciplinarisent. Ce n'est plus le centre intégré qui est possible, on est obligé d'aller vers une autonomisation de l'unité de chirurgie ambulatoire dans laquelle se trouve le bloc opératoire.

L'autonomisation est un moyen de faire face à cette augmentation permanente de flux et cette évolutivité. A terme, l'autonomisation complète d'une structure, qui peut aller vers le centre dit indépendant, me paraît totalement indispensable.

L'autonomisation des flux et de tout le système peut aller du plus simple au plus compliqué, mais on voit bien à travers ce que vous avez pu faire que cette autonomisation était attractive et totalement dynamique.

M. Mathieu LOUIS, consultant GE Healthcare - Au cours de nos discussions, les experts nous ont demandé s'il existait en dehors de l'hôpital, à l'hôpital ou dans d'autres domaines, une approche méthodologique qui pouvait soutenir tous ces éléments, qui ont été constatés et synthétisés par les interlocuteurs précédents.

La réponse a été pour nous assez facile à donner, puisque l'ensemble des concepts que l'on vient d'évoquer sont assez largement repris par l'approche LEAN, une approche méthodologique d'organisation et d'optimisation des flux que l'on retrouve dans le monde industriel, dans les services mais aussi à l'hôpital. Il offrait un cadre théorique et pratique assez complet, en phase avec tout ce que nous avons observé dans les organisations de chirurgie ambulatoire que nous avons constatées.

Je vais essayer de résumer ce que l'on entend par l'approche LEAN. Le principe de base est de réduire au maximum, sur une prise en charge de patient, tous les espaces de gaspillages, qu'ils soient temporels, en termes d'erreur, de sur-production ou de sous-utilisation. On s'interroge sur la prise en charge du patient du début à la fin et sur ce qui apporte de la valeur, ce qui n'en apporte pas et comment on peut s'en passer.

La méthodologie définit des types de gaspillages, que l'on retrouve très facilement dans l'univers de la chirurgie ambulatoire.

Le premier concerne les erreurs. Il est important de comprendre, la méthode n'est pas simplement là pour faire de la productivité et accélérer les temps de cycle, elle a aussi pour but de faire moins d'erreur et de se tromper moins souvent, ce qui est très important pour la chirurgie ambulatoire, puisqu'on laisse sortir le patient à J0. Il n'y a plus de marge de manœuvre pour le rattraper à une éventuelle complication. La première question est d'éviter les erreurs dans le processus et de s'assurer qu'on a tout vérifié pour ne pas avoir de souci par la suite.

Un exemple classique peut être un dossier incomplet, mais une complication peut éventuellement être aussi considérée comme une erreur et un problème.

Un autre élément de gaspillage est la sur-qualité : une heure en SSPI (Salle de Soins Post Interventionnels) pour une topique surutilise les moyens de la SSPI qui ne sont pas forcément adaptés pour cela.

Les temps d'attente en font partie, avec une signature médicale pour la sortie, ainsi que la sous-occupation : nous avons souvent rencontré des établissements qui avaient des difficultés à occuper de manière linéaire l'unité de chirurgie ambulatoire et certains jours, on a beaucoup moins de patients que ce qu'il est possible de faire.

Les transports de manière générale n'apportent pas de valeur ajoutée. On a souvent vu que vous avez cherché à réduire le brancardage le plus possible, soit en vous rapprochant beaucoup du bloc, soit en simplifiant à l'extrême, avec des gens qui se déplacent à pied, toujours accompagnés du brancardage mais en l'allégeant le plus possible.

Il y a les stocks, en chirurgie ambulatoire c'est convoquer tous les patients à 8 heures, on les a sous la main mais finalement il ne se passe rien avant de les prendre au fur et à mesure.

La notion de mouvement est différente de celle du transport : il s'agit de l'agitation autour de quelque chose de particulier, comme un patient qui passe d'un lit à un brancard, puis d'un brancard à un brancard de bloc, puis d'un brancard de bloc à une table d'opération, puis tout le chemin inverse jusqu'au lit. On est dans une multiplication de mouvements inutiles, nous avons vu des systèmes beaucoup plus simples et efficaces avec beaucoup moins de mouvements.

Enfin, tout doublon, comme ce que l'on recopie en papier alors que cela existe également dans les systèmes d'information, est une perte de temps.

Pour mettre en œuvre cette approche, on utilise toujours le même paradigme. Le point de départ consiste à spécifier la valeur, se poser des questions : à quoi sert une prémédication, à quoi sert la nuit d'hospitalisation plus tard, à quoi sert un brancardage en lit pour tel acte, pour quel type de prise en charge est-ce nécessaire...

Il faut cartographier l'ensemble de ces flux et de ces valeurs et chercher à éliminer toutes les sources et tous les points de gaspillage, et par la suite d'implémenter les flux tirés pour ne faire que ce qui est nécessaire, c'est-à-dire que ce que l'étape d'après est capable de prendre en charge. Il faut continuer ainsi un cercle d'amélioration continue.

Cette notion d'amélioration continue est vraiment au cœur de l'approche LEAN et colle assez bien avec le développement de la chirurgie ambulatoire, puisqu'on est sur une discipline qui évolue. Hier, le standard était le canal carpien et la cataracte, aujourd'hui on a des gestes plus lourds, demain on aura la prothèse de hanche ou de genou.

Se placer dès maintenant dans une perspective d'amélioration continue permet de se mettre en marche pour faire évoluer peu à peu ces pratiques, pas de façon révolutionnaire, mais jour après jour, geste après geste, opérateur par opérateur, anesthésiste par anesthésiste, pour y arriver.

Au total, l'approche offrait un cadre assez approprié au développement de la chirurgie ambulatoire, notamment parce qu'il y a beaucoup de raisonnements et d'outils autour de la gestion des flux, très pragmatiques et qui peuvent assez bien fonctionner sur la chirurgie ambulatoire.

L'approche combine une chasse au gaspillage, sans compromettre la qualité, l'erreur et le défaut étant une forme de gaspillage importante. On est dans la réduction de durée de séjour mais sans compromettre la qualité.

Ce principe d'amélioration continue vient sous-tendre le développement de nouveaux gestes en ambulatoire, on est sans cesse obligé de se remettre en question pour trouver de nouvelles approches, de nouvelles pratiques, pour les faire évoluer.

De manière globale, cela favorise le travail en équipe entre les corps de métier et les professionnels pour trouver des solutions qu'individuellement ou que sur un corps de métier donné, on n'est pas à même de trouver tout seul.

Dr Gilles BONTEMPS, Directeur associé Anap - Pour ouvrir le débat sur la gestion des flux et l'autonomisation des flux, nous avons demandé un témoignage de la clinique Mathilde à Rouen.

Le Dr Jean-François Schuhl et Mme Christine Chevalier vont vous présenter l'expérience de la clinique sur leur façon de résoudre la problématique d'optimisation des flux.

L'AUTONOMISATION DES FLUX EN AMBULATOIRE : JUSQU'OU ?

TEMOIGNAGE VIDEO : L'AUTONOMISATION DES FLUX A LA CLINIQUE MATHILDE

Dr Jean-François SCHUHL, expert - La clinique Mathilde est un gros établissement qui comporte deux unités de chirurgie ambulatoire. Chronologiquement, la première est polyvalente. Pourquoi une unité telle que nous allons vous la présenter, qui est un modèle sur l'ophtalmologie mais qui est applicable à d'autres pathologie ?

C'est la conjonction de deux choses : nous nous sommes trouvés dans une situation où l'unité était pleine, on ne pouvait pas aller plus loin. La seconde donnée était le désir de l'équipe des ophtalmos d'en faire plus. Il y avait des difficultés et des freins à modifier et le désir d'en faire plus : cela a conduit à la création de ce que nous allons vous présenter.

Mme Christine CHEVALIER, cadre UCA - Vous pouvez voir sur la vidéo l'accueil du pôle ophtalmo. Cette partie de l'ambulatorio a un accueil administratif dédié.

Dr Jean-François SCHUHL - On est dans le temps de la consultation, avant l'ambulatorio. Cela permet aux gens qui viennent, de se familiariser avec les lieux. C'est un élément important, il ne faut pas perdre de temps quand on arrive pour se faire opérer.

Mme Christine CHEVALIER - Vous voyez la consultation avec le chirurgien, qui est en train de valider l'intervention et va expliquer au patient les modalités de la prise en charge en ambulatorio et son circuit.

Une fois le patient sorti du bureau de consultation, il retourne voir la secrétaire qui va lui donner tous les papiers concernant sa date d'admission et le rendez-vous d'anesthésiste qui est donné aussi par le secrétariat du chirurgien. C'est seulement la veille de l'intervention que la secrétaire fera un rappel au téléphone pour lui donner exactement son heure d'entrée pour les flux.

Dr Jean-François SCHUHL - Cela a l'avantage de rappeler un certain nombre de choses et surtout de vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication, d'impossibilité.

Mme Christine CHEVALIER - Avec son dossier, le patient redescend au rez-de-chaussée à l'accueil administratif de la clinique où la secrétaire valide sa pré admission et lui donne le livret d'accueil du pôle ophtalmo avec les dernières consignes.

Le jour de l'entrée, le patient se présente avec son accompagnateur. La pré-admission est faite, ils montent au premier étage où se trouve la chirurgie ambulatoire. Les salles de bloc sont au premier étage des deux côtés de la chirurgie ambulatoire de la clinique.

A l'accueil du pôle ophtalmo, c'est l'infirmière qui prend les documents, prépare le dossier médical. Nous avons de petits vestiaires équipés de chariots sur lesquels se trouve tout le nécessaire pour préparer le patient. On commence la dilatation et le patient va être mis en tenue de bloc opératoire.

Dr Jean-François SCHUHL - Il s'est déshabillé et vous voyez que les vêtements le suivent. C'est important, c'est la fameuse marche en avant. Le peignoir que j'ai expérimenté est assez agréable et évite que le patient soit vu à moitié nu.

Mme Christine CHEVALIER - Le patient est positionné sur un chariot qui sert de brancard mais qui sert aussi de table d'opération, c'est le fauteuil ambulatorio opératoire qui est utilisé. Nous avons dans cette salle 15 fauteuils. Le patient est tout de suite installé et scopé par l'infirmière. Il n'y a pas de brancardier. C'est le bloc qui appelle les patients et le personnel, les infirmiers de la salle amènent le patient devant l'entrée des salles du bloc opératoire.

C'est l'infirmière de l'autre côté qui vient récupérer le patient. Tout ceci a bien évidemment été validé par le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales).

De l'autre côté du bloc, on arrive en induction, avec 4 postes, où le patient est préparé par l'anesthésiste. Il y a trois salles d'intervention dédiées à l'ophtalmologie, mais on peut préparer 4 à 5 personnes de ce côté, en induction.

Dr Jean-François SCHUHL - Il est intéressant d'écourter au maximum le temps de passage, mais il

ne faut pas non plus se trouver dans une situation où le flux tiré soit tel que l'on soit obligé d'attendre.

Mme Christine CHEVALIER - Le patient rentre toujours avec son chariot dans la salle d'opération, qui n'a rien de particulier. Le patient est opéré, il retourne directement dans la salle où il était installé. Ce sont les infirmières qui assurent la surveillance post-interventionnelle. Le patient reste environ une demi-heure dans la salle en surveillance, puis il est levé et mis dans un fauteuil dans un salon de sortie où il recevra une collation.

Le patient est jeune sur la vidéo, il a repris ses affaires tout seul pour se réhabiller dans le vestiaire. Dès que le patient est mis en salle de réveil, l'infirmière appelle son accompagnant pour lui dire l'heure de sortie. Le patient reste environ deux heures dans le service de chirurgie ambulatoire ophtalmo, pour que le flux se fasse. Sur 15 fauteuils, on peut opérer dans la matinée au moins 30 à 35 patients. Le flux doit se faire en continu.

Dr Jean-François SCHUHL - Il est intéressant de voir l'image en dynamique de ce que nous venons de dire sur la chasse au gaspillage : il n'y a plus du tout de brancardage, plus de passage d'un chariot à l'autre, donc gain de temps et de place, gain de personnel puisqu'il n'y a plus de brancardier. Surtout, il y a un compactage géographique puisque l'ensemble est tout à fait restreint, sans couloir qui sépare les salles de repos et d'opération. La rapidité de flux est intéressante à montrer.

L'AUTONOMISATION DES FLUX EN AMBULATOIRE : JUSQU'OU ?

DISCUSSION AVEC LA SALLE

M. Pascal LEXA, Directeur des soins infirmiers Hôpital Clinique Claude Bernard à Metz –

Est-ce que les CLIN et les hygiénistes font partie des freins ou ont-ils été des leviers ? Monsieur évoquait tout à l'heure les flux et ce sont des questions que nous nous posons en permanence.

Mme Christine CHEVALIER - Je peux répondre car en plus d'être cadre responsable de l'ambulatorio, je suis aussi responsable de l'hygiène à la clinique.

Dr Jean-François SCHUHL - L'important est de valider le système, probablement de faire des contrôles de temps en temps. J'ai la charge du médico-légal et je pense qu'il n'est pas inintéressant d'avoir de temps en temps des éléments que l'on archive et qui peuvent éventuellement servir en cas de problème.

Mme Christine CHEVALIER - C'est pourquoi nous avons créé le salon de sortie, avec la collation rapide. Le patient installé sur son chariot, nettoyé par les infirmières après l'intervention, reste en zone propre. Le salon de sortie est plus loin à côté, près des vestiaires. Ceux qui rentrent et ceux qui sortent ne se croisent pas.

Dr Claire GATECEL, expert - Quand vous êtes face à l'hygiéniste, vous pouvez aussi le soumettre à la valeur des flux. Quand il y a une préconisation, il faut creuser et demander quel est l'objectif de la préconisation, quel est le résultat attendu. A partir de ce moment, on peut commencer à avoir des réflexions plus ouvertes que la norme de l'hygiène qui est un peu plaquée par des personnes qui ne sont pas forcément au fait des contraintes permanentes de fonctionnement.

Je pense que là aussi, il est très important d'intégrer l'hygiéniste, et non de lui faire dire ce qu'il pense de ce que l'on a créé sans lui. Il faut l'intégrer dans la réflexion à des moments propices, de telle sorte que l'hygiéniste puisse être dans le même mode de réflexion que les autres.

Dr Guy BAZIN, expert - Très souvent, les hygiénistes sont coincés par les structures architecturales, très figées et que l'on ne peut modifier. Parfois, quand on construit une structure où l'architecte a pris la position dominante d'imposer un certain nombre de circuits, sans avoir bien étudié la situation, il se trouve simplement que l'hygiéniste est obligé de se plier à cela.

Le principe de marche en avant, qui se pose à l'Hôpital Clinique Claude Bernard, est remarquablement bien fait, sauf à dire que la marche en avant n'est pas complète. Si elle était complète, ce serait l'idéal, mais vous avez des contraintes architecturales et de surface.

Mme Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE, Directrice Générale de la Fondation Rothschild- J'ai deux questions. Avez-vous des internes en ophtalmologie et les temps que vous avez indiqués incluent-ils la présence de l'interne ?

Dr Jean-François SCHUHL - Non.

Mme Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE - Avez-vous réfléchi au déshabillage du patient quand il rentre en bloc opératoire et à une autre solution qui est, paraît-il, pratiquée dans d'autres pays en Europe : on ne déshabille pas le patient, on le revêt d'une tunique pour rentrer en bloc. Y avez-vous travaillé ? Est-ce intéressant ou pas, est-ce une voie sans issue ?

Mme Christine CHEVALIER - Nous ne voulons pas l'envisager. Nous ne l'avons pas évoqué, nous maintenons toujours la douche à domicile la veille et le matin. Le bloc est raccordé à l'ancien bloc, c'est ouvert, même si les salles sont dédiées cela reste tout de même le bloc de Mathilde. Les patients sont donc pris en charge de la même façon des deux côtés.

Dr Jean-François SCHUHL - C'est aussi une réponse à la question qui a été posée auparavant. Je pense que l'on peut prendre des risques. A chaque fois, on a l'impression que l'on veut enlever des barrières, mais il faut tout de même se méfier de ne pas trop enlever de barrières pour ne pas prendre de risques ni donner le bâton pour se faire battre.

Dr Guy RAIMBEAU, expert - Je voudrais rebondir : nous avons été obligés de nous battre avec les

architectes pour construire. Nous avons un centre indépendant qui fonctionnait depuis 25 ans, on nous a obligés à construire quelque chose de neuf, nous avons discuté avec les architectes et nous nous sommes battus comme des fous. Il a été très compliqué de faire comprendre aux architectes que nous ne voulions pas construire un modèle tel que celui des cliniques, des hôpitaux etc.

Nous avons réussi à faire une marche en avant qui fonctionne, mais si on nous avait laissé l'espace de liberté, ce serait encore mieux. Je pense donc qu'il faut déjà demander aux architectes de nous construire des bâtiments pour qu'ils fonctionnent ! C'est ce qu'on appelle l'architecture fonctionnelle, et c'est le temps le plus compliqué.

Dr Jean-François SCHUHL - D'une manière générale, l'architecte habille ce que vous avez décidé et non l'inverse, mais malheureusement cela ne se passe pas ainsi. On retombe sur la formation : il faut former aussi des architectes.

Mme Christine CHEVALIER - Il est vrai que les architectes n'avaient pas prévu au départ le salon de sortie, que j'ai demandé tout de suite. Sans cela, on n'avait que 15 fauteuils opératoires et rien d'autre, alors que dans cette configuration, j'ai 15 fauteuils opératoires et 12 fauteuils de sortie. Sinon c'était un blocage d'emblée !

M. Stéphane CHEVANET, Responsable plateau technique opératoire Centre Clinical Soyaux Angoulême - Je voudrais savoir si vous avez envisagé de retirer le brancardage entre la zone de préparation du patient et le bloc opératoire et si vous avez envisagé que le patient passe directement par ses propres moyens au bloc opératoire pour se mettre sur ce chariot opératoire.

Dr Jean-François SCHUHL - A partir du moment où il arrive, il faut qu'il soit quelque part : soit il est dans un salon d'attente et il va à pied dans la salle d'intervention chirurgicale, ce qui est une éventualité, soit il est d'emblée sur le chariot opératoire. A un moment ou un autre, il faudra que le chariot bouge. C'est l'option que nous avons choisie.

Mme Christine CHEVALIER - Elle a été prise d'autant plus que le patient est scopé, on le surveille d'emblée et on fait la salle de réveil aussi.

M. Stéphane CHEVANET - Quel est l'intérêt de le scoper dès son arrivée, dès qu'il se pose sur le brancard ?

Mme Christine CHEVALIER - On gagne du temps pour les anesthésistes.

M. Stéphane CHEVANET - C'est donc une traduction opérationnelle de l'anticipation.

Participant.- Je voudrais reprendre la question posée par la Fondation Rothschild. Vous êtes responsable à la Fondation de l'ensemble du circuit, la régulatrice générale. On parle de gestion de flux actuellement, ce qui est très intéressant, on est donc dans une gestion de flux générale qui comprend aussi bien les consultations, de chirurgie, d'anesthésie, de bloc, l'unité de chirurgie ambulatoire, dans une certaine forme d'autonomisation. Vous l'avez du reste bien exprimé vous-même.

On voit aussi que cela a nécessité la mise en place d'un métier nouveau, qui est le vôtre. Pourriez-vous nous en parler, s'il vous plaît ?

Dr Gilles BONTEMPS.- Mme Armenteras n'est pas la directrice de la régulation, mais la Directrice générale. Une intervention sur ce sujet est prévue par Mme Maupas.

Dr Guy RAIMBEAU, expert - Dans l'amélioration de la surveillance, à la demande de nos anesthésistes, dans notre nouvel établissement, nous avons un scopage permanent avec les systèmes wi-fi. Les gens ont un boîtier, ils arrivent, sont accueillis, installés, et cette surveillance fait toutes les stations. Ils abandonnent leur station de surveillance quand ils vont dans l'espace départ. C'est très opérationnel. Il faut que les architectes fassent là encore des murs compatibles avec le wifi, ou mettent des bornes suffisantes. Le problème, c'est l'architecte, pour nous, je vous le dis !

M. Jean-Louis MOUTON, cadre infirmier CHRU de Lille - Je voulais savoir combien de personnes gravitent selon vous autour du patient que vous prenez en charge le jour de son intervention, depuis son entrée jusqu'à sa sortie. Selon ce que vous avez pu mettre autour de cette prise en charge,

avez-vous eu un gain en personnel et si oui, de combien ?

Mme Christine CHEVALIER - Cette marche en avant permet déjà de faire un gain de personnel sur le brancardage, il n'y a plus de brancardier. Normalement, le patient est pris en charge par une infirmière. En ambulatoire, la norme est une infirmière pour 5 patients, mais je les affecte en fait au pôle ophtalmo par rapport au nombre de patients que j'ai. Cela dépend si les infirmières ont 15, 20, 30 patients, je mets le personnel nécessaire par rapport à la charge de travail.

Une équipe se positionne pour les entrées, pour que cela tourne sur les 4 vestiaires ; une équipe se positionne de l'autre côté, pour installer le patient, le faire rentrer dans le bloc ; celles qui ont terminé les entrées rejoignent ensuite leurs collègues qui font la surveillance, le post-opératoire et le salon de sortie.

Dr Gilles BONTEMPS, Directeur associé Anap - Le décret d'août 2012 a supprimé la notion d'une infirmière systématique pour cinq patients présents. Il faut le souligner.

Dr François VENUTOLO, expert - Il faudrait pousser les architectes à un concept de chemin clinique architectural, au même titre qu'il y a des chemins cliniques autres. Je pense que cette notion de chemin clinique architectural est une notion sur laquelle il faudrait les pousser à la réflexion.

Dr Jean-François SCHUHL - C'est ce que je disais sur la formation des architectes. A une époque, les architectes semblaient s'intéresser à l'ambulatoire, mais le problème que nous avons rencontré, en particulier dans la première structure, la structure polyvalente, j'ai été confronté à des gens qui ne comprenaient pas l'ambulatoire. Pour eux, c'était impossible. Ils avaient toujours la mentalité ancienne, avec des grandes places, mettre des sièges, mettre des lits... C'est une véritable formation des architectes qu'il faudrait faire, mais ce sera plus difficile.

Dr. Christian SOCHALA, anesthésiste à l'AHNAC - Sur la remarque que vous avez faite tout à l'heure, concernant le fait de laisser les patients avec leurs propres vêtements, nous en sommes loin mais je vous laisse mesurer la différence entre ce fait-là et ce qui se passe chez nous, où une habitude, qui est un détail mais assez spectaculaire, fait que les soignants arrachent les tenues de bloc pour aller plus vite ou pour mettre les électrodes. Entre le fait d'un patient qui garderait ses propres vêtements et une tenue de bloc réglementaire mais dont l'usage est dévié, l'écart en termes de sécurité ou de sécurité n'est peut-être pas si important.

Dans un deuxième ordre d'idée, sur l'autonomisation des flux, on peut peut-être faire référence à un concept que l'on mettait en avant à un moment en chirurgie ambulatoire : celui de tourner autour du patient. Ce fait de tourner autour du patient valorise éventuellement le savoir-faire du patient : si le patient sait exactement à quoi s'attendre, ce qui mérite une information adéquate et un investissement de ce point de vue, on a un résultat totalement différent sur le comportement des gens et le temps gagné.

Lors du dernier congrès de la SFAR, il y a eu plusieurs axes de travail dans ce sens, avec des présentations qui commencent à évoquer la relation et le gain de qualité de l'anesthésie de la part des patients à partir du moment où il y a une information, une relation, une confiance et un savoir-faire qui est transféré au patient.

Participant. - Votre bloc opératoire est quasi-autonome, si je le comprends bien. A quel moment allez-vous le rendre complètement autonome et quel avantage cela vous apportera-t-il ?

Dr Jean-François SCHUHL - Il est autonome en ce sens que tout ce qui est ambulatoire dans l'unité que vous avez vue a ses propres salles d'intervention. En revanche, ce bloc est tout de même relié au bloc central. C'est une sorte de verrue qui a été construite, pour des circulations de personnel, pour l'éventualité d'être confronté à une situation... Par exemple, un opérateur en ophtalmologie, l'équipe anesthésiste décide de ne pas mettre d'anesthésiste dans l'unité que vous avez vue parce qu'il n'y a qu'un opérateur qui a un programme restreint. Pour une homogénéisation de l'activité des anesthésistes, il utilisera l'autre bloc.

Il est évident que si l'on ferme le couloir, on va à la guerre avec les anesthésistes. Je suis d'accord, je comprends, j'ai tout à fait l'idée de ce que vous évoquez, mais je ne sais pas si c'est un vrai problème qu'il y ait ce couloir. Malgré tout, ce bloc autonome fonctionne très bien tout seul et ce n'est pas parce

que de temps en temps il pose problème et que l'on utilise l'ancien système que cela gêne énormément.

Du reste, dans ce cas, Mme Chevalier ferme plutôt le secteur ambulatoire hospitalier complet, c'est-à-dire qu'il ne se passe plus rien. Puisque le bloc ne fonctionne pas, l'hébergement non plus et on retrouve l'ancien hébergement. Cela dépend des flux et du nombre de patients.

Mme Christine CHEVALIER - Il ne faut pas oublier que l'on ne fait pas que de la cataracte ambulatoire dans ces salles de bloc, elles sont aussi utilisées pour les hospitalisations pour les décollements de rétine.

Dr Jean-François SCHUHL - Il y a aussi ce problème, comment faire venir les autres patients.

Nos anesthésistes nous ont fait remarquer aussi qu'il n'y a pas de SSPI, puisque c'est l'unité d'hébergement. Comme ils sont très prudents, ils envisagent la possibilité d'avoir un jour besoin d'une SSPI. Dans ce cas, on ne descendrait pas au rez-de-chaussée pour remonter ensuite : par ce couloir, on rejoint la SSPI centrale. C'est aussi un argument.

Dr. Jean-Michel DEVYS, chef du service d'anesthésie à la Fondation Rothschild - Nous avons un peu la même structure que vous. Je voudrais rebondir sur cette idée d'autonomisation. L'autonomisation des structures d'ambulatoire crée une barrière qui peut effectivement casser des flexibilités. Vous avez cité la problématique anesthésique, mais vous pouvez aussi citer la problématique patient, c'est-à-dire qu'un chirurgien a 8 patients dans son programme opératoire et sur ces 8 patients, un est hospitalisé.

Doit-on travailler sur l'emploi du temps du chirurgien, en multipliant par le nombre de chirurgiens, ou bien doit-on se donner un élément de flexibilité et des passerelles avec un couloir ? Nous avons aussi fait ce choix.

Ce qui me paraît plus important dans la mécanique de flux, c'est la répétition du même acte opératoire. En ophtalmologie, si vous faites 8 cataractes, c'est plus performant que de faire 1 cataracte suivie d'un strabisme, suivi d'une rétine...

Un des risques principaux de l'autonomisation est de perdre ces éléments de flexibilité. Chacun met le curseur là où sont ses difficultés, qu'elles soient dans le programme opératoire du chirurgien, chez les anesthésistes ou chez le patient.

Dr Jean-François SCHUHL - C'est évident, et sans parler de taylorisme. Je ne faisais pas de l'ophtalmo mais de l'orthopédie, mais il est évident que si l'on fait X fois le même acte, pour de multiples raisons, c'est beaucoup plus performant que de mélanger les actes, en matière de gain de temps en particulier.

Pr Marc RAUCOULES-AIME, expert - On a vu un sujet jeune et parfaitement autonome sur la vidéo, mais je suppose que si vous avez une personne âgée qui a de véritables difficultés de vision parce que c'est la première fois qu'elle vient ou qui a des difficultés pour se déplacer, vous utilisez un circuit classique ?

Mme Christine CHEVALIER - Non, tous les patients âgés passent dans ce système. Il y a même la place pour les patients handicapés, nous arrivons à les prendre en charge dans ce secteur. Il faut vraiment qu'ils ne marchent pas du tout pour qu'on les mette dans le service ambulatoire classique. Sinon, tous nos patients passent par là.

Pr Marc RAUCOULES-AIME - Je voulais répondre à notre collègue, en disant que la formation a été abordée au sein des recommandations. C'est un élément important, si l'on veut anticiper, il faut absolument informer le patient pour avoir un patient acteur. La remarque est tout à fait importante.

Chirurgien viscéral.- J'ai l'impression que vous décrivez quelque chose qui ressemble à un bloc externe et plus tout à fait à un bloc de chirurgie ambulatoire qui pourrait faire aussi bien des patients en soins externes et plus tout à fait de la chirurgie ambulatoire. Pourriez-vous m'expliquer quelle est la nuance ?

Dr Jean-François SCHUHL - Le bloc que nous avons montré est un bloc d'ophtalmo. Je suis

chirurgien de la main, j'y aurais tout à fait ma place. Je vois très bien dans la réalisation des anesthésies loco-régionales qui sont développés au maximum, ils pourraient parfaitement être faits à l'endroit des topiques. Cela n'aurait posé aucun problème. On peut également y faire de l'anesthésie générale.

Ce n'est pas le frein, au contraire. C'est un bloc opératoire complet, normal, simplement il est compacté. C'est une petite structure où l'on fait 25 ou 30 mètres et où l'on arrive aux trois portes du bloc, si l'on passe le couloir de la verrue qui rentre dans le grand bloc central, vous avez un couloir qui mesure pratiquement 200 mètres avec de nouveau quinze à vingt salles d'opération.

La différence est le compactage, qui fait qu'il y a moins de perte de temps. On peut y faire la même chose, et parfaitement une colecystectomie, par exemple.

M. Philippe PLAGES, Directeur Hôpital clinique Claude Bernard - Je rebondis sur ce que vient de dire Madame, je suis complètement d'accord avec elle. Je crois qu'à l'avenir, si l'on a 38 gestes tracés en ambulatoire, on ne pourra pas faire ce genre de choses multiplié par 5. Je pense que l'on va repenser nos blocs opératoires autrement car si 70 % de notre activité chirurgicale est en ambulatoire, on sera obligé de le faire autrement.

Nos services d'hospitalisation deviendront des unités d'ambulatoire en fonction de certaines spécialités ou autres. Je pense que l'on repensera les choses autrement.

Mme Christine CHEVALIER - Ce n'est pas tellement le type de chirurgie qui va différencier les flux, c'est la caractéristique de l'axe : quelle que soit la chirurgie, si vous avez besoin de dix minutes de surveillance post-opératoire pour une réhabilitation complète du patient, vous créez un flux en fonction de vos volumes. Il ne faut pas forcément être autonome dans tout, cela dépend des volumes, des contraintes, des ressources, de l'architecture.

A partir du moment où le volume est suffisant pour standardiser les choses, cela facilite les flux, mais on peut très bien imaginer qu'il y ait deux flux en fonction des différentes contraintes. Des patients ont besoin d'une surveillance de 6 heures, d'autres d'une surveillance de 4 heures ou de 10 minutes, certains sont mobiles, d'autres non. C'est ce qui va déterminer l'instauration de flux différents, et pas tellement le fait que ce soit de la chirurgie ophtalmo ou de l'urologie.

On montre souvent le circuit court de l'ophtalmologie, puisqu'il y a beaucoup de volume pour cet acte, qui est extrêmement fréquent, très standardisé. C'est donc celui qui a porté ce type de développement. Il y avait de plus une contrainte pour l'ophtalmologie, c'est l'appareil de l'ophtalmologue, puisque l'on ne peut pas déplacer le microscope. C'est à voir en fonction des contraintes de chacun.

L'autonomisation des flux ne peut se faire qu'avec un certain volume. On ne va pas autonomiser un flux pour deux patients par semaine. En revanche, on peut les autonomiser un jour, et pas forcément toute la semaine. On peut faire des choses différentes.

Dr Gilles BONTEMPS, Directeur associé Anap.- Y a-t-il d'autres expériences entre autonomisation des flux et pluridisciplinarité ?

Dr Pascal COLLIN, anesthésiste à la Fondation Rothschild - Nous avons une structure qui ressemblait à celle de la clinique Mathilde et nous avons ouvert une deuxième structure pour ces différences de flux, puisque nous nous sommes aperçus qu'un certain nombre de patients pouvaient bénéficier de la chirurgie ambulatoire mais ne rentraient pas dans le cadre de l'ambulatoire court.

Nous avons donc ouvert une structure d'ambulatoire long, dans laquelle le temps de passage est modifié, avec un confort plus important et une structure où les patients peuvent rester plus longtemps. Nous avons donc élargi les patients pouvant être pris en charge, tant en termes de chirurgie que de durée de séjour, avec des patients qui peuvent rester plus ou moins longtemps.

Dr Jean Michel DEVYS - Le principe général est qu'au-delà du type de chirurgie, le patient qui relève en sortie de salle d'opération d'une aptitude à la rue de moins de 30 minutes passe sur le circuit ambulatoire court ; le patient qui nécessite de plus de 30 minutes jusqu'à 6 heures, selon la chirurgie, part sur un circuit autonomisé d'ambulatoire long. Ces deux circuits sont définis selon le temps d'aptitude à la rue.

Dr Guy BAZIN - Cela signifie in fine que la caractérisation de l'acte est fondamentale au départ. Comme le disait Jean-François, on peut très bien faire de la chirurgie de la main et de la chirurgie ophtalmologique dans la même structure, indépendamment de l'acte, dès lors qu'ils ont un caractère absolument identique. C'est ce qu'il faut rassembler, il faut faire des centres qui peuvent être plus ou moins autonomisés en fonction des besoins.

C'est une approche totalement différente de ce que l'on fait actuellement.

Dr Claire GATECEL - Cela amène à repenser la prise en charge des patients, pas tant en termes disciplinaires, ce qui est notre modèle habituel, mais en termes de modalités de prise en charge : l'ambulatorio court, l'ambulatorio long, l'hospitalisation de semaine, l'hospitalisation complète... On pourrait finalement imaginer que tous ces modes de prise en charge soient pluridisciplinaires et non plus disciplinaires, comme le sont nos modèles habituels.

On n'est pas prêts d'y arriver partout et tout de suite, mais on sent bien que c'est tout de même ainsi que l'on arrivera à développer les prises en charges ambulatoires les mieux adaptées aux besoins des patients.

Dr Jean-François SCHUHL - On a vu des centres qui ne fonctionnaient pas mal, dans cet esprit, mais c'était le bloc qui avait régulé la chose. Il y avait des blocs avec des circuits courts, d'autres blocs avec des circuits longs, donc des pathologies plus lourdes les unes que les autres, et les circuits d'ambulatorio étaient adaptés à ces différents blocs, ce qui permettait une bonne gestion.

Nous avons un peu la même chose dans la durée de passage.

Mme Christine CHEVALIER - Dans l'autre secteur, ce n'est pas mélangé mais sectorisé, avec un circuit long et un circuit court, le patient est placé suivant son circuit. Nous avons les deux. Le gros avantage est la salle de surveillance post-interventionnelle, qui libère d'un côté pour tous les patients lourds de l'autre côté. C'est un gros gain pour le bloc.

Dr. Alain BENICHOU, anesthésiste au Centre Clinical Soyaux - Je voudrais vous demander si vous avez calculé le temps moyen d'entrée et de sortie pour vos cataractes. On veut aller vite, mais quel est le temps, finalement, entre l'entrée et la sortie d'un patient ?

Mme Christine CHEVALIER - Pour l'instant, on est à deux heures.

M. Alain BENICHOU - C'est parfait.

Par ailleurs, on oublie que tous les ophtalmologues en France n'opèrent pas sous topique pur ou sous topique sédation, topique hypnose ou autre. Il y a non seulement la technique opératoire, mais aussi la technique anesthésique. C'est ce qui conditionne la sortie du patient, en grande partie. Quand on parle d'anesthésie locorégionale, locale ou d'anesthésie générale, ce n'est pas ce qui conditionne, c'est la technique en général et celle du chirurgien également.

On a beaucoup parlé des espaces, on a critiqué les architectes, moi je les défends. Je travaille aussi avec des architectes et nous avons, au niveau de la SFAR, une commission ambulatoire où siège un architecte. On ne peut pas généraliser.

Les topiques, c'est bien, mais sait-on combien d'ophtalmos en France font de la topique ? L'espace pour mettre de la topique n'est pas très important, en revanche si l'on fait des péri-bulbaires, le monitoring est différent ; si l'on fait de l'anesthésie générale, c'est différent aussi. C'est tout un ensemble. La gestion des flux, c'est bien, mais n'oublions pas que l'on opère un malade sous anesthésie !

Mme Christine CHEVALIER - Nous allons peut-être demander à la Fondation Rothschild de répondre car ils font moitié/moitié de topique et de locorégional.

Dr Pascal COLLIN - Nous avons trois techniques d'anesthésie :

- 1 % d'anesthésie générale, car si le patient refuse tout type d'anesthésie locale et souhaite une anesthésie générale, nous ne récusons pas la chirurgie et nous le faisons. Cela doit être réfléchi. C'est un des éléments pour dire que le patient peut être fait en ambulatorio mais va avoir un circuit de salle de réveil différent, d'où l'intérêt d'éléments de flexibilité par rapport à

ce que l'on décrivait avant.

- en anesthésie locorégionale, après un gros travail et un enseignement aux internes, la péri-bulbaire représente encore 50 % des actes.
- la topique telle qu'elle est dans l'imaginaire collectif, avec simplement quelques gouttes, est associée dans 80 % des cas à un petit médicament intraveineux antalgique, hypnotique.

On ne peut pas à mon sens, dans mon établissement qui représente un fort volume d'activité cataracte, dire que la cataracte ne demande que deux gouttes dans l'œil. C'est plus compliqué que cela.

Dr Jean-François SCHUHL - Je profite de cette remarque pour dire que c'est finalement la grosse problématique des recommandations. Une recommandation ne peut pas définir un certain nombre de choses très au-dessus. Il est bien évident dans ce que vous dites que ce sont les acteurs de première ligne qui adaptent réellement en fonction des éléments qu'ils possèdent à leur niveau, en fonction de l'opérateur, des lieux, de l'architecture. C'est bien de sa propre structure et de son environnement que cela dépend. Une recommandation ne doit pas être quelque chose imposé d'en haut, avec la définition de la couleur de la porte, mais être suffisamment large pour que chacun puisse s'adapter.

Mme Christine CHEVALIER - Pourrais-tu, Jean-Michel, préciser la durée moyenne de séjour sur le circuit court malgré la locorégionale ?

Dr Pascal COLLIN - Anesthésie péri-bulbaire incluse, entre le moment où le patient rentre dans l'hôpital et celui où il en ressort, on est à 1 h 42. Je peux le dire à la minute près car nous le mesurons à la minute. Cela inclut la sédation, mais c'est une moyenne générale incluant tous les patients, qu'ils soient topiques, péri-bulbaires ou autres.

Ceux qui ont une anesthésie générale vont sur un circuit long, mais c'est tellement faible... Quand on conceptualise une chirurgie, on travaille pour 90 % des patients, ALR etc. Faire le choix de refuser de mettre le matériel pour faire une anesthésie générale, c'est perdre le patient. C'est ensuite une décision avec le directeur d'établissement de savoir si l'on perd le patient, et le chiffre d'affaires associé, ou pas.

M. Olivier CALLET, secrétaire général adjoint Sincal à Nancy - Pour les établissements qui voudraient créer une unité de chirurgie ambulatoire autonome, l'ANAP peut-elle proposer un programme type pour des locaux ou, mieux, un plan type pour des locaux qui pourraient aider l'établissement et les architectes à travailler sur le sujet ?

Dr Gilles BONTEMPS, Directeur associé Anap - Quand vous parlez d'autonomie, vous parlez de centre satellite, sur le même site ?

Je crois qu'il n'y a pas de modèle disponible, ni même imposable à toutes les structures. Je pense que c'est l'histoire de la structure qui fait en sorte qu'il y ait différents modèles possibles. La réflexion de l'ANAP est plutôt sur l'optimisation des flux. L'architecture n'est qu'un modèle d'habillage par rapport à une réflexion organisationnelle.

La grosse problématique en France est que l'on réfléchit toujours un peu trop en termes d'architecture, et l'organisation doit rentrer dans l'architecture. Or à mon sens, c'est plutôt l'inverse : on doit définir l'organisation optimale sur laquelle on applique un modèle architectural.

La réflexion sur l'autonomisation des structures jusqu'aux centres indépendants est une réflexion nationale, à la fois au niveau de la Caisse nationale d'assurance maladie et de la DGOS, puisqu'il y aura une réflexion en 2013 sur les centres indépendants de chirurgie ambulatoire, qui sont le stade ultime, l'autonomisation des flux à son extrême.

Dr Guy BAZIN. - Votre question est fondamentale. Aujourd'hui, il est bien évident que l'on n'a pas de modèle, de kit ambulatoire à proposer. En revanche, trois éléments fondamentaux doivent être pris en compte lorsqu'on construit quelque chose à neuf :

- la souplesse opérationnelle, c'est-à-dire la possibilité pour un établissement, une structure, d'augmenter son activité. Très souvent, on construit en fonction de ce que l'on possède sans aller plus loin et sans prévoir ;

- la possibilité de changer complètement d'activité, en faisant en sorte que la structure et l'organisation soient disponibles pour une nouvelle activité ;
- la capacité de changer complètement : la chirurgie d'hospitalisation traditionnelle est finie, on rentre dans un autre mode de prise en charge.

Ce sont ces trois éléments qu'il faut prendre en compte quand on construit, mais les architectes ne savent pas le faire.

Dr Anne GATECEL, expert - L'architecture est un frein, quelquefois une contrainte majeure, mais même si l'on a la chance de construire aujourd'hui un nouvel hôpital comme on le veut et si l'on a réussi à convaincre tout le monde, on n'a aucune idée de ce que sera notre activité dans dix ans, or on ne reconstruira pas un hôpital dans dix ans. L'architecture sera donc toujours une contrainte. Il faut réfléchir pour faire avec et utiliser tous nos neurones pour trouver des solutions. C'est pourquoi il n'y a pas de modèle standard.

Quand on rencontre l'ensemble des établissements, chacun a fait avec ce qu'il avait et a trouvé des solutions qui lui convenaient. Les objectifs sont de fluidifier et de standardiser le plus possible, mais ce « plus possible » sera inhérent au volume d'activité, au type d'activité et à l'ensemble des contraintes, des ressources matérielles et humaines. Quand il y a un mur porteur, il faut le contourner et le brancardage ne peut parfois pas être supprimé totalement.

Bien sûr, il y aura toujours des zones de gaspillage dans le processus, car il y a le processus absolu, le monde parfait comme on l'aimerait, et la réalité. Dans la réalité, on ne peut pas supprimer toutes les zones de gaspillage. Il faut les réduire, pour faciliter la vie du patient, mais aussi notre vie au quotidien en tant que professionnels de terrain, mais il faut gérer le reste et avoir de l'imagination et de la créativité.

Dr Gilles BONTEMPS, Directeur associé Anap - Les supports sont importants aussi : des choses pratiques comme des vestiaires-douches, comme des fauteuils plutôt que des lits, font partie des leviers et des freins. A défaut de refaire une architecture, on peut repenser le mobilier. Cela peut être un frein dans les deux sens, on parlait tout à l'heure de la chirurgie viscérale : le fauteuil, le brancard peut être un frein à la réalisation de gestes lourds.

Dr Alain BENICHOU - Vous dites que l'on ne sait pas trop comment construire les hôpitaux de demain, mais nous avons tout de même un axe de travail : on nous dit officiellement que 85 % de la chirurgie programmée doit être faite en ambulatoire. On sait aujourd'hui qu'il ne faut pas construire des hôpitaux avec une hospitalisation traditionnelle surdimensionnée.

A Houston, où travaillait Didier Sciard, on a bien vu qu'à un moment donné, l'ambulatoire avait pris la place. On sait que 85 % de la chirurgie programmée doit être en ambulatoire : on sait donc vers quoi il faut tendre.

Pr Didier SCIARD, expert - J'ai travaillé à Houston dans un hôpital universitaire de taille raisonnable, avec 950 lits pour tous types de chirurgie, y compris chirurgie cardiaque. J'ai vu cet hôpital évoluer avec une chirurgie ambulatoire intégrée à l'activité du bloc standard, avec une unité appelée Day Surgery, où l'on accueillait le patient le matin et où il sortait le soir, tout en rentrant dans le circuit habituel de tous les patients avec toute la problématique de chirurgie décalée, de chirurgien engagé sur des chirurgies lourdes et faisant de l'ambulatoire derrière.

L'évolution naturelle de ces centres, comme sur le Methodist, gros hôpital à côté du Hermann à Houston, est qu'ils ont construit leur centre de chirurgie ambulatoire, Surgical Center, individualisé, autonome, plus ou moins satellite de l'hôpital mais répondant à des flux et une population différents. Les chirurgiens y consacrent l'exclusivité de leur activité les jours où ils font de la chirurgie ambulatoire.

L'un et l'autre ne s'excluent pas. On a tendance chez nous à vouloir du tout blanc ou du tout noir, mais ils ont créé ces centres de chirurgie ambulatoire autonomes, satellites, et ont gardé de la chirurgie ambulatoire au sein de leur structure lourde, pour la même raison que nos circuits longs et circuits courts. Il y a des circuits courts d'ambulatoire et des circuits un peu plus longs.

Certains patients, pour lesquels on n'est pas sûr de la sortie, parce qu'on a mis un redon qu'on doit enlever dans les cinq ou six heures, peuvent sortir ou pas. Il y a des circuits adaptés mais tous ces hôpitaux ont évolué vers des centres autonomes indépendants de chirurgie ambulatoire, satellites ou rapprochés.

Dr Gilles BONTEMPS - C'est donc plutôt une tendance d'autonomisation des flux et des circuits avec séparation physique.

Dr Guy BAZIN - On voit bien aujourd'hui que l'on est sous le monopole d'une chirurgie traditionnelle de centre intégrée. A 90 % en France, ce sont des centres intégrés. On ne peut pas arriver à calibrer le centre intégré par rapport à l'autonomie d'un centre, c'est ce qui nous manque. Sur l'enquête européenne day safe, on voit bien que 30 % des centres sont intégrés, tout le reste est autonome, dont 17 % de centres indépendants. En France, on est assez bloqué.

Il nous faut donc la possibilité de calibrer différemment, c'est ce qui devra faire partie de nos recommandations.

Dr Jean-François SCHUHL - Pour rebondir sur ce qui a été dit sur les hôpitaux de demain, je pense que l'idée à avoir en tête est que, quand on construit quelque chose, cela doit être totalement remodelable. On pense à un patient au milieu et on crée une grande boîte, que l'on habille en fonction de ce que l'on va y faire. C'est un peu ainsi qu'il faut voir le problème. C'est un peu ce que nous avons fait dans un des centres.

Mme Christine CHEVALIER - Dans le premier centre d'ambulatoire, j'ai un secteur enfants que je module suivant les besoins des services pour gérer les flux, les patients. Dans ce secteur où je peux mettre 12 enfants, il y a des lits et des berceaux, mais il peut être transformé en secteur adulte où je peux mettre 7 adultes. C'est une façon de moduler. J'aimerais un système de cloison modulable qui permettrait de moduler le service suivant ce qui rentre.

C'est le système que nous avons trouvé. Pour l'instant, nous avons des lits, fauteuils, méridiennes... tout un panel d'équipements adaptés aux différentes pathologies, circuits courts avec des fauteuils et circuits longs avec des lits ou des méridiennes.

Dr Gilles BONTEMPS - En conclusion, adaptabilité, réactivité, autonomisation des flux... Nous allons bénéficier de l'expérience de Guy Raimbeau, qui va présenter l'expérience du centre indépendant de la main, versus intégration des urgences. Vous savez que, réglementairement, les urgences ne peuvent pas être intégrées dans la chirurgie ambulatoire et il est intéressant d'avoir le retour d'expérience de Guy Raimbeau sur l'intégration des urgences dans du programmé ambulatoire.

QUELLE PLACE POUR LE NON PROGRAMME EN UCA ?

TEMOIGNAGE : LE NON-PROGRAMME AU CENTRE DE LA MAIN A ANGERS

Dr Guy RAIMBEAU, expert - Le législateur a parlé de chirurgie ambulatoire et de chirurgie programmée, c'est tout. Pour l'anecdote, je dirais que nous avons été 11 ans en procès avec la tutelle au moment des quotas et que nous avons gagné, puisque les urgences ne pouvaient pas entrer dans les quotas.

Bien évidemment, le non-programmé, c'est l'urgence. Je ne vais pas parler de l'urgence vitale. Par définition, le non-programmé dérange tout le monde : ceux qui doivent nous cadrer, les chirurgiens, les anesthésistes... Cela dérange tout d'abord parce que la typologie est toujours variable, même dans notre spécialité, la chirurgie de la main.

Cela dérange aussi parce que ce n'est jamais au bon moment que le patient arrive : soit on les attend et ils ne viennent pas, soit ils viennent tous en même temps. Ce n'est pas parce qu'il y a une fracture et que cela saigne un peu que l'on va passer le même temps au bloc opératoire, car il n'y a rien à voir entre l'embrochage de phalange sur une fracture ouverte simple et la réparation de deux tendons fléchisseurs à revasculariser et avec deux nerfs à refaire.

Ensuite, il y a le post-opératoire. Qui va s'en charger ? L'unité ambulatoire, le chirurgien, l'anesthésiste ? On y reviendra.

Notre philosophie depuis 1987 a été de tourner par rapport à la chirurgie de la main. On a dépoussiéré tout ce qui n'était pas utile – c'est du LEAN avant l'heure -, nous avons suivi Guy Fouchet de Strasbourg qui avait créé ce premier centre indépendant de chirurgie de la main en 1985.

Le malade a besoin d'une salle d'opération, qu'on lui explique et surtout qu'on fasse du post-opératoire. Il ne doit pas avoir mal, d'abord pendant l'intervention, et surtout après l'opération.

Mon propos est que l'on peut faire du non-programmé à condition de faire une programmation du non-programmé. Il faut formater le non-programmé. On revient à cette notion de modules, car on va rendre éligible à l'ambulatoire, quel que soit le patient, qu'il ait prévenu ou pas.

Bien évidemment, on retrouve les fondamentaux de ce que l'on développe à travers ce séminaire, c'est-à-dire les circuits courts, l'équipe dédiée, entraînée et motivée.

Le post-opératoire doit, pour nous, être assuré par l'équipe chirurgicale qui a opéré le patient, en commençant par le chirurgien. Voilà notre témoignage.

Nous sommes centre indépendant depuis 1987, puis la tutelle nous a obligés à aller sur un campus avec d'autres établissements. Nous avons gardé notre autonomie comme centre indépendant et nous avons ouvert en août 2011, avec les difficultés que je vous ai indiquées.

Nous avons occulté sur ce tableau l'année 2011, parce qu'elle était polluée par notre déménagement, qui n'a duré que 5 jours mais il y avait une montée en charge de notre nouvel établissement. Vous avez donc l'année 2010 et les comptes arrêtés au 31 octobre 2012.

Premièrement, on voit que l'on ne s'est pas endormis sur les non-programmés, puisque nous avons augmenté de 10 % la prise en charge mensuelle de nos urgences : sur 100 patients, 38 ne nous ont pas téléphoné avant de venir, alors qu'avant nous en avions 28.

Nous avons bien sûr augmenté notre programmé avec notre nouvelle structure, mais l'intéressant est qu'un chiffre ressort : en gros, nous avons lissé six urgences par jour contre trois et demie avant.

Nous avons gardé la politique d'intégration du non programmé et, non seulement nous l'avons gardée, mais nous l'avons beaucoup plus développée que le programmé.

Vous allez me rappeler que l'ambulatoire est limitée à 12 heures et que l'on ne sait pas combien de temps les patients vont rester. Nous avons un système de suivi qui est la distribution des cartons rouges. Le mois d'octobre, qui est réputé en grosse activité dans les établissements MCO avec le mois de mars, ne compte que 4 cartons rouges sur 21 jours ouvrables. Pour des gens qui ne sont là que depuis 15 mois, je trouve que l'équipe se débrouille bien.

Tous ces cartons rouges vont faire l'objet de discussions, nous allons faire des retours d'expérience. Quand on analyse un peu mieux, on s'aperçoit qu'il n'y a en fait que 3 cartons rouges réels. Vous avez aussi l'entrée des urgences, c'est-à-dire que les délais à compter du moment où le patient entre dans le box d'anesthésie vont de deux à quatre heures.

Il y a des zones blanches, c'est le bloc : il doit être libéré pour 20 heures et nous avons pris pour règle qu'entre 19 et 20 heures, il était de bonne conduite d'abandonner les lieux opératoires.

En revanche, nous avons trois zones vertes : cela signifie que nous avons sous-utilisé notre plateau technique. L'idée est d'arriver à progresser et de savoir comment on peut encore s'améliorer.

Pourquoi cela fonctionne ? On va un peu s'éloigner de l'unité de chirurgie ambulatoire pour rentrer dans la spécificité d'une prise en charge de santé publique.

Angers Assistance Main, qui est membre de la Fédération européenne des services Urgence Main, est une entité dans laquelle les ressources humaines principales et les moteurs sont les chirurgiens du centre de la main, nous sommes 6 et bientôt 7, mais regroupent le CHU d'Angers dont nous sommes partenaires depuis 1993, la clinique d'orthopédie Saint Léonard qui est maintenant notre voisine, et la clinique de l'Anjou, une très grosse clinique qui est un centre agréé admission urgences tout venant.

Comment rentre-t-on à Assistance Main ? Aujourd'hui, les gens savent où aller et arrivent avec leur pansement ou leur accompagnateur. Il y a aussi le centre 15, dès qu'il commence à faire nuit, ou quand c'est le week-end, on appelle plus le centre de la Main. Il y a bien sûr les gros blessés avec les Samu, mais aussi tous les centres hospitaliers régionaux, des Deux-Sèvres ou de la Mayenne. Nous avons une attraction dans le sud qui dépasse bien évidemment le Maine-et-Loire.

Nous allons être appelés, à ce moment nous allons évaluer au téléphone, physiquement, par fax ou, demain, en télémedecine, pour savoir si cette urgence peut être calibrée à notre fonctionnement. On parlait des flux, il faut savoir ce que l'on veut y mettre.

Si c'est une section complète de la main, on va avoir un conditionnement Samu avec notre aide et le patient va être pris en hospitalisation complète dans les autres plateaux techniques, en particulier cela va se passer soit à la clinique Saint-Léonard, soit de temps en temps au CHU, en particulier pour de jeunes enfants.

Dans le cas le plus fréquent, cette évaluation qui se fait physiquement au centre de la main va, soit aller vers les soins externes, pour des milliers de patients, soit rentrer dans la boucle de l'UCA dans un circuit court, de 2 à 4 heures, y compris pour les non programmés.

On retrouve tous les temps, l'accueil, le patient qui est mis en box de pré-anesthésie, le bloc opératoire, avec des flux laminaires dédiés à la main ; nous avons mis SSPI car nous n'osons pas mettre que c'est finalement du fast-tracking (simplement reprendre les constantes qui sont déjà prises en permanence), pour acheminer le patient sur une collation après départ et surtout un départ avec l'anticipation dont vous avez parlé.

Ce système ne fonctionne que 12 heures, mais notre entité Angers Assistance Main fonctionne 24 heures sur 24, week-ends et jours fériés compris, et c'est animé par les chirurgiens du centre de la main.

On peut donc à travers une spécialité, en s'engageant en santé publique, faire introduire la chirurgie ambulatoire dans le non programmé et nous ne faisons pas que du canal carpien.

Dans la vraie vie, on a déjà une pré-programmation typique, avec le matin des arrivées toutes les 30 à 60 minutes, avec un joker pour le premier patient, car même s'il n'y a pas beaucoup d'embouteillages, certaines personnes ne peuvent pas arriver à l'heure. On a quasiment deux patients qui arrivent presque en même temps au départ, pour que l'anesthésiste ne soit pas en panne.

Il y a une pause de 20 à 30 minutes à la mi-journée, induite par le chirurgien et l'anesthésiste, le personnel se relayant. Dans l'après-midi, on met deux à trois interventions programmées, espacées d'une heure. Avec cela, on injecte le non programmé sur des écrans, au niveau des admissions en urgence dans notre centre indépendant.

On voit sur écran le programme opératoire qui a commencé, avec en vert la pré-anesthésie, le bloc, puis la sortie du bloc. Dans les colonnes violettes, vous avez la pré-programmation, avec celle de l'après-midi.

En fin de journée, on s'aperçoit que finalement, on a opéré 15, 16, 17 ou 18 patients, pour arriver à une moyenne de 16 par jour.

Voilà le témoignage que je voulais vous donner : si l'on réfléchit beaucoup en mettant tout ce que l'on a dit, c'est-à-dire tous les temps de gaspillage, et en mettant le patient au bon endroit, à condition d'avoir une logistique périphérique (ici les autres plateaux techniques), je pense que l'on peut exporter ce modèle à travers une autre structure.

QUELLE PLACE POUR LE NON PROGRAMME EN UCA ?

DISCUSSION AVEC LA SALLE

Question sur les volumes d'activité de la clinique de la Main

Dr Guy RAIMBEAU, expert - Aujourd'hui, on est sur plus de 4000 patients par an, avec 21 jours ouvrables par mois. Nous étions auparavant à 3000, la montée en charge va continuer en 2013 puisque nous avons deux flux laminaires. Nous avons fonctionné essentiellement main droite/main gauche sur chaque flux, et à partir de janvier, nous commençons une expérience deux jours par semaine avec des objectifs. Dans trois ou quatre ans, nous serons sûrement plutôt vers 5500 ou 6000 en fonction du bassin de population.

38 % aujourd'hui est programmé mais je pense que notre augmentation d'activité va continuer, selon une volonté de l'équipe, parce qu'il y a ensuite un recrutement de chirurgiens. Recruter des chirurgiens de la main comme des chirurgiens de bureau n'a aucun intérêt, même si c'est une certaine tendance ! Il nous faut des chirurgiens de la main qui fassent tout, aussi bien l'écrasement de P3 que la replantation de main.

Il nous arrive de faire des replantations de P3 dans notre unité indépendante, deux ou trois fois par an, car on nous dit qu'il n'y a pas de lit. Finalement, de quoi a besoin le patient à qui on fait une replantation de P3 ? Il a besoin de calme, d'être au chaud et de ne pas fumer. Ces trois recommandations peuvent être assurées à la maison. Nous avons des pistes d'amélioration et d'expansion.

L'intéressant dans notre expérience est de voir ce qui nous a animés et ensuite comment vous pouvez l'exporter. Notre modèle ne peut pas être photocopié, il y a de l'historique, de l'humain... mais des choses doivent ressortir de notre expérience. La marche en avant est pour nous une évidence depuis toujours. Même en étant une évidence, on a du mal à faire passer le message.

Ensuite, l'urgence est incontournable. Si l'on veut faire de la chirurgie de la main, on fait de la santé publique, l'ARS nous reconnaît comme partenaire de santé publique, mais il faut tout prendre. Là où l'on coince, on va vers des partenariats, comme le CHU, qui est un partenariat fort, avec un interne en formation, et cela va très loin.

Notre unité de chirurgie ambulatoire est un petit laboratoire qui est en train de faire des petits et qui fait réfléchir d'autres structures.

M. Olivier CALLET, secrétaire général adjoint Sincal à Nancy - Combien d'opérateurs travaillent par jour dans l'unité de chirurgie ambulatoire ? Y a-t-il un tour de garde pour prendre en charge les urgences ou le non programmé ?

Par rapport à la tutelle, comment avez-vous pu négocier que les urgences soient prises en charge dans une unité de chirurgie ambulatoire alors que c'est aujourd'hui a priori interdit ?

Dr Guy RAIMBEAU - Nous n'avons pas négocié, il fallait de toute façon bien opérer les patients ! Cela a été l'objet de notre crise des quotas : lorsqu'on nous a dit qu'on ne pouvait pas dépasser les quotas, en 1995, nous avons arrêté d'opérer. Le CHU a toussé et nous a même donné des lits pour que nous augmentions notre capacité.

C'est un problème de santé publique : à un endroit donné, vous avez la compétence, il n'y a plus de barrière public/privé pour nous depuis les années 1990, avec le CHU d'Angers. Quand je suis parti du CHU en 1980, nous avons continué le partenariat, l'enseignement, les urgences etc. Autant nous avons été embêtés sur les quotas, autant nous n'avons jamais été embêtés sur la rémunération.

Au niveau de l'urgence, pour Angers Assistance Main où la caserne de pompiers compte des gens du centre de la main, 3 chirurgiens sont sur le pont. C'est pourquoi nous serons 7 à partir de janvier : le premier accueille les urgences et aide les infirmières au triage téléphonique. Demain, nous espérons mettre en route la télémedecine, en particulier avec les hôpitaux des Deux-Sèvres, pour faire déplacer les gens au bon moment. Ce chirurgien fait en général deux demi-journées, on se relève vers 13 ou 14 heures. C'est un poste.

Il y a un poste de chirurgien à l'unité de chirurgie ambulatoire, le chirurgien arrive à 8 heures, il commence à opérer à 8 h 30 ou 8 h 40, et il finit avant 20 heures pour ne pas avoir de carton rouge.

Un troisième chirurgien est sur le plateau technique de la clinique Saint-Léonard, le même sur les week-ends et la nuit pour que cela ne s'arrête pas.

Au téléphone, on est en astreinte opérationnelle sur Saint-Léonard et le chirurgien de la main qui a opéré à l'unité ambulatoire a la ligne rouge, c'est-à-dire que deux autres sont potentiellement dérangés la nuit, pour le post-opératoire immédiat. On a des fiches de traçabilité. Tout cela s'informatise.

C'est une nébuleuse, cela bouge tout le temps. Ce qui frappe les gens qui viennent nous voir, c'est qu'ils ont l'impression que c'est toujours calme, mais quand on leur donne les statistiques, ils nous demandent comment nous faisons. C'est un problème d'anticipation. A chaque fois qu'il y a un bouchon, cela se voit, et il faut essayer de voir pourquoi cela a bouchonné. Il y a les impondérables, les aléas, la météo, mais globalement, nous animons nos réflexions par les problèmes que l'on voit émerger. Actuellement, c'est l'histoire des cartons rouges, pour que le personnel ne nous donne pas sa démission.

Dr Guy BAZIN - Indépendamment des urgences en chirurgie de la main, je pense que tous les établissements ont des problèmes d'urgences et d'intégration des urgences dans leur programme, en particulier de les introduire dans la chirurgie ambulatoire.

On est coincé par deux phénomènes : tout d'abord, c'est interdit en chirurgie ambulatoire, qui dans sa définition est de la chirurgie programmée. Ensuite, dès lors qu'on programme une urgence, il y a un problème d'anesthésie et de consultation d'anesthésie. La consultation n'est pas faite. Il faut garder le caractère de l'urgence pour ne pas être ennuyé par la consultation d'anesthésie.

L'intégration des urgences est donc prise dans un sandwich qui est, d'une part le fait qu'elle ne répond pas à la définition de la chirurgie ambulatoire, d'autre part si elle y répond, il faut faire une consultation. C'est la problématique.

Il faut trouver une méthode pour dire que, quand on peut faire les urgences, on peut les intégrer. C'est la raison pour laquelle il est évident qu'il faut faire en sorte que l'urgence, qui est typiquement le flux poussé – c'est-à-dire qu'on pousse une intervention chirurgicale dans un endroit où elle n'a rien à y faire, et qui va mettre du désordre –, soit transformée en flux tiré, tout en lui gardant son caractère d'urgence, tout en sachant parfaitement bien qu'elle est adaptée et qu'elle peut être prise, à la fois au bloc opératoire et dans le cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire.

L'exemple que vient de définir Guy Raimbeau est tout à fait caractéristique. Il a prévu le fait que l'urgence devienne tirée, puisqu'il a de la place, il l'a anticipée, il a prévu des statistiques pour montrer qu'il y a de toute façon un minimum d'urgences par jour, il a donc transformé cette urgence qui est habituellement prise en flux poussé en flux tiré, cela reste une urgence, on n'est pas lié à la consultation, et je ne vois pas pourquoi on ne répondrait pas à la définition même de la chirurgie ambulatoire.

Cette démonstration est peut-être un peu tordue, mais je pense qu'elle peut parfaitement bien s'adapter à nos structures.

Dr Jean-François SCHUHL - Je ne sais pas s'il y a des gens d'Antony ici. Quand nous sommes passés à Antony, on nous a expliqué que l'urgence pouvait s'intégrer dans l'activité ambulatoire, dans la mesure où un circuit très court se mettait en place. Quand c'est techniquement possible, l'urgence est vue par l'anesthésiste tout de suite et les différentes étapes d'entrée administrative et de mise en conditions dans l'unité ambulatoire peuvent se dérouler régulièrement. Cela ne paraissait pas leur poser de problème majeur.

Dr Daniel BARRA, anesthésiste à l'hôpital privé d'Antony et coordinateur de la structure ambulatoire intégrée- Nous avons une structure d'urgence main intégrée dans le fonctionnement ambulatoire. Dans la mesure du possible, nous essayons d'intégrer dans le circuit ambulatoire classique toutes les urgences main, pour les patients qui arrivent aux urgences.

Nous avons laissé des places d'urgence dans les consultations d'anesthésie, pour les patients valides

qui peuvent se déplacer. Ils rentrent ensuite comme tout patient dans le circuit ambulatoire tout à fait classique.

Quelques patients échappent bien sûr à ce système, en fonction des horaires, des disponibilités de consultation, mais la majorité des patients passent dans un circuit ambulatoire tout à fait classique, bien que ce soit du non programmé.

Dr Guy RAIMBEAU - Nous avons gardé toutes les étapes, en particulier le consentement éclairé. L'admission étant au premier étage, l'infirmière ou le chirurgien qui accueille explique, on regarde sur l'ordinateur si cela peut cadrer avec l'occupation du bloc et le patient lit son consentement éclairé, a ses explications. Il y a un cheminement, il est accueilli par l'anesthésiste. On a l'habitude de faire le tri, mais de temps en temps le patient arrive sur le plateau technique et à l'admission, l'anesthésiste va dire qu'il n'est pas d'accord pour telle ou telle comorbidité qui nous aurait échappé.

Nous n'avons pas supprimé les étapes, nous avons simplement fait du LEAN, mais cela demande beaucoup d'énergie. On ne peut pas refaire le monde tous les jours, il faut tirer argument de l'expérience.

Participant.- A quel moment faites-vous l'étape administrative ?

Dr Guy RAIMBEAU- L'administratif se fait de toute façon, quels que soient les modes d'admission. Nous avons une admission centralisée avec l'informatique, c'est alimenté. Il y a un minimum standard, que le patient passe aux soins externes ou qu'il aille se faire opérer. Ensuite, c'est incrémenté par la secrétaire à l'étage du dessus.

Participant.- Le patient arrive aux urgences, on fait le constat qu'il faut une opération...

Dr Guy RAIMBEAU- Il a déjà un dossier qui est la base, le minimum vital du point de vue administratif.

M. Franck BASSELER, anesthésiste en clinique de l'AHNAC et coordinateur du secteur ambulatoire - Nous avons un service ambulatoire intégré et nous avons comme vous intégré la chirurgie de la main dans les urgences et en ambulatoire. Nous avons créé un système très contraint, avec un gros plateau technique et très peu de lits d'hospitalisation, pour favoriser l'ambulatoire. Nous avons poussé à d'autres types de chirurgie en urgence et cela se passe très bien.

Si le chirurgien a de la place pour intégrer l'urgence sur le planning opératoire de la journée, l'anesthésiste descend le voir aux urgences, vérifie s'il est éligible à l'ambulatoire et si oui, il est pris en ambulatoire et sort le soir même. Sinon, on transforme l'urgence en reprogrammé, c'est-à-dire qu'on programme le lendemain matin et le patient rentre avec une heure programmée, par exemple 11 heures, midi, une heure, en fonction du programme. Il rentre alors complètement dans le service d'ambulatoire.

Je pense qu'il ne faut pas s'arrêter à la chirurgie de la main : nous avons commencé par là mais nous en sommes à la chirurgie proctologique. Si le chirurgien peut faire dans la journée ceux que l'on voit le matin, les patients seront sortis le soir. Nous avons poussé jusqu'à la fracture, à la chirurgie de l'épaule, en ambulatoire : du moment qu'ils ont été vus en urgence par l'anesthésiste et que l'on a déterminé l'éligibilité, on les fait sortir le soir même.

Dr Guy RAIMBEAU - Je vous remercie de ce témoignage car notre expérience, c'est un laboratoire, mais il faut l'exporter à d'autres choses. Bien évidemment, beaucoup de gens font comme nous pour les urgences main.

Il y a deux ans, j'avais fait un travail pour la société d'orthopédie et j'avais regardé en traumatologie ce qui pourrait passer en ambulatoire. Je n'avais pas les notions d'horaire d'arrivée, de week-end etc.

En prenant les données PMSI nationales, on était entre 60 et 70 % de traumatologie éligible à l'ambulatoire en théorie. Il y aura des décotes en fonction de l'heure, par exemple, mais j'avais dit à certains interlocuteurs, dont Gilles Bontemps, que le vivier d'augmentation de l'ambulatoire de demain est dans le non programmé.

Cela va peut-être vous faire bouger ! C'est là qu'est le vivier dans vos établissements. Ce qui pollue la

bonne marche d'un établissement aujourd'hui, ce sont les urgences. Pourquoi les hôpitaux publics croulent sous les urgences aujourd'hui ? C'est parce que les structures privées se désengagent, parce que cela les dérange. Arrêtons, ce sont les mêmes enveloppes, le même argent, les mêmes impôts !

Dr Isabelle ROZE-NIEF, responsable qualité et affaires au CLCC Léon Bérard - Est-ce que ce sont les contraintes de lits, l'absence de disponibilité de lits, qui motivent le caractère ambulatoire des actes chez vous ? Est-ce un facteur clé ?

Dr Guy RAIMBEAU - Non, cela a été dans l'historique, dans ma réflexion de 1985 et 1986, je suis aussi allé aux Etats-Unis et j'ai vu Guy Foucher. Je confirme l'expérience du collègue, j'ai vu évoluer ces choses-là.

Pour nous, c'est la main. Aujourd'hui, une opération de la main, c'est un dépannage si vous enlevez des comorbidités extrêmes. A partir du moment où vous pouvez mettre votre patient dans un bloc opératoire hyper aseptique, qu'il n'a pas mal pendant et après l'opération, vous avez résolu le problème.

Pour moi, la nuitée se fait sur ordonnance. De même que vous prescrivez un antalgique, vous devriez prescrire une nuitée sur ordonnance. C'est l'avenir ! Ce n'est pas réservé à la chirurgie de la main, et dépassons le canal carpien...

Le canal carpien est notre produit d'appel, c'était la méthodologie, mais nous faisons des choses très lourdes, très graves. Cela nous arrive d'opérer trois heures sur des malades en ambulatoire.

Nous avons l'ambulatoire long dans la clinique d'à côté, nous essayons d'utiliser toutes les ressources. Quand nous avons un enfant de 18 mois, l'un de nous va aller l'opérer à l'hôpital, sauf si c'est un interne qui est passé dans notre unité et qui est formé.

Dr Gilles BONTEMPS.- Dans tous les établissements que nous avons visités, il y a partout une contrainte. Nous en avons retrouvé systématiquement. Cela ne s'est jamais fait tout seul. La chirurgie ambulatoire est une innovation, certes, mais c'est une innovation qui se fait dans le cadre de la contrainte, régulièrement.

Dr Sandrine BUSCAIL, médecin et directrice de la prospective médicale à l'AHNAC – Si l'on intègre la notion de parcours de soin dans les modalités de prise en charge des urgences, le mode d'adressage peut être divers, soit le patient qui s'adresse directement à vous, soit via les urgences, soit via le médecin traitant, et ensuite le post-urgence.

Ce qui m'intéresse, ce sont les leviers que vous avez identifiés qui optimisent la prise en charge du non programmé en amont et en aval. Avez-vous mis en place des dispositifs qui permettent aux professionnels d'interagir avec vous le plus rapidement possible pour vous aider en amont - le médecin traitant et aux urgences – et, en aval, quels sont les leviers et les modalités que vous avez mis en place dans les coopérations que vous avez développées avec les établissements ?

Etait-ce naturel ? Par exemple, vous avez évoqué des chirurgiens qui étaient coacteurs : était-ce naturel parce que vous étiez en formation ensemble, ou bien l'ARS a-t-elle joué un rôle ?

Quels sont les leviers amont et aval qui permettent d'optimiser votre prise en charge ?

Dr Guy RAIMBEAU - L'ARS est aux abonnés absents. C'est devenu tellement important que l'on ne sait pas à qui s'adresser.

Les réseaux d'aval sont notre objectif, mais nous n'avons rien fait pour l'instant. Cela fait trois ans que nous avons demandé un projet de réseau, mais il n'y a plus d'argent. Nous allons arrêter l'humanitaire franco-français sur le plan social. Nous voulons bien encore faire de l'humanitaire sur le plan technique, mais pas sur le plan social, car nos problématiques sont les assistantes sociales, etc, et tout ce que vous êtes en train de montrer en filigrane.

En amont, nous y avons travaillé et nous continuons. Nous allons faire des EPU (Enseignement Post Universitaire) dans les hôpitaux, en particulier des Deux-Sèvres, mais également Saumur, Chinon, nous travaillons en réseau sur les Pays-de-la-Loire avec les Nantais, qui sont débordés, et le Mans, mais nous sommes vraiment inondés sur tout le couloir nord-sud. Ensuite, c'est Bordeaux dans les

centres référencés.

Les hôpitaux nous servent aussi parfois de temps d'attente et d'adaptation. Le CHU va dire que tel patient va dégriser chez lui et nous demande à quelle heure nous l'envoyer le lendemain. Nous travaillons vraiment en interactif.

Le seul progrès depuis quatre ou cinq ans porte sur les psychiatriques. Lorsque nous prenons en charge un psychiatrique, il est reconditionné immédiatement sur le CHU ou sur le centre psychiatrique. Il nous quitte à la salle de réveil. Nous n'assurons pas le post-opératoire.

QUELS NOUVEAUX METIERS DEDIES AUX FLUX DANS L'HOPITAL ?

INTRODUCTION SUR LES NOUVEAUX METIERS DES FLUX

Dr Thierry GAZEAU, expert - On a vu en filigrane ce souci des métiers et de la gestion des flux pendant toute la matinée. La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel d'abord, basé sur la gestion des flux. Faire un beau programme opératoire est une chose, l'ordonnancer, c'est-à-dire le mettre en musique pour que tous les acteurs et les ressources soient mis en adéquation, c'est autre chose. Faire un ordonnancement peut être très joli sur le papier, mais il doit être robuste.

A la mesure des visites que j'ai réalisées dans les établissements, on voyait bien les choses se faire : les établissements sont petits, il y a peu d'ambulatoire, puis on voit des vocations qui ont une appétence pour l'ordonnancement, puis à un moment cela devient crucial à cause d'une augmentation en volume et en activité et cela prend le temps de tout le monde, le bénévolat ne suffit plus, l'amateurisme éclairé ne suffit plus et il faut se poser la question d'une professionnalisation qui peut être déclinée à plusieurs niveaux.

Les grands mots sont bien sûr la régulation et l'anticipation.

Ce que je vais vous présenter n'est pas très théorique, mais plutôt pratique, basé sur ce que j'ai pu voir. Ces nouvelles compétences, qui pourront devenir de nouveaux métiers selon l'augmentation en puissance de l'unité, peuvent rendre service à bien des niveaux, mais il faut bien se dire que cela s'appelle de la logistique.

Pour le brancardage, j'ai vu à Lille aussi bien qu'à l'AHNAC des solutions assez astucieuses pour que, au contraire de nos amis de la clinique Mathilde, quand on a de longs couloirs et un transport à organiser, les organisations de brancardage permettent d'optimiser le temps de transport qui est souvent un temps inutile et dont il faut limiter la durée.

Au niveau de la coordination, le premier stade est une bonne entente entre la cadre de l'unité de chirurgie et celle du bloc. J'ai vu des exemples aussi où les programmes opératoires étaient ordonnancés de façon hebdomadaire et quotidienne, soit en responsabilité de la cadre de l'UCA en entente avec celle du bloc, soit l'inverse.

A un stade plus élevé, j'ai vu aussi une unité de programmation, avec une fonction que l'on ne sait pas encore trop comment appeler, qui peut être exercée par des personnes à bien choisir, où l'on ordonne à la fois la consultation, la disponibilité de l'unité de chirurgie ambulatoire et la programmation au bloc opératoire.

Et plus encore, ce qui va introduire les intervenants que je vais appeler, on peut même aller à un poste de direction appelé la Direction de la régulation des activités médicales, qui va être de façon objective nommée et responsable. C'est un gestionnaire de flux professionnel.

Je voudrais appeler le témoignage de Mme Armanteras de Saxcé et du Dr Devys pour la Fondation Rothschild.

Dr Jean-Michel DEVYS, chef du service d'anesthésie fondation Rothschild - Je suis anesthésiste, j'ai d'autres fonctions dont celle de président de CME depuis un certain nombre d'années. Quand on imagine un poste de directeur, nous qui sommes des agents de terrain ou directeurs d'établissement, on se dit que l'on rajoute une feuille au millefeuille. Je suis très attentif en tant que président de la CME à chaque poste de direction que l'on crée, et je me demande si cela vaut le coup de mettre de l'argent dans un rouage et dans de l'huile et si cette huile va servir à quelque chose ou si ce sera un obstacle supplémentaire dans l'échelle d'administration. C'est un piège dans lequel on peut tomber.

Nous allons parler de notre expérience et vous dire comment nous avons évité de tomber dans ce piège, mais je voulais introduire le sujet de cette façon car c'est important.

Créer un poste de directeur, c'est une décision de gouvernance de la Direction générale, du président de la CME, et une réflexion commune. Elle a été élaborée il y a trois ans maintenant et le poste existe depuis un peu plus de deux ans.

La direction de régulation, qui concerne l'ensemble des activités, se fait à partir d'orientations stratégiques élaborées par le Directoire. L'idée est de faire des hypothèses de fonctionnement de la structure d'ambulatoire (ou du reste) avec à chaque fois un budget prévisionnel, un cahier des charges financier, au niveau soins, et l'idée qui doit piloter tout le projet est une recherche permanente de cohérence globale.

Nous avons tous des contraintes, notamment architecturales, et nous savons que si nous favorisons tel acte ou telle chirurgie, cela va s'impacter sur les autres spécialités médicales. Il y a un puzzle compliqué et à chaque fois que nous faisons une bascule favorable sur un secteur, on peut défavoriser l'autre. Pour éviter les erreurs, autant que ce soit dans une stratégie et que ce soit volontaire : oui, on décide de diminuer l'activité d'un secteur pour en favoriser un autre. C'est une vraie stratégie.

Le poste de Marie-Hélène Maupas s'inscrit donc dans un souci de dynamique de régulation de l'activité, de qualité de soins et d'argent. On se demande régulièrement quel segment on développe et quel segment on freine, ce qui implique de résister à l'histoire d'un établissement. Est-ce parce que tel patron est puissant, a tant de docteurs et tant d'activité qu'il faut toujours le favoriser ? On doit se poser ces questions régulièrement.

L'ambulatoire fait partie de cette stratégie, c'en est un pilier. En fonction des options que vous allez choisir, vous allez développer de façon plus ou moins importante tel plateau technique. Si vous n'avez pas assez de recrutement de patients, vous allez développer un énorme plateau technique de consultation pour avoir les chirurgies derrière.

Toute la finesse du travail de Marie-Hélène est de savoir ce qu'elle doit faire de ce chirurgien qui, soit consulte, soit opère, s'il a moins de patients à opérer. Elle va prendre sa vacation de chirurgie et consacrer ce temps de travail pendant deux mois à ne plus être au bloc, mais à ne faire que de la consultation pour récupérer du recrutement.

Quel est l'équilibre financier à court terme ? Ce sont des stratégies immédiates, puisqu'il faut présenter chaque année le budget à l'ARS et qu'il faut chaque année être dans les clous, et à moyen terme, à cinq ans, puisque au-delà, on ne sait pas si l'on existera encore.

Cette gouvernance oblige au principe suivant : je suis directeur de mon établissement, j'ai le titre de gouvernance et donc je gouverne. Gouverner, c'est prendre des décisions et choisir le cap plutôt que subir le poids de l'histoire.

L'ambulatoire est exceptionnelle pour cela, car elle permet de repenser toute la stratégie à partir du parcours du patient. A partir du parcours de son soin, c'est-à-dire à partir du moment où il rentre dans l'hôpital parce qu'il a un symptôme et où il rencontre son premier docteur, jusqu'au moment où il a son traitement et sortira de l'hôpital, après de la médecine ou de la chirurgie, de l'ambulatoire ou de

l'hospitalisation traditionnelle, toutes les réflexions de stratégie sont centrées sur le parcours patient.

Il ne sert à rien de décider de développer l'ophtalmologie, de faire un beau bloc d'ophtalmologie et d'avoir deux boxes de consultation d'ophtalmologie et une toute petite salle d'attente. En effet, une consultation d'ophtalmo bien organisée dure 7 minutes, voire même 5 minutes. Dans l'heure, c'est 30 patients qui viennent avec leur accompagnant, soit 60 personnes. De plus, la consultation peut durer deux ou trois heures. Si vous ne réfléchissez pas à la taille de votre salle d'attente, vos boxes de consultation vont être sous-utilisés, votre recrutement sera moindre et finalement, votre bloc opératoire ne remplira pas ses vacances.

L'intérêt de la réflexion à partir de l'ambulatorio est que l'on travaille sur le parcours du patient, on réfléchit à la transversalité, le médecin est une composante mais le brancardier en est une autre. Cela oblige de fait à casser les logiques de territoire. Vous travaillez sur un plateau technique, où les médecins travaillent, où tout le monde travaille. Chacun exerce son art, mais on est obligé de casser la logique des territoires.

A titre d'exemple, concrètement, pour ne pas en rester aux beaux mots, je prends l'ophtalmologie. Nous avons un hôpital tête et cou qui heureusement ne fait pas que de l'ophtalmologie. La moitié de l'activité est constituée de neurochirurgie.

Nous réalisons un programme nominatif des consultations, avec un plateau technique de 85 médecins qui consultent. Ils sont parfois à temps plein, parfois à temps partiel, parfois avec un jour dans la semaine où ils ne travaillent pas... Le plateau technique ne comporte pas non plus 85 boxes de consultation nominatifs pour les docteurs. Il faut donc une régulation pour que ces boxes soient toujours occupés par un docteur. Il faut aussi une gestion des plannings, des congés, des congrès, c'est obligatoire, en lien régulier avec l'ouverture des blocs opératoires.

On essaie d'équilibrer le temps médical entre la proportion de consultations pour alimenter le bloc opératoire. Quand le médecin vous dit qu'il a besoin d'une vacation par semaine, il faut vérifier qu'il a vraiment besoin d'une vacation par semaine par rapport à son recrutement. Peut-être a-t-il besoin de deux vacations de consultation de plus et d'une vacation de chirurgie de moins.

Ceci nécessite forcément un lien important entre le bloc opératoire et la direction de la régulation et un lien important entre la direction de la régulation et la gouvernance, parce qu'on fait des essais. Nous faisons des bilans réguliers d'activité par segment et nous vérifions l'adéquation entre les prévisions, les ressources allouées, Ressources Humaines, lits, vacations chirurgicales... en essayant d'optimiser.

Nous ne réinventons pas l'eau chaude tous les jours, mais on ne fait pas prendre un virage à 180 ° à un établissement. L'évolution se fait par petits degrés, en ajustant au plus fin.

Je prends un exemple de réalisation pour conclure.

La question que nous nous posions en termes de gouvernance concernait le positionnement de la rétine. Nous avons pris la décision, individuellement, de dire que c'était un axe majeur et d'y aller à fond. Comment y aller à fond ? Comme vous l'avez vu, on ne travaille que sous la contrainte, c'est la contrainte qui fait réfléchir.

Nous avions une contrainte en lits et nous avons décidé de la développer en ambulatorio. Cela coûte de l'argent, car c'était facturé trois fois moins qu'en hospitalisation au moment où nous l'avons fait, mais nous nous sommes dit que ce serait peut-être mieux facturé trois ans plus tard.

Nous avons fait le pari, car une fois qu'on a le recrutement, il est plus facile de le réorganiser que quand vous courez après le recrutement. C'est le concept, quand vous avez des patients, c'est plus simple !

C'est ce que nous avons fait. Face à cette nouvelle problématique, où nous étions obligés de développer la rétine en ambulatorio, c'était l'occasion de se lancer sur un circuit long et de travailler sur l'aptitude à la rue. Nous avons inclus différentes chirurgies dans cette unité, car évidemment on ne crée pas une unité pour un sous-segment.

Nous avons pris des décisions de redistribution de vacations de segments antérieurs et postérieurs. Nous allons favoriser un service par rapport à un autre, mais ce sera simplement de la stratégie

d'établissement.

Dans cette dynamique, vous créez soit des lits d'hospitalisation, soit des lits « portes » d'ophtalmologie, comme un service d'urgence. L'urgence en ophtalmologie existe.

Je m'arrête là. Je voulais replacer la direction de la régulation des activités dans un contexte général de stratégie d'établissement, parce que quand le directeur crée ce poste et son financement, sa fiche de paie, il doit savoir que s'il ne fait pas le travail en amont de diriger son hôpital, cela ne sert à rien.

Mme Marie-Hélène MAUPAS, Directrice de la régulation à la Fondation Rothschild - Pour rendre les choses plus pratiques au quotidien, tout mon travail consiste à être en amont. Si on ne prépare pas toutes les maquettes des prises de rendez-vous, des vacations opératoires, le séquençement de l'ensemble de la prise en charge du patient à partir du moment où il appelle l'établissement au téléphone jusqu'à sa sortie, on ne sait pas comment cela se passe et comment cela se fait.

Vous avez montré tout à l'heure un schéma de la gestion des flux avec les points d'interstice qui se mettaient entre chaque étape et qui pouvaient compliquer les choses, en disant que c'était un frein, qu'il fallait absolument rétrécir les étapes ou réduire le gaspillage.

Je suis à l'interface de toutes ces petites cases. Le problème est qu'être à l'interface ne se fait pas comme cela, il faut connaître les gens. Il faut bien connaître les praticiens. On ne peut pas aller voir les praticiens de front en leur disant qu'on leur enlève deux vacations, qu'on leur en remet trois... De plus les malades ne sont pas des sacs, il ne faut pas les oublier.

Tout mon travail consiste à la préparation. Quand on fait de l'analyse rétrospective, il peut se passer des choses pour lesquelles c'est trop tard. Je dois préparer au maximum à l'avance, être en lien avec tous les métiers de l'hôpital, faire du reporting à la direction et préparer des projets de manière transverse.

Pour cela, il faut connaître à la fois l'hôpital, les patients, les praticiens. Qui recruter à ce genre de poste n'est pas une question anodine : doit-on recruter un médecin, une infirmière... ? Je suis infirmière de formation, infirmière de bloc et cadre de bloc. Je suis arrivée à la Fondation il y a 8 ans comme cadre supérieur de bloc opératoire.

Quand je suis arrivée, j'ai mis en place une structuration qui coupe de façon claire et nette l'ambulatoire en circuit séparé du bloc central. Nous avons commencé à travailler en spécialités, en sous-spécialités et en créant des sous-unités de plus en plus affinées. On crée des schémas par praticien, à la fois pour les consultations et pour les blocs opératoires.

Une vacation de consultation va s'organiser pour que ce soit toute une consultation de cataracte, toute une consultation de rétine, ou bien en groupant les patients de cataracte ou de rétine. Le système est le même pour la neurochirurgie ou pour l'ORL.

Pour les vacations opératoires, on ne mélange pas des flux. Quand vous faites faire des consultations ou des interventions à un médecin en mélangeant des malades qui demandent une prise en charge longue et une prise en charge plus ou moins courte, cela n'optimise pas le flux. De plus, vous modifiez les circuits de fonctionnement des personnels et cela désorganise.

Mon travail est donc de schématiser par praticien chaque type de vacation, soit des consultations, soit le bloc opératoire, soit des explorations, avec l'aide de logiciels de prise de rendez-vous. Nous avons également fait l'acquisition d'un outil qui m'aide beaucoup : c'est un logiciel qui permet de chaîner toutes ces étapes et d'avoir une vision en forme de processus.

En permanence, quand je travaille, au départ j'oublie le patient, je fais de la logistique ou de la production. C'est un terme qui n'est pas prisé en médecine, mais ce travail pourrait tout aussi bien s'appeler la direction de la production ! Au départ j'oublie complètement le patient, je schématise les étapes et ensuite, je rajoute toutes les contraintes, réglementaires et de sécurité, que nous devons mettre en place par rapport aux patients.

M. Jamel MAHCER, manager Anap - J'aimerais savoir quels éléments ont impulsé la création de cette fonction dans votre établissement. Avez-vous effectué tout un travail de démonstration, de création de valeur ou de manque à gagner du fait de l'inexistence de cette fonction ? D'autres établissements font le même constat de ces difficultés, sans pour autant créer ce type de fonction.

Mme Anne-Marie ARMANTERAS de SAXCE, Directrice générale de la Fondation Rothschild - Nous avons créé la fonction quand je suis arrivée dans cet établissement, où Marie-Hélène existait déjà. Ce qui m'intéressait dans cet établissement, alors que j'avais dirigé pendant six ans la Pitié Salpêtrière, c'était de passer de l'immensément grand à l'immensément petit. J'avais un intérêt intellectuel et affectif à rentrer dans des processus de pilotage des activités médicales au plus proche des équipes. C'est ce qui me plaisait, être avec les équipes et regarder quels projets on pouvait développer et comment les mettre en œuvre ensuite.

Cette ambition, ce projet n'aurait jamais pu se réaliser si cette communauté médicale n'était pas déjà un peu exceptionnelle. J'ai accru leur angoisse en leur disant qu'ils étaient mortels ! Ils m'ont dit qu'ils existaient depuis plus d'un siècle, mais j'ai réaffirmé cette mortalité et dit que cela m'embêterait d'être le dernier directeur de la Fondation Rothschild.

Leur intelligence, leur mobilité, leur adaptabilité, nous les avons mises au service de quelque chose de très simple : nous avons mis à plat et défini la stratégie de l'établissement, non parce que Monsieur Untel, fils de Untel, est chef de service depuis 15 ans, mais parce que c'est intéressant de développer la chirurgie de l'épilepsie du tout-petit, puisque nous sommes les seuls en France. Nous avons donc réfléchi à la façon de la développer.

De même, la rétine était une part de marché à prendre et nous avons décidé de nous y mettre, que cela plaise ou non aux uns et aux autres. Ils ont dit que l'on n'arriverait pas à la développer parce que le nombre de lits était très petit : il fallait donc la faire en ambulatoire. Nous avons inversé les paradigmes.

Les prérequis sont très importants, notamment Marie-Hélène était déjà présente dans l'établissement. Tant qu'elle est la seule à savoir faire ce qu'elle fait, c'est la limite de notre système et j'en suis consciente. Elle est à l'origine, au croisement et à l'ossature de la construction de programmes de consultation pour nos 100 ophtalmologues et de programmes opératoires pour nos 14 000 interventions chirurgicales par an. C'est très fragile qu'elle soit la seule à savoir naviguer là-dedans.

Nous savons que la cible vers laquelle nous devons travailler consiste à garder nos orientations stratégiques. En gros, nous sommes capables de dire, dans cette petite Fondation, combien de méningiomes nous faisons par an et quel est notre objectif, combien de rétines nous faisons par an et quel est notre objectif. Nous avons une activité de très vieux, de très jeunes, et nous avons un objectif, ou pas, car parfois nous n'avons pas d'objectif et nous regardons venir. C'est le point de départ et nous le faisons ensemble.

Derrière, nous avons deux concepts : le premier est que nous parlons de plateaux communs, même si nous avons des services ; nous avons un plateau opératoire au service de ce que nous avons dit. Nous avons un plateau d'anesthésie, un plateau d'espace, qui est tantôt utilisé en lits, tantôt en fauteuils, tantôt en salons... et un mécanicien.

Je trouve formidable que l'on conserve tout de même une relation où l'on ne déshumanise pas le docteur. C'est très important, on ne considère pas le docteur comme l'agent d'exécution qui travaille sur 24 heures. Nous avons certains docteurs plus lents que d'autres, Marie-Hélène le sait mais elle ne dit rien et, de façon élégante, ces docteurs se retrouvent dans des vacations où ils seront un peu plus lents que d'autres, sans que personne ne le sache.

Elle met en rapport en permanence, des chiffres, des gens debout, couchés, des jeunes, des vieux, des lourds... on les met en rapport en permanence pour essayer d'évoluer dans un tout petit territoire de

mètres carrés et de lits.

Dr Guy BAZIN, expert - C'est très intéressant. Finalement, la Fondation Rothschild fait de la chirurgie ambulatoire depuis longtemps. Vous avez déjà eu un modèle de chirurgie ambulatoire remarquable il y a une quinzaine d'années. Marie-Hélène a aujourd'hui un charisme, elle connaît la boutique, l'histoire, mais comment est-elle reproductible ? Le charisme est très important, mais il est également très important de pouvoir transmettre.

Dr Jean-Michel DEVYS, chef du service d'anesthésie fondation Rothschild - Elle est sur un poste effectivement très exposé. Quand elle doit aller dire à un chirurgien qu'il doit faire plus de consultation, il y a une protection totale. C'est pourquoi la dynamique d'établissement est très importante : c'est du pilotage de stratégie. Marie-Hélène n'est pas qu'un exécutant, c'est un maillon d'un pilotage de stratégie, que l'on protège. Cette protection est assurée par la direction et par les médecins. C'est forcément un poste exposé, comme tous les postes de rouages, puisque les gens se demandent à quoi sert l'huile et si l'on ne pourrait pas s'en passer, or quand on n'a pas d'huile, le moteur tombe en panne.

Le plus difficile est de démontrer la valeur de l'huile ! On a bien connu en anesthésie le problème de la valeur ajoutée. Pour les urgences, la consultation d'anesthésie est une valeur ajoutée parce qu'elle redéfinit le circuit et remet un cadre.

On est dans la même difficulté de protéger cette huile et cette protection est déterminante. Vous ne verrez jamais la direction générale dire du mal de Marie-Hélène, en tout cas en public ! Les responsables de CME sages savent au bout de trois ans tout le bénéfice qu'ils en ont tiré.

Quand on travaille en ambulatoire sur la régulation des flux, on voit bien que d'une façon générale, tout le monde y gagne. Tout le monde a développé son recrutement. Aucun service n'a perdu quelque chose au bout de trois ans. Ils ont tous gagné.

Mme Marie-Hélène MAUPAS, Directrice de la régulation à la fondation Rothschild - C'est le principe du « je donne pour recevoir » ! Sinon, cela ne fonctionne pas. Il faut rencontrer les gens de manière individuelle, il n'y a pas que les mails, il faut aller voir les médecins.

Dr Guy BAZIN - Comment faites-vous pour voir 100 médecins ?

Mme Marie-Hélène MAUPAS - J'ai un outil très performant, c'est le schéma des consultations sur quinze jours. Sur quinze jours, tous les médecins viennent à la Fondation. Je connais toutes leurs vacances, leurs absences, leurs congrès, j'ai leurs numéros de portable... En quinze jours, je sais que je peux voir tous les médecins de la Fondation.

Mme Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE - Marie-Hélène a un socle de vacations opératoires. On donne tant de plages d'intervention chirurgicale à la neurochirurgie adulte et tant à l'enfant et en ophtalmologie avec les sur-spécialités. Elle a le socle de plages de consultations, que l'on fait évoluer soit par l'analyse des dysfonctionnements, soit parce que nous décidons de développer davantage un axe. Le socle représente 80 % des positionnements des médecins et des patients, je lui ai donné la responsabilité de tous les bureaux qui régulent les accueils téléphoniques et les rendez-vous, elle les positionne et cela fonctionne. Elle a 15 à 20 % de choses qu'elle doit gérer de façon plus fine, soit parce qu'on le lui a demandé, soit parce qu'elle se rend compte elle-même qu'elle a trop de trous. Le dialogue permanent entre nous est important.

J'ai été amenée il y a quelques mois à dire à Marie-Hélène que nous arrêtons la progression de volume en consultation. Au regard des plaintes que je lis et du nombre d'heures d'attente de nos patients en consultation que j'ai constatées en parcourant la maison, je considère que la quantité dégrade la qualité. Il n'y a que moi que je peux le dire, puisque je prends le risque d'avoir une moindre rentrée de recettes de consultation.

A un moment donné, je vois les plannings, je vois comment cela fonctionne et, avec 500 patients entre 8 heures et 19 ou 20 heures dans le plateau de consultation d'ophtalmologie, intuitivement je dis stop. Je vois les plaintes et la façon dont les gens réagissent.

Je suis la seule à pouvoir le lui dire, je privilégie la qualité au détriment de la quantité.

Pr Jean-Pierre TRIBOULET, expert - On imagine la complexité de votre travail. Chaque fois qu'il y a une décision à prendre, on imagine la construction des dominos qui sont les conséquences d'un petit changement, ne serait-ce que de deux cases. Devez-vous aussi intervenir pour dire que trop de dominos sont bougés et qu'il faut garder cette modification pour plus tard, parce que ce n'est pas le moment ? Je suppose que là, c'est une décision stratégique.

Mme Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE - Oui, nous y travaillons avec Marie-Hélène. L'an dernier, si je ne m'abuse, nous avons fait le lien entre notre volonté de prendre des parts de marché sur la rétine, le nombre de décollements de rétine aux urgences, ceux qui étaient opérés et ceux qui ne l'étaient pas... Nous avons réuni les rétiniciens et nous avons laissé Marie-Hélène se débrouiller pour trouver autant que possible dans la semaine des plages de deux heures dédiées au décollement de rétine en urgence, qu'ils soient arrivés le matin ou la veille et qui reviennent de chez eux.

Quand nous avons fait cela, nous avons un peu mangé sur une autre grosse discipline, laquelle a hurlé que ce n'était pas possible. Nous avons décidé de continuer sur cette lancée et, au bout de six mois, nous avons revu complètement le programme opératoire de la neurochirurgie adulte et enfant, pour pouvoir le booster, le sécuriser et l'améliorer, en rentrant dans le détail de la gestion de plages opératoires de très anciens chirurgiens et de très jeunes, pour que le très jeune ne soit pas tout seul le lundi et le très vieux, qui peut donner des conseils, tout seul le vendredi.

Il faut la protéger de cela aussi : il ne faut pas qu'elle soit obligée tous les jours de bouger son organisation, ce n'est pas possible. Nous avons 11 salles d'opération qui fonctionnent du lundi au vendredi, tout le plateau d'ophtalmologie qui peut accueillir 500 patients par jour... Même si elle a des logiciens, ce n'est pas une machine.

Si nous voulons garder la main sur des éléments qualitatifs, une approche un peu personnalisée de nos médecins et essayer de combiner des choses, on ne peut pas tout faire partir en même temps. C'est donc nous qui décidons d'attendre trois mois.

Dr Thierry GAZEAU, expert - Vous avez une cadre UCA et une cadre bloc, quels sont vos rapports avec elles ? Ce que l'on est en train de voir poindre, actuellement, c'est qu'une UCA est un lieu de prise de risque organisationnel. Pour un directeur d'établissement au plus haut niveau, l'ambulatoire est un véritable stress-test organisationnel permanent. C'est le niveau hiérarchique.

Au niveau en dessous, traditionnellement, il y a des cadres UCA et des cadres de blocs très motivées et qui ont envie de faire cela, mais ne se sentent-elles pas dépossédées par votre rôle ? Comment gérez-vous ce rapport avec elles ?

Mme Marie-Hélène MAUPAS - Au quotidien, je fonctionne effectivement avec l'ensemble des cadres de la maison, l'UCA, les cadres de bloc s'occupent de l'ambulatoire court. Je n'ai pas de problématique particulière pour fonctionner avec ces personnes parce que je parle le même langage qu'elles, puisque je suis cadre de bloc à la base. De plus il y a un coordonnateur de bloc opératoire, un médecin responsable de l'ambulant...

Dans la programmation, je suis intégrée par rapport à la mise à disposition des vacations opératoires, puisque je suis la personne qui ouvre ou qui ferme, qui donne ou qui ne donne pas de vacation. Je gère les reports, les annulations. A partir du moment où on a décidé que c'était centralisé sur une fonction et une seule, les personnes autour viennent s'intégrer naturellement en posant la question, en demandant si elles pourront opérer.

Au mois de novembre pour le mois de décembre, je vois le cadre du bloc opératoire pour décider des salles d'opération que nous allons fermer et de celles que nous allons laisser ouvertes, avec le potentiel en ressources humaines, équipement et autres. Comme nous nous voyons dans un cadre de prévision, je suis une aide et un support, cela leur donne une visibilité pour se concentrer sur l'organisation quotidienne du bloc opératoire.

Comme vous le savez, à l'intérieur d'un bloc opératoire, il y a le quotidien à gérer, en plus des vacations qui sont souvent gérées par les cadres de bloc. Nous laissons aux cadres du bloc opératoire la gestion quotidienne au plus près des équipes et des praticiens et du programme opératoire au quotidien, avec la vision d'anticipation.

Dr Jean-Michel DEVYS - Quand vous êtes cadre de bloc, on a besoin que vous soyez disponible. Tous les chirurgiens et anesthésistes le pensent. C'est l'immédiateté du travail. Il est complètement noyé dans le quotidien et il n'a jamais le temps de se mettre en situation de réfléchir à ce qu'il fera à trois mois, à six mois. Ce n'est pas imaginable à mon sens. C'est la raison de l'échec de la quasi-totalité des managements de bloc opératoire en France : on demande à un cadre de bloc de faire de l'immédiat, du programmé de J-1, du programmé à 3 mois, voire même de la stratégie.

On a construit un mythe : une personne centrale au bloc opératoire dirige l'établissement et fait de la stratégie. On sait que cela ne fonctionne pas. Ce découplage dans la programmation est important.

Je ne dis pas qu'il faut le rentabiliser, mais il faut être cohérent : on ne va pas confier à une direction de la programmation du bloc opératoire à trois mois. Vous prenez tout le parcours du patient, consultation, bloc opératoire, pour faire quelque chose de transversal.

L'item de la programmation entre J-1, J-30, J-3 mois n'est pas la même problématique et tout confier au cadre de bloc est dangereux.

Dr François VENUTOLO, expert - J'ai quelques interrogations qui viennent compléter ce qui a été dit.

Vous êtes issue de la filière de soins, est-ce une force, une faiblesse, ou bien cela n'a-t-il aucune importance ?

Quelle est votre autorité fonctionnelle ? Est-ce la direction des soins, le directeur, le président de CME ? Qui vous donne les ordres ?

Mme Marie-Hélène MAUPAS - Je vais répondre tout de suite à la deuxième question : la personne qui me donne des ordres est Mme de Saxcé, le directeur général.

Concernant la première question, je dirais que c'est un atout d'être issu de la filière de soins, parce que je connais tous les rouages et toutes les problématiques qui se situent à chaque étape de la prise en charge du patient. Il est vrai que j'ai appris à travailler avec des administratifs purs et durs, et cela m'a apporté une complémentarité avec le travail de soignante.

Je suis vraiment à l'intersection de toutes ces problématiques.

Quand on veut demander quelque chose ou expliquer, j'ai la capacité de répondre avec les termes qui vont bien avec l'interlocuteur que j'ai en face de moi. On ne peut pas non plus me raconter des histoires. C'est plus facile pour moi d'avoir une réponse adéquate.

En termes d'autorité, ce n'est pas le fait d'être soignante. Je suis passionnée par ce que je fais, j'adore mon poste. Je suis impliquée, j'ai envie que ma structure fonctionne du mieux que possible et je vois que j'arrive à entraîner d'autres personnes avec moi, puisque je travaille sous forme de processus et je rencontre tous les acteurs de la maison, avec parfois des difficultés pour avancer sur certains points. Nous entraînons avec la directrice des soins et le président de CME les autres personnes avec nous. C'est aussi une question de personnalité.

Je peux dire que le fait que ce soit une direction est très important : ce poste existait auparavant sous une autre forme, pas aussi complète et pas du tout avec les mêmes objectifs. L'appui de la direction générale est incontournable pour moi : si un médecin a envie de me saquer, il peut le faire ! Si je suis soutenue par la direction générale et si je suis les objectifs qu'elle m'a donnés, cela va bien. Si demain Mme de Saxcé ne me soutient pas, je ne pourrai pas faire le même travail.

Le fait qu'elle ait nommé une direction signifie que je fais partie de la direction générale et j'ai légitimité pour prendre des décisions. Je ne suis pas tous les matins en train de taper à la porte de Mme de Saxcé pour lui demander si je peux faire ceci ou cela. Tout d'abord, il faut se faire confiance, ensuite il y a le fait de maîtriser son domaine et d'avoir des objectifs clairs au départ.

Je pense que c'est comme dans toute fonction : pour avoir été cadre de bloc dans beaucoup d'endroits, c'est la même chose. Quand un cadre n'est pas soutenu par sa direction, cela ne se passe jamais bien, d'autant plus pour un directeur.

Pr Jean-Pierre TRIBOULET - Nous sommes tous très impressionnés par la compliance du milieu

médical à toutes vos décisions stratégiques ou pas. Que va-t-il se passer dans l'hôpital de demain ? C'est le changement des lits, la disparition de l'hébergement au profit de l'ambulatorio, et surtout le changement des mentalités, mais on n'y est pas encore. C'est encore le pouvoir des lits !

Avez-vous eu un taux de perte, un pourcentage de perte ? Certains sont-ils partis ?

Bravo en tout cas à l'épreuve !

Dr Jean-Michel DEVYS - Aucun médecin n'est parti de son propre gré.

Pr Jean-Pierre TRIBOULET - Je comprends pourquoi vous êtes depuis longtemps à la CME !

Dr Jean-Michel DEVYS - Vous avez raison, cela nécessite incontestablement un lien et un objectif commun entre président de CME et direction générale, pour le bien de la collectivité. Si l'on rentre dans les systèmes ancestraux du président de CME qui a décidé de faire la guerre à la direction générale, c'est mort ! Il faut travailler de concert.

J'ai un rôle explicatif. Ce rôle est plus facile dans une structure ambulatoire, dans un établissement qui a déjà mis en place l'ambulatorio, où il a centré les réflexions sur le parcours patient. Il est plus facile dans un établissement qui a déjà cassé les logiques d'hospitalisation de service, où six services d'ophtalmologie partagent les mêmes lits, où les services de neurochirurgie adulte et de NRI partagent les mêmes lits, avec le même cadre de soin.

On procède par étapes pour mutualiser les plateaux techniques, tout en conservant cette partie importante qui est que le médecin n'est pas un personnel comme les autres. Il faut souvent faire un bel emballage !

Il est important que les chefs de service continuent à faire des conseils de service, à se réunir avec les infirmières pour vérifier qu'on est dans la qualité des soins. Mutualiser ne veut pas dire perdre les compétences des uns et des autres et que tout le monde sait tout faire. C'est un beau rêve !

A l'étage de l'hospitalisation, il faut garder la valeur ajoutée de chaque praticien et la placer au meilleur endroit. Si vous noyez tout en disant que tout le monde peut tout faire, cela peut se finir mal.

Pour être franc, nous ne sommes pas l'hôpital idéal et sur la gestion des lits, la régulation des lits et des durées moyennes de séjour, c'est un travail à venir. Marie-Hélène sera déterminante du fait de l'expérience qu'elle aura déjà acquise sur le fonctionnement de blocs opératoires et sur la problématique des consultations. Quand vous avez 150 000 consultants par an, cela commence à faire du volume et il faut savoir le gérer.

Nous avons la problématique de la gestion des lits, l'intérêt est que c'est un beau défi : plus les défis sont compliqués, plus ils sont motivants !

Mme Anne-Marie ARMANTERAS de SAXCE - Je me rends bien compte que je gère des contradictions. Il est important que je garde pour moi ces contradictions. Nous en parlons, mais en les érigeant en vrais sujets de discussion.

Par exemple, nous étions hier en réunion de Directoire et un des ophtalmologistes me dit que cela ne sert à rien de faire des conférences budgétaires par service et qu'il serait suffisant de faire des conférences de département. C'est moi qui gère la contradiction de lui dire que certes, on peut faire une conférence de département, mais qu'il faut garder des conférences de service.

Il est important que les adjoints, les jeunes, les internes, sachent qu'il y a un chef de service qui, de temps en temps, prend sa blouse et son papier et va voir le directeur, en tant que chef de service de son segment. Y compris pour mes adjoints, il est important qu'ils apprennent en permanence à respecter un chef de service, pas noyé comme un chef d'équipe au milieu de quinze équipes, mais avec tous les égards, les devoirs et tous les détails.

C'est une contradiction, parce que nous avons généré ensemble des plateaux mutualisés, mais je suis obligée de mettre en garde pour conserver tout de même une logique de service. A la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), quand les internes choisissent les postes, à ma connaissance, ils ne choisissent pas « segment postérieur neurochirurgie », ils choisissent un chef de service, parce qu'ils savent qu'il fait la visite de telle façon, qu'il apprend de telle façon et que le

bloc se gère de telle façon.

Cela m'amène à gérer des choses contradictoires, c'est la vie !

Dr Gilles BONTEMPS, directeur associé Anap - J'aimerais avoir des réactions de directeurs d'établissement sur ces nouvelles fonctions. Cela vous semble-t-il transposable dans vos structures ?

Dr Alain BENICHOU, anesthésiste au Centre Clinical Soyaux - Au risque de vous décevoir, Marie-Hélène est certes une femme remarquable, mais nous avons la même chose dans tous les établissements en France. Ce que vous avez surtout démontré, ce n'est pas une personne, mais ce que nous défendons depuis des années, à savoir le partenariat entre l'administratif et les médecins. L'administratif comprend pour moi les cadres de soin et les directeurs.

Si vous pouvez réaliser ce que vous faites là, c'est parce que vous avez une entente parfaite et que vous allez dans le même sens.

Vous avez aussi montré que les volumes sont tellement importants chez vous que l'on est vraiment à l'hôpital. J'aurais presque aimé que l'on fasse un point sur les nouveaux métiers dédiés aux flux dans les cliniques privées, qui n'ont pas du tout la même problématique.

Tout d'abord, ce n'est pas la même dimension, on ne peut pas traiter le médecin comme vous dites... On ne va pas parler du pouvoir médical ou du pouvoir de la blouse blanche, vous avez des internes et des gens à gérer, mais on ne les gère pas de la même manière dans le public que dans le privé.

L'ambulatorio nous pousse vers une organisation meilleure à l'hôpital parce que l'on se rend compte que la dimension est mieux gérable quand elle est plus petite. Nous avons 150 consultations par jour pour deux ophtalmologues à la clinique où je travaille. Nous n'avons pas du tout de problème, parce que c'est bien rodé, les gens ne fonctionnent pas dans le même système. Effectivement, il n'y a pas de fonction d'enseignement non plus.

Il faut revenir au fait que l'ambulatorio nous pousse vers une meilleure organisation et que l'hôpital a encore malheureusement beaucoup de chemin à faire.

M. Philippe PLAGES, Directeur général hôpital clinique Claude Bernard - Il est certain que ce n'est pas transposable chez moi, puisque dans un établissement privé je ne maîtrise pas les consultations, ni d'ailleurs grand-chose ! J'ai un avantage sur vous, c'est que le praticien est payé à l'acte. Cela pousse, cela permet aussi, lorsque le praticien est intéressé par son activité, de la développer. L'ambulatorio nous a beaucoup aidés. Ils sont partie prenante, tout simplement parce qu'ils peuvent faire plus de patients et prendre en charge les patients d'une autre façon, plus intéressante pour eux et pour le patient qui est très demandeur d'ambulatorio. C'est plutôt eux qui nous poussent aussi à développer ces prises en charge.

Je n'ai peut-être pas cet avantage sur la maîtrise de la chaîne de praticiens, de la consultation jusqu'à l'opération, pour dire à un chirurgien de consulter un peu plus. Si je commence à faire cela, je pense que j'aurai des difficultés de relation. C'est pourquoi je ne pratique pas ainsi, mais bien sûr toute organisation a ses contraintes.

LES FAITS MARQUANTS SUR LE MANAGEMENT D'EQUIPE

LES FAITS MARQUANTS SUR LE MANAGEMENT D'EQUIPE
ELEMENTS DE SYNTHESE ISSUS DU BENCHMARK

Pr Jean-Marc MALINOVSKI, expert - D'une manière générale, nous avons constaté que les équipes qui fonctionnaient bien étaient coordonnées par des coordonnateurs médicaux et des gens qui travaillent tous les jours dans l'unité, qui sont plutôt des gestionnaires au quotidien de l'unité de chirurgie ambulatoire : les cadres de santé.

Les coordonnateurs médicaux sont souvent des gens qui ont été intéressés et qui ont compris que s'ils voulaient développer leur activité, ils étaient obligés de passer par la case ambulatoire. Vous avez bien vu que la contrainte est un élément très important dans le développement de l'ambulatoire.

Ces cadres médicaux ou chirurgicaux sont ceux qui donnent les grandes orientations en ce qui concerne l'organisation de chirurgie ambulatoire, les types de chirurgie, les grandes décisions, et qui contrôlent son fonctionnement avec des analyses d'indicateurs issus de la gestion au quotidien de l'unité de chirurgie ambulatoire. C'est ainsi que cela fonctionne le mieux comme nous l'avons vu dans la plupart des endroits.

La gestion au quotidien est assurée par les cadres de santé, qui s'occupent tant de l'hospitalisation ambulatoire que de la programmation au niveau du bloc opératoire. Selon les endroits, sur la plupart des sites, les actes de chirurgie ambulatoire se pratiquaient dans un bloc où l'ambulatoire n'était pas la seule prise en charge : le rôle de ce cadre est donc prépondérant pour bien vérifier que la planification des interventions soit faite correctement et que cela n'ait pas d'impact ou de retentissement sur l'hospitalisation ambulatoire de ces patients.

La réflexion entre nous tous, à partir de nos observations, est que cette gestion au quotidien, comme nous en avons eu l'exemple ce matin, pourrait éventuellement être prise en charge par un gestionnaire de flux, mais d'après ce que j'ai pu voir, ce n'est peut-être pas le gestionnaire de flux qui s'occuperait au quotidien de la gestion de l'unité de chirurgie ambulatoire. Le débat ne serait pas inintéressant sur ce point.

Dr François VENUTOLO, expert - Nous avons aussi noté la notion de responsabilité des acteurs au niveau individuel et de façon simultanée. Cette responsabilité s'exerce et doit s'exercer sous une autorité reconnue.

On a bien vu que l'espace temps était important dans la chirurgie ambulatoire, parce que c'est contraint. En quelques heures, on va réaliser plusieurs actes à haute technicité. De plus, l'environnement sécuritaire que l'on doit avoir au sein de l'UCA doit pouvoir se prolonger lors du retour à domicile. Toutes les étapes qui ont été déroulées ce matin se retrouvent et à chaque étape, il faut une validation par des professionnels qui vont autoriser le passage à l'étape suivante et éviter une période post-opératoire hasardeuse.

Nous avons vraiment pensé que l'impact de la compétence et de l'expertise de chaque acteur était décisif pour toute la période passée dans l'UCA mais aussi bien au-delà.

Au niveau du management, il faut permettre aux acteurs d'acquérir a priori des connaissances des différentes étapes ; il faut faire en sorte qu'ils maîtrisent des procédures d'alerte et maintenir aussi un niveau de vigilance élevé pendant toute la durée de leur travail posté, alors que l'on voit qu'au fur et à mesure de la journée, le niveau de vigilance peut baisser.

Bien sûr, il faut trouver des méthodes de management pour limiter le turn over des agents. Les pistes sur lesquelles nous avons réfléchies évoquaient des fiches de poste spécifiques à la pratique ambulatoire, quels que soient les niveaux d'expertise. On a vu tout à l'heure que cela allait du chirurgien au cadre, en passant par l'ambulancier, l'anesthésiste... Je crois qu'il faut vraiment des fiches de poste quels que soient les niveaux d'expertise, sans tabou.

Les intégrations des agents dans l'UCA doivent être adaptées : les nouvelles personnes qui viennent travailler doivent avoir un temps d'intégration adapté et nous pensons que la notion de tutorat est importante, puisqu'il s'agit d'une transmission de la connaissance par d'autres.

Les temps de partage sont importants, sur la préparation d'activité et sur les retours en temps réel de ce qui a pu se passer dans l'unité pour les évaluations.

C'est du management de base, mais il est important aussi de responsabiliser les personnes sur des missions transverses, le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), le CLIN, les formations, les relations avec les patients... Chez nous, des infirmières anesthésistes se sont lancées dans l'hypnose. C'est quelque chose qui est vraiment moteur au niveau de l'ambulatoire.

Pour aller dans le sens de ce qui a été dit précédemment, on s'aperçoit que l'on arrive à une fusion vers une double gouvernance : une gouvernance plutôt à un niveau stratégique, avec un coordonnateur médical, et une gouvernance plus opérationnelle, avec un encadrement non médical, que l'on pourra définir.

Cela fusionne avec ce qui existait il y a quelques années : le monde anglo-saxon avait des coordonnateurs qui pouvaient être non médecins, alors que nous avons choisi des coordonnateurs médicaux. Les deux ont finalement leur place, avec des niveaux de management différents.

Dr Pierre-Yves DEMOULIN, expert - Dans la continuité, nous nous étions rendu compte qu'il était obligatoire qu'une équipe paramédicale soit dédiée à l'ambulatoire. Nous avons évoqué beaucoup de choses ce matin, que je résumerais en un mot : la culture ambulatoire.

On a parlé d'anticipation, de communication, au sein de l'équipe ou avec les patients. Comme il y a une prise en charge par le patient, il faut qu'on lui répète et que tous les acteurs puissent lui répéter pour que cela puisse avancer.

Il faut donc absolument un personnel formé, qui ait bien compris le principe des flux tirés et connaisse toutes les étapes du processus, aussi bien en amont qu'en aval. Tout le monde doit savoir ce que font les autres.

Des équipes ont presque poussé à l'extrême, avec ce qui ressemble à de la polyvalence : tout le monde est interchangeable. Selon les jours, l'infirmière d'accueil peut se trouver en salle d'opération ou s'occuper du post-opératoire. Le fait que tout ce monde bouge les rend interchangeables et surtout leur permet de connaître le travail de chacun, ce qui permet de bien avancer. Ils doivent évidemment être tous bien formés, aussi bien les paramédicaux que les médecins, car il y a les techniques opératoires, les techniques anesthésiques évoluent. Le tutorat est extrêmement important pour avoir des équipes dédiées à l'ambulatoire.

Pr Marc RAUCOULES-AIME, expert - Ce qui est ressorti des visites, c'est l'importance que revêtent les indicateurs dans vos différents établissements et l'utilisation que vous en faites. Je pense que cela fera partie des recommandations formulées par ce groupe à l'ANAP.

Globalement, vous utilisez deux types d'indicateurs dans vos établissements :

- des indicateurs organisationnels, des indicateurs d'activité réalisés par les personnes qui sont au sein de l'UCA. Vous y introduisez beaucoup d'éléments qui permettent de se placer dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Vous introduisez aussi beaucoup d'éléments en rapport avec la gestion des risques, en particulier les risques organisationnels. Pour beaucoup, vous travaillez sur les chemins cliniques : à partir d'un chemin clinique, vous identifiez les différentes étapes du processus et, sur les processus qui vous paraissent à risque, vous introduisez des indicateurs pour suivre l'évolution du développement au jour le jour du trajet du patient au sein de l'UCA.

- des indicateurs médico-économiques, à partir des données du DIM (Département d'Information Médicale) ou issues de l'analyse de gestion, qui vous servent à programmer et envisager le développement en interne ou en externe de la chirurgie ambulatoire, les parts de marché possibles qui peuvent être récupérées. Ces éléments intéressants sont partagés entre l'équipe de l'UCA et les équipes de direction.

Globalement, nous avons été frappés par la participation assez importante de tous les membres de l'UCA, en particulier dans les organisationnels et tout ce qui touche au travail journalier, et la participation des personnes pour recueillir ces indicateurs. Dans certains établissements, on voit que

tout le monde participe, aides-soignants, infirmières et jusqu'aux médecins, et remplit ces indicateurs qui permettent d'avoir des tableaux de bord.

Vous discutez généralement régulièrement de ces tableaux de bord, vous les étudiez grâce à l'informatique en termes d'évolution, de fréquence, d'événements sentinelles (en particulier sur le groupe AHNAC, où les événements sentinelles permettaient d'alerter si la douleur post-opératoire était brutalement beaucoup plus importante que d'ordinaire lorsqu'on introduisait une nouvelle technique, anesthésique ou chirurgicale).

Vous avez mis en place des indicateurs qui vous servent véritablement à piloter à la fois votre activité journalière mais aussi l'activité de l'UCA au sein de l'établissement ou du bassin dans lequel vous recrutez vos patients.

Pr Didier SCIARD, expert - Ce matin, on a parlé des flux, notamment des flux tirés. On sait qu'à chaque étape du parcours du patient, il peut y avoir des goulots d'étranglement. On sait que la SSPI peut en être un, et on sait que l'UCA en est un autre, notamment lorsqu'il s'agit de faire sortir les patients, ou de les faire rentrer de manière décalée et pas tous en même temps.

On a parlé dans la méthode LEAN de gaspillage : on sait bien que faire rentrer 10 patients à 7 ou 8 heures du matin fait partie du gaspillage, cela n'apporte pas de valeur ajoutée au patient et à ses soins.

On sait aussi que la problématique est la disponibilité des uns et des autres, des chirurgiens et des anesthésistes, pour répondre à cette notion de flux en permanence dans la journée. Les blocs opératoires fonctionnent aussi en flux tendu. Pour se libérer du bloc et aller faire sortir les patients en UCA ou aller voir chaque patient qui arrive à 7 heures, 8 heures, 9 heures, 10 heures, 11 heures, et faire la VPA (Visite Pré Anesthésique) alors que l'anesthésiste est engagé sur le site opératoire, c'est extrêmement compliqué, voire impossible. La plupart des structures que nous avons visitées, et d'autres, n'arrivent pas à répondre à ce cahier des charges.

Une des solutions pourrait consister à passer par la délégation de tâches. C'est un sujet sensible, dont on a parlé au dernier congrès de la SFAR. On touche à la notion de pouvoir médical, avec ce qui peut être fait par un soignant qui auparavant était fait par un médecin.

Cette réflexion doit vraiment être entamée dans notre logique d'efficacité et de flux, dans la mesure où la sécurité des patients est évidemment au cœur de nos préoccupations. On sait bien qu'on ne ferait que protocoler ou officialiser des pratiques, car il y a beaucoup d'endroits où les patients sortent à 16 heures alors que la signature a été faite à midi pour 16 heures : cela veut dire que l'on n'a pas revu le patient entre midi et 16 heures. Quel est l'intérêt d'avoir signé à midi pour 16 heures ?

L'intérêt est plutôt de dire que le patient peut sortir et ensuite de déléguer la sortie à des soignants, ce qui, en fonction de protocoles établis et validés – certaines ARS sont moteur là-dessus et soutiennent ces démarches –, permettrait de déléguer aux soignants des tâches qui auparavant étaient exclusivement du domaine médical.

Pour la visite pré-anesthésique, le sujet est encore plus sensible, puisqu'on touche à une notion de décret : par décret, l'anesthésiste doit effectuer une visite préopératoire. Elle doit être faite, on ne sait pas quand et à quel moment, et on sait très bien que dans les structures ambulatoires, la VPA est faite cinq ou dix minutes avant d'anesthésier le patient en lui demandant s'il n'y a rien de spécial.

Disposer de soignants qui ont fait toutes les démarches administratives, qui se sont inquiétés du fait que le patient rentre bien dans le cadre de l'ambulatoire, avec toutes ces notions de contrainte, et que le médecin valide cet interrogatoire à distance, nous paraît aussi une notion intéressante.

Dr Gilles BONTEMPS, directeur associé Anap - Pour introduire le débat sur le rôle respectif des médecins et des soignants, je propose d'avoir un retour d'expérience de l'hôpital clinique Claude Bernard à Metz : Mme Calcagno et d'autres personnes vont faire part de leur retour d'expérience en tant que soignants et en tant que cadres, pour avoir ensuite un échange avec la salle.

LES FAITS MARQUANTS SUR LE MANAGEMENT D'EQUIPE
TEMOIGNAGE : LE POINT DE VUE DES CADRES SUR LE MANAGEMENT D'EQUIPE

Mme Carine CALCAGNO, cadre UCA - Je suis cadre à l'UCA de la Clinique Claude Bernard. Nous avons un service de 20 boxes et nous faisons entre 20 et 60 patients par jour dans le service.

J'ai décliné le management de l'UCA sur cinq items :

- Organisation et gestion des flux, courts ou longs : au sein de notre UCA, nous avons deux flux différents, les flux courts pour l'ophtalmo et la chirurgie de la main, et des flux plus longs dénommés multi-chirurgie, où nous faisons de la gynécologie, de l'urologie, de l'orthopédie, du digestif. Cette organisation nous a obligés à sectoriser notre service, élaboré en étoile avec un secteur ophtalmo, un secteur de la main et un secteur multi-chirurgie. Nous avons un bloc dédié à la chirurgie ambulatoire où nous faisons de l'ophtalmo, de la main et de la stomatologie, qui nous permet de ne pas délimiter l'UCA du bloc opératoire. Notre unité de chirurgie ambulatoire est quasiment intégrée dans le bloc opératoire, tout en laissant bien sûr une place privilégiée au patient, à l'accueil et à la gestion des risques et de la sécurité du patient.
- Rotation des boxes, avec un système d'armoires doubles, ce qui permet d'installer deux patients dans un même box, puisqu'il y a deux côtés sécurisés par une clé. Nous avons un dossier informatisé que nous développons de plus en plus. Notre gestion des files d'attente est informatisée aussi, avec une borne d'accueil dans le service d'UCA, avec un écran informatique sur lequel apparaissent les noms des patients au fur et à mesure qu'ils arrivent en salle d'attente, ce qui permet de gérer au mieux la file d'attente des patients. L'équipe a aussi mis en place un système de codage couleur, avec trois cahiers en fonction des trois types de chirurgie accueillis dans le service : le code couleur note si le patient est parti au bloc opératoire, revenu, à quel moment il pourra manger, sortir, quand la visite du médecin est passée... Ce codage couleur est très visuel et permet à tout un chacun, que ce soit le médecin anesthésiste ou le chirurgien, de savoir où se trouve le patient et où il en est dans sa prise en charge.
- Management de l'équipe de soins : l'équipe de l'UCA est très dynamique, elles ont toutes décidé de travailler en unité de chirurgie ambulatoire, ce qui est à mon sens un critère très important. Elles sont autonomes, en tout cas nous leur laissons une grande part d'autonomie dans leur travail. Il y a bien évidemment une prise en charge globale du patient. Il est important pour elles d'avoir un socle de connaissances assez important, puisque nous gérons une diversité très importante de spécialités. On parlait de communication tout à l'heure : il faut aussi avoir un discours adapté aux patients que nous accueillons, puisque les âges et les milieux sociaux des patients demandent aux infirmières une grande adaptabilité dans la communication qui doit se mettre en place. Je pense mettre en place un management participatif de l'équipe, car il me semble que c'est le travail d'une équipe qui permet de conceptualiser, de mettre en œuvre des outils ou des démarches pour améliorer la prise en charge des patients et la gestion des flux. C'est le travail et la réflexion d'une équipe au travers de réunions, mensuelles ou bi-mensuelles, autour de thématiques particulières sur la prise en charge du patient dans le but de l'optimiser. Vous avez parlé de tutorat tout à l'heure, j'emploierais plutôt le terme de compagnonnage : elles sont aussi partie prenante dans la formation des nouveaux arrivants. Tout nouvel infirmier arrivant au sein de notre service est réellement pris en charge par les plus anciennes pour leur faire prendre connaissance de notre manière de travailler. Elles sont aussi toutes impliquées de manière transversale dans les missions de l'hôpital, avec des référentes CLIN, CLUD etc au sein de mon service.
- Le cadre est l'interface avec les équipes médicales
- On parle de rôle pivot du cadre de santé, puisque l'on parle de marche en avant et plutôt de flux tiré au sein de cette UCA. Chacun et chacune participe à la bonne marche des flux. L'interface avec les médecins est très importante aussi, puisque ce sont des acteurs du

dynamisme des flux et du fait que l'on n'ait pas de coupure dans les flux. Ils sont participatifs, ils brancardent. C'est le chirurgien qui vient chercher son patient pour l'emmener au bloc opératoire, ou la panseuse de la salle qui vient récupérer le patient. Il n'y a pas de temps d'arrêt.

Le cadre est l'interface entre les équipes de soin et les médecins : je pense avoir un rôle pivot aussi, puisqu'ils travaillent ensemble. Quand les équipes sentent un temps d'attente, elles vont aller se renseigner. Comme je suis aussi la cadre du bloc ambulatoire, j'ai une vision plus transversale et je travaille aussi avec ma collègue du bloc central, puisque nos patients viennent aussi du bloc central pour le digestif, l'ortho et la gynéco.

Nous sommes bien sûr en interface avec les malades et avec les services connexes, que ce soient les services des admissions ou les secrétariats des chirurgiens pour la planification, l'organisation, la réorganisation. Nous sommes toujours obligés de réajuster nos programmes opératoires : on parlait de chirurgie non programmée tout à l'heure, nous avons aussi une part de non programmé puisque nous sommes centre SOS Main. Cela ne pose pas de souci particulier pour la prise en charge des patients.

Le mot pivot est pour moi le maître mot du cadre de l'UCA.

LES FAITS MARQUANTS SUR LE MANAGEMENT D'EQUIPE
DISCUSSION AVEC LA SALLE

Dr Gilles BONTEMPS, Directeur associé Anap - Je vais être volontiers provocateur pour ouvrir ce débat et le rôle respectif des médecins et des cadres : est-ce que la délégation de tâches, c'est le chirurgien qui devient brancardier ?

Mme Carine CALCAGNO, cadre UCA - Pour une bonne marche des flux, cela a été une nécessité. Peut-être est-ce un levier chez nous, le chirurgien n'a pas peur de prendre un brancard et de l'emmener en salle d'opération, pour la bonne marche de son programme et pour une bonne prise en charge du patient.

Dr Gilles BONTEMPS - Y a-t-il des retours d'expérience de la part de soignants dans la salle ? J'aimerais si possible des personnes des hôpitaux publics, après avoir eu les retours de la part de personnes du privé.

M. Jean-Louis MOUTON, cadre infirmier anesthésiste au CHRU de Lille - Je suis responsable du secteur technique de l'unité technique d'ambulatoire. Je suis entièrement d'accord sur certaines choses, parce que nous effectuons dans notre service de l'ambulatoire médico-chirurgical, avec toute l'endoscopie pour la gastro, de la chirurgie qui va jusqu'à la colecystectomie, les prises de RGO en coelioscopie, et une activité de laser dermato et gynéco.

Je suis entièrement d'accord sur la notion de polyvalence, de polycompétence. Dans l'équipe que j'ai à gérer, chacun et chacune est obligé de tourner sur tous les postes. Un praticien m'a dit un jour : « polyvalence, poly-incompétence ». Cela a été difficile de faire comprendre et de faire admettre à certains, mais ce n'est pas une polyvalence totale, puisque je demande dans chaque secteur, en endoscopie, au bloc opératoire, au laser, à avoir un binôme ou un trio d'experts. Chaque praticien peut me demander, pour une intervention ou une prise en charge d'un patient qui va être relativement compliquée, à avoir deux personnes plus adaptées dans les deux binômes aides-soignants et infirmières, grâce à leur expérience ou à leur goût pour la discipline. C'est alors volontiers que je réponds favorablement à leur demande. Sur le restant de l'année, c'est très organisé sur le fait que chaque semaine, les personnes tournent.

C'est bien un compagnonnage que nous organisons des nouveaux, je pense excessivement important d'avoir au sein d'une équipe une possibilité d'encadrer, d'entourer et de montrer, de faire répéter les gestes.

Tout ce compagnonnage et cette polyvalence concourent à une fidélisation de l'équipe, j'ai très peu de départs, pratiquement pas d'arrêts maladie. Chacun s'y retrouve, a l'impression de connaître le travail de l'autre. Nous mettons aussi en place des réunions d'équipe pour pouvoir passer la communication.

Je pense que les différents praticiens qui arrivent en salle s'y retrouvent aussi, puisqu'ils ont une équipe qui a une certaine envie de travailler et qui adhère complètement à toutes les nouvelles prises en charge qui sont mises en place.

Mme Christelle RAUCHS FEBREL, cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHR de Metz-Thionville - Je suis tout à fait d'accord avec ce que vient d'évoquer ma collègue concernant le management des unités de chirurgie ambulatoire. Le cadre a un rôle très important sur la structuration de l'unité de chirurgie ambulatoire mais aussi sur le développement de la structure. Le pilotage par le biais d'indicateurs permet au cadre d'envisager le développement de la structure et d'optimiser l'utilisation des places.

A mon sens, une des qualités ou un des atouts que le cadre doit avoir pour gérer ce type de structure est de communiquer très facilement avec tous ses collaborateurs. A partir du moment où l'on installe une relation de confiance, où l'on est en capacité de dialoguer, de discuter avec tous les utilisateurs, il est beaucoup plus simple de structurer l'organisation et de simplifier les prises en charge et éviter les conflits.

Dr Jean-Michel DEVYS, chef du service d'anesthésie fondation Rothschild - L'histoire de la délégation de tâches que vous poussez jusqu'au bout, avec le chirurgien qui fait le brancardier, m'interpelle. Dans une logique d'efficacité financière, le temps médical, le temps à faire la médecine est beaucoup plus cher que le temps que vous confiez à un brancardier. Je pense que dans cette dynamique, si vous faites une étude de coûts et que vous mettez votre chirurgien sur deux ou trois salles d'intervention, afin que ce temps chirurgical soit utilisé au mieux, vous allez très rapidement vous rendre compte que votre brancardier sera rentable s'il sert à brancarder et à nettoyer les salles.

Il faut faire très attention aux délégations de tâches qui plaisent beaucoup à des directeurs d'établissement, dans un réflexe qui peut être quelquefois malsain. On voit bien que cela fait sourire, le chirurgien qui brancarde : il faut faire attention car ce n'est quelquefois pas la solution. On peut très probablement optimiser ce salaire très important qu'est le temps chirurgical à faire de la chirurgie plus longtemps sur sa présence dans l'hôpital.

Mme Carine CALCAGNO - J'ai juste nuancé mon propos en disant que certains chirurgiens brancardaient et d'autres pas !

Dr Jean-Michel DEVYS - Oui, mais c'est la vie !

M. Pascal LEXA, Directeur des soins de la Hôpital Clinique Claude Bernard à Metz - En ce qui nous concerne, le temps chirurgical ne nous est pas imputé, puisque ce sont des chirurgiens qui exercent dans un cadre libéral et nous n'avons pas à les salarier. C'est une économie nette pour ce qui nous concerne, mais c'est une petite remarque !

Je reviens sur le rôle des soignants : nous sommes très contents que l'ANAP ait vu un rôle déterminant des soignants comme acteurs dans le soin, et particulièrement en chirurgie ambulatoire. Nous sommes à défendre, en région Lorraine, le fait d'apprendre à nos jeunes infirmières en IFSI ce qu'est la prise en charge en ambulatoire. Malheureusement, nous nous heurtons encore à des projets pédagogiques dans certains IFSI en France, parce que nous avons la chance d'être dans un groupe qui possède une trentaine de cliniques sur le territoire français, ce qui nous permet de benchmarker là aussi, et ces techniques ne sont pas encore apprises.

Pour prendre en charge un malade avec un accueil en moins d'un quart d'heure, faire le tour de la question et le remettre à la rue trois heures plus tard en toute sécurité, il s'agit d'avoir des capacités de prioriser les tâches absolument phénoménales, mais malheureusement, ce n'est pas encore enseigné.

Je crois que l'ANAP, ou en tout cas l'HAS, où j'ai la chance de travailler, devraient là encore être extrêmement incitatifs vis-à-vis des organismes de formation pour apporter cette pierre à l'édifice.

Pr Jean-Pierre TRIBOULET, expert - Il y a de plus une contrainte réglementaire : tous les ans, cette année le 22 mai 2012, des priorités nationales des enseignements sont définies, avec l'annexe 12 ou 11 qui détaille assez bien l'obligation. Pourtant, rien n'est fait, ou alors de façon anecdotique.

Nous avons commencé, nous avons un programme pour toute l'année, mais j'ai dû m'y reprendre à plusieurs fois, avec l'aide de la direction ici présente, pour quasiment imposer à la directrice de l'IFSI de me trouver une heure ! Elle m'a demandé à quoi cela servait !

Pour la formation, c'est bien sûr plus vaste que cela, cela touche les médecins et l'ensemble des intervenants.

Pour limiter le propos, je voudrais dire que dans ce que je vais proposer pour le schéma d'enseignement dans l'année et les années futures, je l'espère, c'est un enseignement catégoriel, médecins, internes, chirurgiens, et aussi d'équipe. J'insiste beaucoup pour qu'une équipe d'une UCA aille ensemble pour un enseignement ou une information complémentaire, parce que cela soudera encore la notion d'équipe.

On a bien vu que la notion d'équipe se délitait tout de même, malgré ce que l'on a dit tout à l'heure. Que reste-t-il des équipes ? Le chef de service, il n'y a plus de lits, plus rien, donc plus beaucoup d'équipe. L'esprit d'équipe a pratiquement disparu et on doit le retrouver dans la culture ambulatoire et dans l'esprit de l'équipe de l'UCA, où l'on peut se retrouver.

Participant.- On a parlé d'équipe, mais d'une équipe dédiée, formée et qualifiée. En fait, cela résume tout à partir du moment où l'on a parlé de formation, de qualité et de connaissance du métier grâce au fait d'être dédié à l'activité. Derrière, on peut rebondir sur la délégation de tâches, car on facilite cette délégation des médecins vers les soignants – et non le glissement de tâche – quand l'équipe est compétente.

M. Franck DELI, cadre supérieur du pôle de chirurgie à l'hôpital de Saint-Quentin - Je voudrais revenir sur le dernier échange qui a concerné la mise en stage de nos étudiants infirmiers, voire élèves aides-soignants. J'aurai une vision plus pragmatique.

Le nouveau diplôme, le LMD, développe des compétences, mais qui doivent être mises en situation. S'il y a quelque chose qu'ils apprennent rapidement en venant en stage en ambulatoire, c'est justement de vérifier un certain nombre de compétences essentielles pour une infirmière ou une aide-soignante, voire un brancardier dans un service d'ambulatoire.

Par exemple, il y a des incontournables dans lesquels ils doivent être excellents en sortant du service : l'identitovigilance, la capacité à accueillir rapidement quelqu'un, c'est-à-dire reconnaître son niveau d'anxiété ainsi que celui de son entourage, savoir accompagner quelqu'un vers la salle d'attente parce qu'elle ne pourra pas rester avec son accompagnant, savoir vérifier tout de suite si la personne est toujours éligible. Dans notre région, il n'est pas rare qu'une personne qui était éligible chez le chirurgien et dans le bureau du médecin anesthésiste ne soit plus éligible le matin où elle arrive, parce qu'elle n'a personne pour l'accompagner ou autre raison.

Ces compétences se développent dans le compagnonnage et nous faisons régulièrement, avec les étudiants de première et de deuxième année, des retours d'expérience autour de cas cliniques que nous leur demandons de décrire. Ce n'est pas une surprise : celles qui apprennent plus et plus rapidement sont celles qui étaient en ambulatoire plutôt qu'en service de soins.

Les raisons sont multiples, les pédagogues seraient peut-être plus habilités que moi à en parler, mais je pense que la culture de l'ambulatoire est en train de se développer, y compris au sein des services, pour peu que l'on ait abattu les cloisons des services.

Là où nous avons réussi à l'hôpital de Saint-Quentin, c'est que nous avons abattu des cloisons entre le dur, le mou, l'orthopédie... Nous avons réussi à montrer qu'il y a plus la prise en charge d'un patient qui va rester très peu de temps, pour du court séjour, de l'ambulatoire, de l'hospitalisation de semaine, voire de l'hospitalisation complète, voire même des prises en charge beaucoup plus lourdes.

C'est la mise en lien des compétences attendues pour les étudiants avec les situations : c'est là que cela devient exigeant pour les infirmières qui accueillent et pour l'encadrement. C'est un encadrement qui se prépare.

Pr Claude ECOFFEY, expert - Je voudrais revenir sur la délégation de tâches. Je commence par la visite pré-anesthésique : le décret précise qu'elle doit avoir lieu quelques heures avant l'anesthésie, donc a priori au moins deux heures. Pour l'appliquer, il faudrait que la visite pré-anesthésique ait lieu à 7 heures du matin et le premier patient ne pourrait être endormi qu'à 9 heures.

On voit qu'il faudrait modifier le décret pour la visite pré-anesthésique, mais je pense que c'est mission impossible et la SFAR ne va en tout cas pas se lancer là-dedans.

Néanmoins, on peut recommander de faire une check list de trois ou quatre points que l'infirmière à l'accueil doit vérifier, avec nécessité d'appeler l'anesthésiste en cas de point douteux. C'est assez simple et c'est à peu près mis en place dans les établissements.

A l'autre bout, qui est plus compliqué, je ne pense pas qu'il faille parler de délégation de tâches, puisque les recommandations organisationnelles de la SFAR demandent la signature d'un médecin de l'unité. On ne peut pas déléguer une signature, *stricto sensu*. La délégation de tâche, c'est l'infirmière qui va poser une voie veineuse centrale : ce n'est pas un acte qui fait partie du décret de compétence des infirmiers, c'est donc une vraie délégation de tâche d'un médecin à un infirmier.

Je pense donc qu'il faut plutôt parler de protocole de sortie.

Pour l'anesthésie, c'est assez simple. On n'a pas besoin de repasser voir le patient et signer, on a le score PADSS (Post Anesthesia Discharge Scoring System), qui est parfaitement adapté, et si le score n'est pas bon, l'infirmière de l'unité appelle l'anesthésiste qui va valider.

Pour les chirurgiens, c'est plus compliqué. On a beaucoup parlé de l'ophtalmologie et de la chirurgie de la main : je pense que c'est aussi simple que pour l'anesthésie, il n'y a pas de difficulté. En revanche, quand on va faire de la hernie inguinale, on peut très bien protocoler des bandelettes urinaires et l'urologue n'est pas obligé de repasser voir le patient, à condition d'avoir mis en place une procédure. Dans son unité, elle prévoit deux mictions et un BladderScan inférieur à tel volume.

Dans ce cas, il y a une check list de sortie, complétée de la check list anesthésiste, qui est le score PADSS. Il faut plutôt aller vers une réflexion sur les critères de sortie. Pour l'anesthésiste, c'est réglé dans les pays nord-américain depuis quinze ou vingt ans ; reste à discuter, discipline chirurgicale par discipline chirurgicale, pour avoir un score de sortie qui puisse être appliqué par le personnel infirmier.

Je ne suis pas sûr qu'il faille garder le mot « délégation de tâche », parce qu'on donne un quitus pour la sortie, mais ce n'est pas un geste technique.

Participant.- Le vrai nom est en fait la délégation de compétence, ce n'est en aucun cas une délégation de responsabilité, qui reste entière et pleine pour le médecin qui délègue.

Pr Claude ECOFFEY - C'étaient plutôt des prescriptions de sortie en fonction d'un certain nombre de critères, faites par le médecin, qui prescrit, mais qui peut prescrire plusieurs heures avant.

Dr Gilles CUVELIER, expert - Cela met tout le monde d'accord : on ne parle plus de délégation quand il y a prescription. La problématique est d'anticiper, il faut faire des prescriptions anticipées et protocoliser, écrire et réfléchir à notre fonctionnement de façon anticipée.

Dr Sandrine BUSCAIL, médecin, Directeur de la prospective médicale AHNAC - J'ai fait partie de l'HAS et j'ai travaillé sur les protocoles de coopération.

Ce qui nous englobe un peu est la notion de dérogation aux conditions légales d'exercice. C'est le critère qui fait que l'on déclenche un protocole qui va être présenté à l'ARS ou va rester dans le cadre des compétences.

Est-on dans la coopération entre professionnels et déroge-t-on aux conditions légales d'exercice entre médecins et autres professionnels de santé ? Dans ce cas, on identifie la partie de la compétence que l'on va attribuer à un professionnel qui n'a pas été formé, que l'on va devoir former et pour qui on va devoir présenter un protocole.

Ou bien est-on dans une coopération entre professionnels de santé qui repose sur les compétences de chacun, dans le cadre des décrets de compétences ? Dans ce cas, on protocolise avec la validation du médecin et on reste dans le cadre des compétences. C'est une protocolisation simple et explicite entre professionnels de santé.

Cela ne nécessite pas toujours de déroger et quand on regarde attentivement le décret des infirmières, il y a des choses que bien souvent, elles peuvent faire sans que ce soit dérogatoire aux conditions légales d'exercice.

ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES AMBULATOIRES

Pr Jean-Pierre TRIBOULET, expert - Un élément majeur qui est apparu pour le fonctionnement d'une unité, ce sont les gestes que l'on va y réaliser. Que se passe-t-il et comment faire pour proposer en ambulatoire un geste qui ne l'est pas ?

La majorité des gestes sont mis en ambulatoire par substitution d'un geste qui est déjà fait en conventionnel mais pris en charge sur un, deux ou trois jours. C'est simple à dire, mais à chaque fois, pour l'unité et le personnel, c'est une innovation : on met un geste que l'unité ne connaît pas, même si les médecins le connaissent puisqu'il est fait dans une autre prise en charge.

Il faut se demander quels principes sous-tendent cette substitution de l'acte. Tout d'abord, il faut savoir si le transfert médical est possible. Ensuite, l'équipe est-elle compétente, l'organisation est-elle adaptée pour accueillir ce nouveau geste ? Enfin, il faut envisager les conséquences. Ce n'est pas la même chose que de mettre en substitution trois gestes exceptionnels d'hypophyse par an et 1500 cataractes soudainement dans une unité.

Ces principes imposent que la mise en ambulatoire d'un geste ne soit pas le fait d'un seul personnage, le chirurgien en l'occurrence. Ce n'est pas l'exclusivité d'un acteur, c'est une décision collégiale.

Nous avons assez peu vu de proposition de protocoles dans les expériences, mais nous y avons beaucoup réfléchi à Lille. J'avoue que je vous propose ce que nous faisons pour la mise en ambulatoire par substitution d'un geste à chaque fois.

C'est d'abord une méthodologie du choix, de l'ordre médical, avec des choses précises en fonction des risques, des suites dans l'équipe. On fait attention à tous les critères acte/patient.

Ensuite, pour la décision, c'est une méthodologie d'application, avec toute une série de phases consistant à établir les protocoles, en discuter avec les anesthésistes, proposer tout cela à l'équipe, et j'insiste sur le fait que ce soit toute l'équipe, pour que chacun apporte son obole et participe à la dernière étape.

Cette dernière étape est la protocolisation de toutes les étapes, autrement dit le chemin clinique adapté au geste. Il est arrivé, puisque l'on met des gestes assez novateurs dans l'ambulatoire, que l'un ou l'autre, y compris l'aide-soignant, fasse des propositions, que nous ajoutons et complétons.

Le protocole doit être bien précis et tenir compte des conséquences, capacitaires, de ressources, de l'intérêt pour l'unité, pour l'établissement, de formation et de gestion des risques.

S'il faut compléter une formation de l'équipe pour tel geste, il faut le faire, soit auprès de nous, soit auprès d'une autre équipe.

Voilà donc une décision collégiale d'une substitution d'un geste.

Les avantages en sont bien sûr la cohésion de l'équipe, sa stabilité, avec peu de transferts, peu de turn over, l'adhésion au projet, puisque l'on propose à l'unité un acte, avec ses conséquences. L'équipe qui a vu et entendu l'ensemble du processus de mise en place de ce geste en ambulatoire adhère forcément si l'on a pris la précaution de demander son avis.

Le dernier avantage est évidemment l'ouverture, la culture de l'extension des indications. Ils sont habitués à ce qu'une fois tous les ans ou tous les deux ans, on leur propose un nouveau geste, et ils adhèrent à condition que tout le monde soit dans le coup.

L'information du patient est forcément orale, écrite, partagée avec l'entourage. Elle doit aussi être reformulée par le patient et elle doit être cohérente avec toutes les informations que le patient reçoit. Il y a ensuite le contenant, la forme papier ou autre, et le contenu, avec les informations qu'on leur donne en consultation, le jour où ils arrivent et le moment où ils sortent.

J'insiste sur un point : il ne doit pas y avoir de délégation ou de report de responsabilité de tâche. Les

patients doivent être au courant que, s'il y a un problème ou une information qu'ils veulent avoir, ou un problème dans les suites, ils doivent en informer l'UCA. L'UCA doit gérer, coordonner, s'occuper des suites opératoires. Elle est responsable de la continuité des soins, et pas le médecin traitant. Si le malade va voir le médecin traitant le soir sans avoir la notion qu'il doit prévenir l'unité, le médecin va envoyer le malade à l'urgence, parce qu'il n'aura pas les documents ni les informations. C'est ce qui nous est remonté des médecins traitants avec lesquels nous avons eu des rapports.

J'insiste donc sur le fait que le patient doit avoir un contact direct et les coordonnées du chirurgien, de l'anesthésiste éventuellement, mais pas seulement ceux de garde. Pour les gestes importants, je leur donne mes numéros personnels, pour les gestes de spécificité ou les ambulatoires lourds. C'est arrivé deux fois en dix ans que je sois appelé, mais c'est une sécurité pour eux.

Ce qui remontait du benchmark était surtout la substitution, l'information au patient et la formation.

Dr Gilles CUVELIER, expert - Le professeur Triboulet vient de parler d'hypophyse, de prothèse totale de hanche, de prothèse totale de genou. Nous faisons aussi de la promontofixation coelioscopique en ambulatoire. Nous assistons à une montée en charge d'une activité qui sera, en somme, de plus en plus complexe.

Développer la chirurgie ambulatoire, c'est faire des actes plus lourds, avec des patients plus lourds, augmenter les flux, prendre les risques de l'hygiène. L'erreur est inhérente à la condition humaine, on ne peut pas modifier la condition humaine mais on peut modifier les conditions de travail. C'est la base de la démarche de gestion des risques. C'est pourquoi cet élément de synthèse est probablement l'un des plus importants.

La démarche qualité et la démarche gestion des risques sont des éléments structurants. Les mots comptent : le mot « structurant » nous renvoie au travail d'équipe. Une équipe, c'est un coordonnateur médical, paramédical, un anesthésiste, un chirurgien, une équipe de bloc opératoire. Il faut y inclure le médecin traitant. Cette équipe doit réfléchir aux risques, aux barrières, aux sécurités et à l'amélioration continue.

Cette équipe doit réfléchir sur la qualité, fixer des indicateurs, elle doit pouvoir évaluer, contrôler sa qualité. Il faut protocoliser : on parlait tout à l'heure de la délégation de tâche que l'on remplace par une prescription anticipée. Les protocoles sont la réponse à cette problématique, il faut écrire des protocoles et se mettre d'accord.

Le terrain, c'est une démarche des éléments structurants qui sont propres à chaque unité de chirurgie ambulatoire. Cela signifie que c'est le terrain qui a l'expertise, qui peut évaluer, qui peut adopter des mesures correctives.

Nous l'avons bien vu lors de nos visites sur le terrain, nous nous sommes trouvés avant tout devant une coordinatrice ou une équipe de direction qui connaissait bien le terrain, la problématique du chirurgien, qui savait bien comment se déroule une intervention. On est très loin de ce que l'on peut rencontrer dans nos hôpitaux, généraux ou universitaires, où la démarche qualité est souvent pyramidale et bureaucratique, très loin du terrain.

Ces démarches sont propres à chaque unité de chirurgie ambulatoire et font l'objet d'une mise à jour régulière. La mise à jour régulière est importante, les techniques et les pratiques évoluent. La difficulté est de durer en chirurgie ambulatoire : vous êtes aujourd'hui parmi les 15 établissements leaders en chirurgie ambulatoire, pour le rester, il faut vous mettre à jour régulièrement.

Pr Claude ECOFFEY, expert - On a beaucoup parlé de l'organisation au sein des unités, des établissements de santé. Or, comme le patient reste finalement un minimum de temps en hospitalisation, il faut anticiper tout ce qu'il y a autour avant l'arrivée dans l'établissement de santé et après.

Au cours des visites, l'un des points d'entrée a été le lien fort entre la ville et l'hôpital sur l'ophtalmologie. C'était un établissement de santé avec des sites de consultation d'ophtalmo, qui ne faisaient pas de chirurgie, qui étaient très à distance de l'établissement et qui adressaient leurs patients à leurs collègues ophtalmo qui faisaient, eux, de la chirurgie. Ces ophtalmos qui avaient opéré les patients ne faisaient pas le suivi post-opératoire, ils le confiaient aux collègues qui avaient adressé.

Il y avait donc un lien direct, au sein d'une discipline, entre des médecins qui étaient chirurgiens et des médecins de discipline identique qui étaient plutôt médicaux. Il existait donc un vrai lien ville/hôpital qui permettait d'avoir des patients qui venaient de loin.

Le deuxième point de la discussion concerne la façon d'intégrer les médecins généralistes dans le processus. Il est clair que les médecins généralistes ne feront pas le suivi de l'acte opératoire, ce n'est pas leur métier. En revanche, à un moment donné, lorsqu'on va faire une hernie inguinale et que le patient est sous AVK, il va falloir arrêter les AVK puis les reprendre. En moins de 12 heures, c'est techniquement impossible.

Il va falloir trouver et constituer un réseau de médecins généralistes qui vont accepter et avoir les informations en temps réel, dès la sortie du patient, avec un compte rendu et un « dossier de liaison médical », dans lequel l'anesthésiste indique des informations médicales pour que le relais AVK soit fait par le médecin généraliste, puisqu'on ne pourra pas le faire directement en une journée.

Ce sont sur le plan médical les deux axes de coordination ville/hôpital.

Reste ensuite la coordination ville/hôpital sur le plan paramédical : kinésithérapie, infirmières qui vont suivre des pompes d'analgésie locorégionale, par exemple. Il faut également travailler pour constituer un réseau ou avoir une société de service avec des infirmières qui se rendent à domicile, qui vont remplir un biberon d'anesthésique local. En particulier quand on fait de la chirurgie plus complexe, par exemple la chirurgie de l'épaule qui nécessite éventuellement une rééducation, le chirurgien doit pouvoir avoir des contacts pour faire la rééducation. Il y a un fort lien à faire avec la ville si l'on veut aller vers les 50 % que demandent les tutelles.

Il ne s'agit pas de la constitution d'un réseau avec un financement, c'est plutôt l'organisation du suivi par les médecins, en faisant un lien assez fort entre l'UACA (Unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire) et les médecins généralistes qui acceptent de travailler ensemble. Il faut faire des réunions, aller les voir, c'est certes un certain travail. Cela concerne probablement seulement 10 à 15 % des patients ambulatoires, mais ce sont tous les patients ASA 3 que l'on va devoir faire aussi en ambulatoire.

ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES AMBULATOIRES
DISCUSSION AVEC LA SALLE

Dr Gilles BONTEMPS, Directeur associé Anap - Comme nous parlons de la coordination ville/hôpital, nous pouvons ouvrir un débat d'une dizaine de minutes sur cette coordination. Nous avons été frappés dans nos audits dans vos structures de voir que la coordination ville/hôpital était finalement assez peu organisée dans vos établissements. J'aurais aimé avoir votre réflexion par rapport à ces éléments : pour vous, la coordination ville/hôpital est-elle un élément indispensable dans le cadre de l'extension des pratiques ambulatoires sur des éléments plus lourds ?

Participant.- Nous avons la chance en Lorraine d'avoir beaucoup de réseaux. Je ne parle pas de liens privilégiés que peuvent avoir les ophtalmologues entre eux, qu'ils soient chirurgiens ou médecins, mais on voit malheureusement nos ARS faire des coupes sombres dans les financements de ces réseaux. Ces réseaux ne peuvent plus faire de soins, ils peuvent tout au plus coordonner des choses, cela devient extrêmement difficile. L'expérience que l'on en a dans d'autres domaines, insuffisance cardiaque, cancérologie, fait que les réseaux sont en train de s'appauvrir.

Le bénéfice que l'on avait dans le domaine de l'insuffisance cardiaque, qui n'est pas tout à fait dans le même registre mais qui pourrait être superposable à d'autres prises en charges, notamment l'analgésie post-opératoire au domicile avec pompe et infuseur, dans le cas de la chirurgie du pied, par exemple, ne peut plus être reconduit. On est obligé de faire des montages, comme nous l'avons fait dans les réseaux périnatalité avec des infirmières ou des sages-femmes libérales. Ce sont plus des choses organisées de manière individuelle, essentiellement liées aux bonnes volontés plus qu'à des structures pilotées par l'ARS, ou plutôt abandonnées par l'ARS.

Dans notre région, c'est un vrai frein.

Dr Gilles BONTEMPS - Ce sont donc plutôt des réseaux informels ?

Participant.- Oui, et quand ils étaient très formalisés, ils sont en train de se déliter du fait de l'absence de financement.

Mme Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE, Directrice générale Fondation Rothschild - Je pense que cela vaudrait le coup de développer des protocoles sur des collaborations entre des unités des services de chirurgie ambulatoire et des services de soin à domicile. Je m'occupe de la Fédération des établissements privés à but non lucratif de région Ile-de-France, je commence à connaître un peu les services de soin à domicile.

Bien que je travaille en hôpital depuis 30 ans, j'ignorais la moitié des activités que ces services de soin à domicile savent faire. Je suis en train de me dire que pour des actes lourds de chirurgie, dans un travail de collégialité, de partage de compétences, et peut-être pas de délégation de compétences, on peut avoir des sorties accompagnées au domicile avec un service tout à fait compétent de soins à domicile.

Par ailleurs, je suis préoccupée et, au fond, je ne sais pas si c'est mon métier ou pas d'être préoccupée, par toutes ces personnes âgées qui sont parfois seules. Quand elles sont accompagnées dans leur famille ou dans un milieu familial structuré, ce n'est pas un souci. Elles sont parfois seules et on leur fait subir un petit parcours du combattant pour se préparer à la chirurgie ambulatoire alors que l'on n'est pas totalement sûr que la sortie ne va pas se faire... pas sans casse, car la casse n'existe pas, d'autant que nous avons mis en place un système de contact téléphonique qui n'est pas systématique, nos médecins choisissent à qui ils vont téléphoner.

Pour une grande partie de cette population, surtout en ophtalmo, puisqu'ils ne sont pas jeunes, n'y voient pas bien, sont parfois handicapés, le service après l'acte n'est pas un service de qualité. On essaie de faire de la qualité sur nos actes, bien sûr, les opérations sont bien faites, on essaie de prendre en charge la douleur, mais je suis quand même préoccupée par ce qu'on leur fait subir à la sortie de l'hôpital, où ils doivent aller se chercher leur taxi, ils rentrent chez eux tout seuls, ils n'ont pas à manger...

Est-ce notre fonction de se préoccuper de cela ? Si c'est le cas, il ne faut pas nous faire descendre nos

tarifs. Il faut que l'ARS nous mette en lien avec des réseaux adéquats, des villes, des municipalités, des services d'aide à domicile, et que l'on essaie de partager ce travail.

Je ne suis pas sur la qualité du processus dans l'hôpital, je suis davantage préoccupée par ces volumes de plus en plus importants et à qui ont fait subir des choses qui ne sont pas catastrophiques non plus, mais on pourrait peut-être leur arranger la vie sur les quelques jours qui suivent le post-opératoire.

Dr Gilles BONTEMPS - Je sais que c'est un sujet brûlant, car les infirmières de ville sont très opposées à ces SSIAD. Y a-t-il d'autres retours d'expérience dans vos régions, ou de réseaux formalisés ou non par rapport à des prises en charge ?

Pr Jean-Pierre TRIBOULET, expert - Pour les soins post-opératoires, une frange peu importante de gestes lourds nécessite un environnement de soins post-opératoires à domicile. Le reste, c'est-à-dire 80 % actuellement – si les indications changent, cela évoluera peut-être aussi -, n'a pas besoin de soutien ni de soins à domicile, sinon ce n'est pas de l'ambulatoire.

Le principe de l'ambulatoire, c'est qu'il n'y a rien à faire après. S'il y a des petites choses à ajouter, à ajuster, comme des nausées, des vomissements, c'est du ressort de l'unité qui doit directement avoir un contact, par un téléphone le lendemain.

Oui pour l'accompagnement, mais dans une frange très limitée.

Quant aux patients âgés qui ressortent, vous dressez un tableau catastrophique ! Ils partent tout seuls, peut-être à pied, ils n'ont rien à manger... Soyons sérieux ! S'il est tout seul, s'il n'a pas ce qu'il faut à domicile, il n'est pas en ambulatoire et cela se sait avant. On ne laisse pas partir quelqu'un tout seul !

Dr Gilles BONTEMPS - La question posée est celle de la prise en charge sociale, pour trouver des marges de manœuvre par rapport à cette prise en charge sociale.

Pr Jean-Pierre TRIBOULET - Quid actuellement de la mission des ARS PRADO (Programme d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation) du retour rapide à domicile, qui pourrait s'étendre au dehors de l'obstétrique ? C'est la question que j'ai posée à l'un des responsables, qui m'a dit « pourquoi pas ? ». Il n'était pas sûr d'avoir le financement, ce qui signifie que je ne suis pas sûr que cela puisse se développer pour l'ambulatoire, mais pourquoi pas ?

Mme Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE - Il y a énormément de patients de la Fondation Rothschild qui repartent seuls, pour dire les choses comme elles sont. Ils ont évidemment un taxi, mais il faut voir la réalité. Quand en consultation d'anesthésie on leur dit qu'ils doivent être accompagnés et avoir quelqu'un chez vous, très souvent ils disent non et il est impossible pour nous d'hospitaliser toutes les personnes qui nous répondent qu'elles n'ont pas d'accompagnant. Nous sommes obligés de faire en sorte que la chirurgie se fasse tout de même en ambulatoire malgré le fait que les patients repartent seuls. Je pense que nous ne sommes pas les seuls à faire cela ! C'est une réalité.

Dans les recommandations de la chirurgie ambulatoire, il n'est d'ailleurs pas écrit que les patients sont obligés de repartir avec un accompagnant. C'est préférable mais ce n'est pas obligatoire.

Pr Jean-Pierre TRIBOULET - Il est vrai que les recommandations ont changé en 2009, mais c'est tout de même préférable, surtout les personnes âgées. Je comprends pour un canal carpien à 25 ans, mais...

Mme Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE - Je suis complètement d'accord. Cela fait trois ans que je fais cela à la Fondation Rothschild, au début nous avions un discours beaucoup plus sévère, en disant que si les personnes n'avaient pas d'accompagnant, elles ne pourraient pas repartir, mais ce n'est dans les faits pas possible. Beaucoup partent sans accompagnant, c'est une réalité.

M. Philippe CHOUPIN, Directeur général Centre Clinical Soyaux - Je voudrais réagir à ce qui vient d'être dit. On doit passer de 38 à 60 ou 70 % de taux de chirurgie ambulatoire d'ici quatre ou cinq ans, mais on se rend bien compte qu'il existe un certain nombre de freins, liés à la situation sociale, à la connaissance des médecins libéraux...

Ce genre de patients va voir son médecin libéral, qui va être dérangé à 20 heures, ne va pas être content. C'est un retour que j'ai eu de patients qui m'ont demandé pourquoi ils venaient en

ambulatoire chez moi alors qu'à l'hôpital d'à côté, ils pourraient dormir.

Parmi les recommandations qui pourraient être faites de manière transitoire pour favoriser l'ambulatoire dans les établissements, c'est peut-être, comme on l'avait fait à une époque pour les services d'urgence, de mettre en place une obligation d'un service social d'accompagnement pour prévenir ce genre de situation. Il ne manque pas grand-chose et je ne suis pas certain qu'il faille un service d'hospitalisation à domicile pour accompagner les patients.

Dr Gilles BONTEMPS - Nous sommes d'accord, mais qui finance ?

Dr Jean-François SCHUHL, expert - Je suis un peu anxieux, car je crois que je suis un pionnier qui devient tout à fait vieillissant. Je reste accroché à des idées simples : un patient qui va être seul chez lui ne relève pas d'une pathologie ambulatoire. Je vous alerte, je change de casquette pour celle de l'expert de la Cour de Cassation, méfiez-vous. Vous plongez tout de suite, immédiatement, sans l'ombre d'une difficulté. Je suis vraiment un pionnier, pour moi la chirurgie ambulatoire date de 1980, je crois avoir donné, mais il ne faut pas aller trop loin.

Je suis convaincu que malgré cela, on peut atteindre les 80 %, car ce n'est pas la majorité.

Dr Gilles BONTEMPS - Tu évoques le risque médico-légal, mais les recommandations de la SFAR ne sont pas aussi rigoureuses.

Dr Jean-François SCHUHL - Cela m'est égal. Mettez-vous à la place du magistrat qui va avoir à répondre : vous aurez beau le lui expliquer, si en face quelqu'un est là pour vous dire que vos recommandations sont une bien bonne chose mais que vous avez laissé partir quelqu'un tout seul et que vous n'avez pas assuré la suite des soins, c'est tout ! Ils sont très rusés pour cela.

Ils ont plein d'armes, et sans aller loin, la perte de chance. Aujourd'hui, la perte de chance ne s'évalue plus en petit pourcentage de ce que serait le handicap, mais en préjudice à soi-même, à part entière depuis deux ans. La Cour de Cassation l'a reconnu ainsi. Ce sont des sommes phénoménales !

C'est aussi une question d'humanité. Ce vieux monsieur qui part tout seul chez lui, emmené par un taxi bien sûr, mais qui arrive tout seul chez lui à 22 heures, il sera peut-être un peu anxieux, inquiet, et cela me gênerait.

Dr Guy BAZIN, expert - On est dans un sujet qui devient de plus en plus passionnel. Sur le plan historique, je deviens aussi un pionnier. A chaque fois que l'on a parlé dans les pays étrangers de l'implication du médecin de médecine générale dans le circuit ambulatoire, cela a été un échec à chaque fois. Je pense que la raison de l'échec est justement ce dont vous parlez aujourd'hui : le médecin traitant ne veut pas rentrer dans la difficulté pour un patient de se réintégrer dans son équilibre social tel qu'il l'avait avant de rentrer dans la structure ambulatoire.

Il est bien évident qu'au départ, il avait organisé cet équilibre social, avec les infirmières, les kinés, etc, il passe au niveau de l'unité de chirurgie ambulatoire et il peut être perturbé, avoir des éléments supplémentaires pour être pris en charge en post-opératoire et le médecin ne veut pas rentrer dans ce jeu-là. Il se met tout à fait en retrait.

Au CHU de Toulouse, un médecin de médecine générale est venu nous expliquer sa problématique : en tant que médecin de médecine générale, il a besoin d'informations, de savoir ce qui a été fait, comment prendre le patient, car il sait que sa seule ressource possible est de renvoyer le patient aux urgences, et à ce moment-là, on a tout faux.

Dans le discours que j'entends tout de suite, qui est un peu hypocrite, il y a quelque chose que l'on ne veut pas prononcer et qui est en arrière-plan. On a parlé d'HAD (Hospitalisation à domicile) tout à l'heure, cela concerne la médecine. Il n'y a pas de blocage anesthésique et c'est tout à fait possible. Cela ne concerne absolument pas la chirurgie et cela ne peut pas rentrer dans le mode de l'HAD, puisque c'est une hospitalisation alors que la chirurgie ambulatoire n'en est pas une.

Aujourd'hui, il y a peut-être un intermédiaire, non financé. Il y a quelques velléités de vouloir définir cet intermédiaire. Dans la région parisienne, telle qu'on l'entend aujourd'hui, ce sont de malheureuses personnes, souvent seules, habitant dans un 8^{ème} étage sans ascenseur, avec leur cabas qu'elles doivent monter au dernier étage, où le chat les attend... En province, on a moins cette situation, il y a

beaucoup plus de solidarité intergénérationnelle que dans l'anonymat parisien.

Faut-il refaire l'anonymat parisien et trouver une solution intermédiaire ? Je n'en sais rien. Il y a eu quelques velléités de constituer un hôtel médicalisé et il est bien évident que c'est un élément qui n'a rien à voir avec la chirurgie ambulatoire.

Pour une notion très précise qui est une prise en charge temporaire en chirurgie ambulatoire, faut-il se mettre pieds et poings dans cette affaire, pour une spécificité toute particulière qui est vraiment parisienne ?

Mme Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE - Je vous ai entendu et je suis d'accord avec vous, il ne faut pas construire d'usine à gaz pour 1 % de problèmes. Je suis moi aussi une pionnière, il y a 22 ans je suis arrivée comme jeune directeur à l'hôpital Robert Debré, construit avec déjà une unité de chirurgie ambulatoire.

L'ensemble de nos pédiatres avait mis une barrière : on opère en chirurgie ambulatoire un enfant qui a un milieu social structuré. Manque de chance, dans le 19^{ème} arrondissement, il y a 22 ans, il n'y avait plus de milieu social structuré ! J'ai pris sur moi la responsabilité de faire passer et de travailler ensemble sur la façon de prendre en charge un petit immigré dont le papa et la maman ne parlent pas français et qui habitent à 15 dans un deux-pièces.

Nous avons trouvé des solutions, nous les avons trouvées ensemble. Nous avons essayé de les partager avec nos tutelles, qui n'en avaient cure. Nous avons essayé à chaque fois de savoir ce que voulait dire « qualité sécurité » avec ces petits. Si l'on applique à la lettre, ces petits, on ne les opère pas. Au lieu d'avoir des leucémies et des mucoviscidoses, Robert Debré aurait eu dans ses lits des choses que l'on retrouve tout à fait dans d'autres structures faites pour cela.

Il faut trouver la solution et bien la trouver, sinon ce flux de personnes âgées ne se retrouvera pas pour la hernie, pour la vésicule, pour la prothèse, vous le retrouverez dans un vivier de population qui constituera un levier pour passer de x à x pourcents. Dans les milieux hyper urbains, on va effectivement retrouver un fort pourcentage de la population, pour certaines disciplines – nous avons la cataracte congénitale du nouveau-né, mais pour le coup il n'y a pas de souci puisque sa maman ou son papa repart avec -, on retrouve des populations isolées.

C'est l'éternel problème de la médecine gériatrique en CHU. Il faut travailler et trouver ensemble. Si des équipes dans la salle sont intéressées à cela, sans monter d'usine à gaz de séminaire à Paris, on peut échanger par mail, par téléphone, ce que l'on peut trouver ensemble qui ne franchisse pas la barrière de la qualité et de la sécurité et qui nous permette d'accompagner ces personnes.

Je ne suis pas du tout dans l'histoire de l'hôtel médicalisé. J'ai essayé pendant 20 ans, j'ai fait une maison des parents à Robert Debré, qui s'écroule aujourd'hui, personne ne sait la financer. Il faut trouver des choses avec nos milieux tels qu'ils sont pour essayer d'avancer en qualité et en sécurité.

Dr Gilles Cuvelier, expert- Il y a des expériences de terrain. Les réseaux coûtent trop cher, cela ne fonctionne pas, il n'y en a plus. Chez vous, à l'Hôpital clinique Claude Bernard, ce qui est très fonctionnel, c'est votre prestataire de services. C'est ainsi que vous avez réglé votre problématique. Il y a des prestataires de service partout en France, à domicile, qui viennent régler le biberon.

Votre question est une question de fond : la France vieillit, les personnes sont de plus en plus seules, c'est une vraie problématique. Des équipes ont trouvé comme solution, comme on n'arrivait pas à régler ce problème en consultation d'anesthésie et comme il prenait trop de temps, de mettre en place une consultation infirmière, qui peut tout à fait être rémunérée et qui n'est pas coûteuse, qui permet de trouver une solution.

La solution c'est soit de dormir chez le voisin le soir de l'intervention, ou d'avoir le voisin chez soi, ou bien la famille qui vient. Il y a des solutions simples qui peuvent être trouvées et on peut rattraper un certain nombre de patients qui échappent à l'ambulatoire.

Dr Guy RAIMBEAU, expert - Je ne peux pas rester sur ce que vient de dire Jean-François Schuhl. Nous discutons des leviers et des freins, mais c'est un grand coup de frein. Je veux bien que l'on nous parle toujours de la peur de ceci ou de cela, mais arrêtons de se faire peur !

Aujourd'hui, on est dans une démarche adulte, dans le bénéfice risque. Lorsqu'un patient, de façon exceptionnelle, rentre seul chez lui après une intervention, on doit tout peser, y compris en déblayant ce que vient de dire Gilles, quand on creuse on trouve encore des solutions.

Aujourd'hui, il ne faut pas oublier que l'hôpital est une machine à nosocomiale ! Quel est le risque ? On va faire une opération un peu plus gradée en ambulatoire, il va ramasser une comorbidité ou une infection nosocomiale alors qu'en ambulatoire, il ne l'aurait pas eue !

On doit aller vers l'ambulatoire, on doit s'en donner les moyens. Les problèmes économiques sont évidents, j'ai rappelé à plusieurs reprises l'absurdité que les mutuelles et assurances complémentaires refusent de prendre en charge les auxiliaires de vie, les infirmières pour les soins d'hygiène le lendemain, au prétexte que les patients n'ont pas eu une nuitée et n'ont pas été hospitalisés, alors que cela fait des années que l'on est en GHS (Groupe Homogène de Séjour) ! Il faudrait tout de même que cela évolue, sinon nous faisons des séminaires qui n'aboutissent à rien.

Le vrai problème est économique : quel est notre appui ? Notre performance viendra aussi si l'on fait bouger les lignes. Il y a une ligne à bouger, qui est la prise en charge normale du patient : lorsqu'il avait une nuitée, il avait le droit à beaucoup de choses. Dans certaines mutuelles d'agriculteurs, il faut encore 31 jours d'hospitalisation pour ouvrir des droits !

J'aimerais que l'on débattenne dans la salle, beaucoup de gens ici ont l'expérience de l'ambulatoire, avec des retours à domicile de patients seuls, mais ce ne sont pas des gâteaux ou des Alzheimer que l'on renvoie seuls chez eux.

Dr Gilles CUVELIER - Le Pr Ecoffey à ma droite a mis en place un enseignement en chirurgie ambulatoire aux étudiants de D2, c'est-à-dire les 4^{ème} année de médecine qui ne connaissent pas encore l'hôpital. Dans cet enseignement, on leur explique que l'hôpital est dangereux, car c'est un risque d'infection nosocomiale, de phlébite 8 fois plus important, et un risque chez la personne âgée de désorientation, de confusion, qui est au final une vraie catastrophe.

Ne craignons rien, par contre essayons de nous organiser.

En parlant de la consultation infirmière, il y a la problématique du retour à domicile, mais aussi celle du patient acteur. Aujourd'hui, arrêter un traitement anti-coagulant s'explique, et il faut du temps pour expliquer. Reprendre un traitement anti-coagulant s'explique aussi et il faut du temps. Il faut probablement investir dans une consultation infirmière. Nos infirmières doivent pouvoir être rémunérées pour quelque chose qui prend du temps.

Dr Claire GATECEL, expert- Je voudrais parler des dernières recommandations de la SFAR : il est dit qu'il n'y a plus d'obligation à avoir systématiquement un accompagnant. En revanche, chaque équipe, en fonction du couple patient/acte, réfléchisse à la capacité du patient à sortir ou pas. Cela n'est absolument pas en contradiction avec le fait qu'il faut garantir la sécurité du patient. Certains patients peuvent sortir sans accompagnant et d'autres pas.

Evidemment, si vous avez un homme jeune qui a une coloscopie ou même une chirurgie du poignet, cela pose moins de souci même s'il doit pouvoir être assisté juste pour enlever sa chemise et se faire à manger le soir. Si en revanche vous avez une personne âgée à qui on a fait une benzodiazépine, il n'est peut-être pas licite de la faire sortir le soir alors que c'est la seule recommandation que nous ayons émise en termes de médicaments, à savoir que l'on ne fait pas de benzodiazépine à une personne âgée puisque cela lui donne des troubles cognitifs post-opératoires, quelle que soit d'ailleurs la durée d'hospitalisation.

Il faut traiter cela au cas par cas. Le fait que le patient sorte le soir seul... C'est seul au domicile, car nous avons dit qu'il doit être accompagné pour son retour. On ne le laisse pas tout seul dans les transports, même s'il ne prend que le bus, car il est capable de se perdre. Ce n'est pas incompatible avec la sécurité du patient.

Dr Béatrice VINSON-BONNET, praticien hospitalier CHI Poissy St Germain- Je remercie l'ANAP de nous avoir invités, je dois dire que nous sommes encore surpris d'avoir été invités ! Nous n'en revenons pas d'avoir été repérés comme un bon établissement. L'établissement est donc Poissy et Saint Germain, qui est devenu Poissy St Germain.

Cet hôpital a été la première fusion française il y a 15 ans, mais c'était une fusion administrative. La fusion médicale s'est faite très progressivement, avec un service d'ambulatoire qui avait commencé à exister il y a plus de dix ans en ORL sur le site de Saint-Germain-en-Laye et un service d'ambulatoire qui a commencé à exister à Poissy en 2009.

C'est à l'occasion de cette fusion que, petit à petit, les chirurgiens partant à la retraite, l'anesthésiste partant lui aussi à la retraite, les services étant tous en doublon ont pu fusionner. C'est depuis deux ans environ qu'il y a un seul service de chirurgie par spécialité et d'anesthésie commun pour les deux sites.

Ces deux sites sont séparés de 7 km, un site en centre ville et un site en bordure d'autoroute, au milieu des vergers de Chambourcy, avec toujours des embouteillages entre les deux. Il a été assez compliqué d'arriver à fusionner, cette contrainte bi-site est la première. Il fallait réfléchir à la façon de réinvestir ces structures, puisque celle de Saint-Germain était déjà assez organisée sur du programmée, celle de Poissy était le gros centre qui acceptait toutes les urgences des Yvelines Nord.

Nous avons décidé de faire un centre plus lourd et un centre plus léger pour voir si les médecins, les soignants pourraient un jour travailler ensemble, se croiser, s'entendre. Nous avons cherché le projet qui permettrait de fédérer les soignants, à défaut de l'administration.

Pendant tout ce temps, nous avons bâti un vrai projet médical, celui de construire un seul et unique hôpital à Chambourcy, les politiques étaient d'accord, les terrains ont été achetés, et un mois après, M. Evénin a dit que cet hôpital était trop cher et que le projet était terminé. Nous nous sommes retrouvés avec nos deux structures, effondrées, énervées, dans l'adversité complète. Comme les médecins aiment se rebeller, cela nous a peut-être fédérés sur un projet, qui était la chirurgie ambulatoire.

Nous l'avons fait avec une direction qui nous a proposé d'être accompagnés par l'ARS et un chef de pôle, qui est le chef de service d'anesthésie, qui a proposé au Dr Solus, anesthésiste, et à moi-même, qui suis chirurgien viscéral, d'être toutes les deux référentes et pilotes du projet. A l'époque, la cadre actuelle bi-site n'était pas encore arrivée dans le service.

Cet accompagnement qui a été motivé par la directrice des affaires médicales à l'époque nous a permis de structurer nos démarches et d'apprendre ce qu'est le management, puisque c'est bien ce que c'est, de l'organisation, et essayer de faire du « one to one » : chacun est allé rencontrer les chirurgiens, les anesthésistes, les cadres, pour leur dire que l'ambulatoire était l'avenir, une façon de penser, une performance, un challenge.

Nous avons demandé aux chirurgiens s'ils se sentaient capables de cette performance, aux anesthésistes nous avons dit que grâce au « fast-track » les patients se remettraient très vite et que nous allions gérer ensemble la douleur post-opératoire.

C'est vraiment sur le chantage à devenir les meilleurs que l'on arrive à faire avancer les choses.

Notre trio a fonctionné petit à petit, nous avons organisé des réunions avec les chefs de service, cela a tout de suite pris, le sujet était forcément bon. Les gens ont tout de suite adhéré, mais sans forcément s'y impliquer totalement, évidemment.

Notre première démarche, aidée par l'ARS, était d'identifier et d'avoir un référent ambulatoire dans chaque spécialité chirurgicale, qui soit l'interlocuteur auquel on transmet toutes nos démarches, en particulier les demandes de protocoles, d'ordonnances pré-établies, que l'on tient au courant de toutes les nouveautés sur les actes ambulatoires, pour faire rediffuser l'information et de rendre la chose attractive.

Nous avons distribué un questionnaire qui a permis de faire réfléchir chacun des intervenants sur son opinion sur l'ambulatoire et sur sa volonté d'y adhérer ou pas. C'était déjà une façon de lui demander d'y adhérer.

Par la suite, nous avons travaillé sur un interrogatoire plus précis sur les actes.

Mme Céline BURKHARDT, cadre de santé CHI Poissy St Germain - Nous avons demandé à tous les chirurgiens de répertorier les pathologies qu'ils prenaient en ambulatoire, la durée opératoire qu'ils estimaient et la durée d'hospitalisation dans l'unité, ce qui nous a permis de déterminer les flux.

Nous avons aussi profité de ce temps pour récupérer toutes les ordonnances données aux patients, les préparations avant et les ordonnances de sortie, avec toutes les informations aux patients, pour recenser tout ce qui se faisait sur l'établissement.

Comme nous sommes deux sites différents avec deux histoires différentes, avec aussi des chirurgiens ayant leurs historiques personnels, nous avons retrouvé énormément de documents. Mon gros travail a été de réunir tout cela pour uniformiser les choses sur les deux sites et sur les deux unités, puisque nous avons une grosse unité de 16 places sur Saint-Germain et une petite de 4 places à Poissy.

Dr Béatrice VINSON-BONNET, praticien hospitalier CHI Poissy St Germain - L'orientation que nous avons prise sur les deux sites est que l'ambulatoire existait déjà et était bien développée sur un site, mais c'était de la chirurgie de jour, et il a fallu faire évoluer les gens sur le fait qu'il y avait des flux de durées différentes et que la chirurgie ambulatoire n'était pas la chirurgie de jour.

Sur l'autre site, la chirurgie ambulatoire était au contraire de la performance pour savoir quels malades on allait substituer en ambulatoire, en particulier en viscéral, en cherchant comment amener la vésicule voire la chirurgie bariatrique à devenir un jour ambulatoire.

Le site léger est celui de Saint-Germain, le site lourd est celui de Poissy, avec la problématique chez les chirurgiens qui font encore un peu plus de lourd que de léger de croire que le lourd qui passe en ambulatoire est un peu une sous-chirurgie. Nous avons encore un peu de difficulté de management et c'est là que nous aimerions que quelqu'un comme le Pr Triboulet puisse intervenir sur notre site, pour expliquer que l'on peut être un très grand chirurgien qui fait de la chirurgie ambulatoire.

Mme Céline BURKHARDT - Nous avons effectué une cartographie des actes en ambulatoire, puisque nous avons été très surpris lors des réunions où nous avons convoqué chaque référent ambulatoire. Nous avons nommé un chirurgien référent ambulatoire par spécialité chirurgicale, après les échanges et au vu des questionnaires. Ils étaient tous volontaires.

Nous avons effectué une cartographie avec les résultats des travaux : chaque chirurgien référent devait récolter dans son service les ordonnances et les temps de séjour estimés en ambulatoire.

Cela nous a permis de déterminer trois périodes de séjour :

- moins de trois heures, ce qui permettait d'espérer trois patients par place et par jour,
- de trois à cinq heures, deux patients par place et par jour,
- plus de cinq heures pour la chirurgie ambulatoire plus lourde, avec un patient par place et par jour.

Nous leur demandions un but à plusieurs années, de pouvoir atteindre en moyenne deux patients par place et par jour. Nous sommes en train de réaliser un énorme travail de rédaction des formulaires d'information pour les patients, avec des livrets de consultation d'anesthésie, où le chirurgien marque l'intitulé de l'intervention et stipule si c'est de l'ambulatoire (le but est que ce soit automatique et que la question ambulatoire soit déjà présente dès l'intitulé de l'intervention). On demande au chirurgien s'il estime que ce sera un ambulatoire de moins de trois heures, de trois à cinq heures ou de plus de cinq heures, pour bien différencier les flux.

A chaque staff chirurgical hebdomadaire, on demandait au chirurgien référent de demander au chirurgien qui allait effectuer un acte potentiellement réalisable en ambulatoire si cet acte était envisagé en ambulatoire ou pas.

C'est ce que nous sommes en train de mettre en place, avec un renfort anesthésiste. Un anesthésiste est présent à chaque staff chirurgical. L'équipe anesthésique et le chirurgien référent pose la question quand ce n'est pas stipulé.

On commence à voir un changement de comportement, après quelques mois de pratique.

Le programme du bloc opératoire de la semaine suivante est analysé par un médecin anesthésiste, qui répertorie tous les actes potentiellement réalisables en ambulatoire d'après la liste donnée par les chirurgiens eux-mêmes.

Les chirurgiens qui ne précisaient pas précisent désormais d'emblée si tel geste n'est pas possible en ambulatoire, ou tel patient. Il y a déjà un changement de mentalité, puisque c'est désormais de l'ambulatoire par défaut, alors qu'avant c'était potentiellement de l'ambulatoire.

Tous les chirurgiens n'arrivent pas à ce comportement, mais certains adoptent cette attitude.

L'autre avantage est que cela nous permet aussi de voir les « forains » et de les recruter. Ils étaient hospitalisés dans l'unité de chirurgie gynécologique, c'est un acte réalisable en ambulatoire et nous allons engager toute une démarche administrative, avec appel infirmier et information patient du changement du lieu d'hospitalisation, information des pré-admissions. C'est tout le parcours à partir du moment où l'acte prévu en chirurgie conventionnelle est accepté en ambulatoire par le chirurgien et l'anesthésiste.

Ce n'est pas encore accepté par tous les chefs de service et les chirurgiens. Certains sont complètement favorables à cette attitude, d'autres sont beaucoup plus réfractaires.

Dr Hélène SOLUS, anesthésiste CHI Poissy St Germain - Nous avons également réorganisé notre unité sur le site de Saint-Germain, pour favoriser l'attraction des patients et l'attraction médicale. Nous essayons de valoriser la salle de remise à la rue. Nous avons une demande de certains chirurgiens de revoir leurs patients avant la sortie, mais ce n'était pas possible s'ils étaient en salle de remise à la rue, entre autres pour la gynécologie ou l'orthogénie.

Nous avons donc créé une salle d'examen pour qu'ils puissent revoir leurs patients sans que cela nous bloque un lit. Nous avons aussi instauré dans l'unité un bureau pour le chirurgien présent en ambulatoire ce jour-là. Comme nous sommes sur deux sites, certains chirurgiens ont des bureaux à Saint-Germain, d'autres à Poissy. La demande des chirurgiens qui venaient opérer en ambulatoire sur Saint-Germain était de pouvoir se poser pour travailler.

Nous avons donc instauré dans l'unité un bureau ambulatoire pour les chirurgiens, tous confondus. Ils viennent le matin prendre la clé, ils ont accès à un ordinateur, à un vestiaire et ils peuvent travailler. L'avantage est qu'ils sont sur les lieux et que nous pouvons aller les voir quand c'est nécessaire.

Nous avons aussi instauré sur la demande du chef de pôle deux référents, anesthésique et chirurgical, et nous leur avons créé dans l'unité un bureau pour qu'ils puissent venir travailler. Cela permet un plus grand dialogue avec l'équipe paramédicale et moi-même et on peut avancer beaucoup plus facilement sur les travaux.

Nous avons donc fait un travail de rédaction d'ordonnance type, puisque chacun avait son ordonnance. On est encore en plein travail mais nous avançons petit à petit sur des ordonnances communes à tous les chirurgiens viscéraux, ORL, ophtalmo, sur les deux sites.

Nous avons aussi organisé la consultation post-chirurgicale, avec de quoi donner les informations au patient, qui peut partir avec son document, avec la date de son rendez-vous ou au moins un numéro pour prendre son rendez-vous. Il sait sur le papier quel temps il lui faut pour avoir son rendez-vous.

Les recommandations de sortie ont été réécrites pour beaucoup, c'est encore en cours.

Nous travaillons aussi sur les douches pré-opératoires, nous faisons un gros travail sur la nécessité ou pas de donner une douche le matin à l'arrivée des patients, et pour quelle spécialité. C'est un travail de fond, puisque jusqu'à maintenant la politique était de prendre la douche le matin obligatoirement avant d'aller au bloc opératoire.

Dr Béatrice VINSON-BONNET - Pour fédérer les équipes et les stimuler, puisque dans le système public les anesthésistes ne sont pas toujours aussi enclins à une prise en charge ambulatoire que dans le système privé, nous avons trouvé avec Hélène une façon de les attirer en travaillant sur des protocoles de qualité de post-opératoire, en particulier nous avons choisi la dysurie après les hernies et la chirurgie hémorroïdaire, en établissant un protocole avec le BladderScan à différentes étapes. C'est une façon de les intégrer à des protocoles de prise en charge péri-opératoires plus optimisés.

Dr Gilles BONTEMPS - C'est un retour d'expérience assez intéressant : vous voyez que sous une contrainte maximale, une intelligence collective rassemblant un chirurgien, un anesthésiste et un cadre de santé a pu dépasser cette contrainte.

Combien de directeurs avez-vous eus en six ans ?

Dr Béatrice VINSON-BONNET - Nous en avons eu 4 et le directeur actuel est là pour deux ans.

Dr Gilles BONTEMPS - Vous voyez qu'il y a un besoin d'une démarche très volontariste pour pouvoir avancer.

Dr Vincent BASSELER, médecin AHNAC - Je suis médecin anesthésiste et coordinateur médical d'une des cliniques de l'AHNAC MCO, la polyclinique à Divion. Je vais vous parler des démarches de substitution que nous avons proposées aux chirurgiens pour les accompagner dans le passage des actes qui étaient avant en hospitalisation conventionnelle et qui sont passés en ambulatoire.

Nous avons construit une clinique il y a 5 ans et c'était un choix de la direction de l'époque de faire un système contraint : nous avons doublé notre plateau technique, augmenté les urgences qui sont passées de 10 000 à 25 000 dans le plateau des urgences, sans augmenter les lits d'hospitalisation. Le seul moyen de développer l'activité consistait à développer l'ambulatoire.

Quand nous avons voulu imposer aux chirurgiens de passer des chirurgies en ambulatoire, ils trouvaient toujours une bonne raison pour ne pas le faire, car ils aiment bien avoir leurs patients sous la main, cela les sécurise.

Nous avons donc décidé de partir sur une autre méthode et de discuter. Il y a donc des discussions entre l'opérateur et l'anesthésiste, qui décide, sur les pathologies à passer en ambulatoire. J'en fais une à la fois, je change de chirurgien, je choisis dans l'équipe le chirurgien le plus volontariste pour qu'il donne l'exemple, ensuite les autres se mettent généralement à le faire.

Je vais le voir, nous discutons, nous parlons des techniques et des pathologies à prendre en charge, et nous adaptons les protocoles. Tout le monde s'y met, aussi bien les infirmières que le chirurgien, l'anesthésiste, nous adaptons les protocoles, le brancardage.

On fait aussi « comme si » : nous prenons les patients du chirurgien en ambulatoire mais en les gardant une nuit, mais comme s'ils étaient en ambulatoire, suivant le même protocole. Le patient arrive le matin à jeun, il est pris en charge en ambulatoire, il va à pied au bloc opératoire, il est déperfusé en fin de bloc opératoire, il a un traitement pour son analgésie, il est réalimenté, tout comme en ambulatoire, mais on le garde une nuit. Cela permet au chirurgien de voir que le lendemain matin, quand il passe, le patient lui dit qu'il aurait été mieux chez lui.

Il y avait du vent qui passait par la fenêtre, l'infirmière n'a pas arrêté de le déranger, il aurait été mieux chez lui ! Une fois que le chirurgien a compris cela, on peut commencer à sélectionner les patients qui ont le plus de chances de succès pour que cela se passe bien.

Ils sont programmés toujours en premier au bloc opératoire, ils ne sont pas pré-médiqués, ils le sont si besoin dans les salles d'induction. Nous avons modifié les techniques chirurgicales et anesthésiques pour faire de l'ambulatoire, la surveillance est identique à l'ambulatoire, avec lever, score d'aptitude, prise d'antalgiques. Nous avons plusieurs protocoles d'analgésie en fonction de la chirurgie ambulatoire.

Ils sont revus par l'opérateur et l'anesthésiste qui réévalue : peut-être n'y avait-il pas assez d'analgésie, peut-être la réalimentation était-elle trop hâtive, peut-être la prévention des nausées et vomissements n'était pas assez importante... tout cela fait l'objet d'intégration dans les apprentissages et de retour d'expérience.

Ensuite, on prend un patient, ASA 1 ou ASA 2 (ASA : classification des malades chirurgicaux établis par l'American society of anesthesiologists, en fonction de leur état avant intervention), chirurgie standard, une personne assez jeune, pas grosse, on choisit avec soin pour le premier. Ce jour-là, je passe deux jours avant, j'informe les infirmières du protocole mis en place, qui n'est pour l'instant pas écrit. Le jour de la première vésicule, de la première arthro d'épaule, on renforce l'ambulatoire d'une infirmière, pour qu'il n'y ait pas de stress sur le personnel à cause de nouvelles pathologies qui arrivent sur l'ambulatoire. Il faut s'occuper de ce patient, mais aussi de tous les autres qui sont dans le service. Pour le premier patient, on renforce donc le personnel d'ambulatoire.

Nous avons ensuite des appels le lendemain à J+1, nous voyons si le patient a mal, ses analyses de satisfaction, nous demandons si cela s'est bien passé. Nous attendons que le chirurgien l'ait revu en consultation post-opératoire et qu'il nous ait donné ses impressions.

On échelonne à nouveau le protocole, on le modifie un peu si besoin, et on fait une nouvelle série de patients sélectionnés, toujours ASA 1 et 2 au départ, pour ensuite écrire un protocole et passer en mode réglé.

C'est ainsi que nous avons passé tous nos patients en ambulatoire. Sur nos 18 gestes marqueurs, nous sommes tous au taux cible, nous en sommes aux 18 autres et nous faisons des types de chirurgie qui ne sont pas forcément dans les gestes marqueurs, parce que nous pensons que c'est bien.

Il y a un frein dans ce passage de la chirurgie conventionnelle à la chirurgie ambulatoire, c'est parfois le directeur, parce qu'il faut un impact financier. Quand on décide de passer quelque chose en ambulatoire, le tarif le rebute. Cela va peut-être commencer à changer.

Les facteurs du succès pour une telle démarche sont une transition préparée, la technique chirurgicale et anesthésique sont adaptées, on choisit bien les patients, on forme les soignants et on vérifie l'équilibre économique. La transition est graduée par essais successifs, on n'essaie pas de braquer un chirurgien, on l'amène à ce que ce soit pour lui la référence et que l'hospitalisation devienne le recours.

On valide la prise en charge, on rassure tous les acteurs, on essaie de juguler et de juger sur résultat. On communique fréquemment avec tous les acteurs, je passe à la viscérale, ensuite je vais m'attaquer aux gynécos, puis je reviens vers les ortho... cela varie les équipes qui ont le temps de digérer à chaque fois.

Des indicateurs qualité fonctionnent en permanence dans le service d'ambulatoire, aussi bien en pré-opératoire qu'en per-opératoire ou en post-opératoire, avec des appels systématiques du lendemain, aussi bien pour la douleur que pour une notation de la prise en charge par les patients, en leur demandant s'ils auraient préféré dormir, s'ils ont mal, s'ils ont des nausées, s'ils ont vu leur médecin traitant, s'ils sont contents... Cela permet de réadapter parfois les protocoles anti-douleurs.

C'est d'ailleurs ce qui m'a amené récemment à réadapter tous les protocoles d'analésie, parce qu'on est passé de l'ambulatoire léger, voire moyen, à de l'ambulatoire lourd, et nous avons modifié notre protocole d'analésie.

Le processus est commun à tous les gestes et à toutes les disciplines.

Dr Gilles BONTEMPS, directeur associé Anap - Finalement, la contrainte est-elle le seul levier de l'ambulatoire ?

M. Jean-Claude GRATTEPANACHE, Directeur de la polyclinique à Divion du groupe AHNAC.- Je suis un collaborateur de Franck Basseler qui vient d'intervenir. Je suis l'affreux directeur qui a freiné à un certain moment le développement de l'ambulatoire, ce n'est plus le cas aujourd'hui puisque les tarifs se sont alignés.

Cela a été aussi et surtout une démarche volontariste. Cette démarche s'inscrivait dans le cadre de la reconstruction d'un établissement et, comme le disait le Dr Basseler, nous avons doublé le plateau technique mais doublé les capacités. L'activité s'est donc fortement développée. Nous voulions bien sûr développer l'ambulatoire, le projet a été pensé comme tel par les professionnels et les acteurs qui l'ont conduit.

En contraignant par la capacité, il y a eu un double effet : une démarche volontariste, mais contrainte par l'incapacité de prendre en charge autrement les patients. Le Dr Basseler qui en est le référent a été très incitatif, même si à certains moments la politique tarifaire n'était pas particulièrement incitative.

Participant.- J'aurais une réaction sur l'approche systématique du processus de substitution. La chirurgie ambulatoire reste passionnante parce qu'elle est avant tout source de progrès, avec tout ce qui a été fait pour vous permettre de substituer, il n'y a pas que la contrainte, mais tout simplement aussi l'intérêt professionnel de tous les praticiens, chirurgiens et anesthésistes, celui de faire mieux.

Dr Gilles BONTEMPS, directeur associé Anap - La question est de savoir si la chirurgie ambulatoire peut se développer sans une contrainte à un moment donné, qui fait que l'on trouve un levier par rapport à ce développement ?

Dr Vincent BASSELER - On fait passer un chirurgien d'une unité, et en fin de compte, une fois qu'on l'a fait, cela devient un point fort. Les autres chirurgiens voient que le premier font leurs vésicules en ambulatoire, que des patients vont voir ce chirurgien parce qu'il fait de l'ambulatoire et pas eux. Cela crée une émulation dans l'équipe et dès qu'on a réussi à convaincre un chirurgien d'y passer, tout le reste de l'équipe y passe très rapidement.

C'est aussi un produit d'appel. Je travaille dans une région de niveau socio-économique très bas, au fond de la rocade minière, et les gens sont demandeurs de rentrer chez eux pour s'occuper des enfants. Du moment qu'on leur propose une qualité, une prise en charge de la douleur et qu'on ne les laisse pas abandonnés dans la nature, ils sont demandeurs.

Dr Béatrice VINSON-BONNET, praticien hospitalier CHI Poissy St Germain - Je suis tout à fait d'accord. Cette démarche fonctionne d'autant mieux que les soignants se l'approprient. Je ne suis en revanche pas du tout contente quand on est mis en MSAP, cela m'énerve au plus haut point, ainsi que mes collègues. Parfois, j'ai l'impression que cela va à contresens de tout le travail positif que nous faisons sur le terrain.

Nous avons des adhésions progressives, mois par mois, c'est une démarche dont les médecins sont fiers du résultat, parce qu'ils ont un retour, les soignants aussi, et quand on nous met sous contrainte et qu'il faut appeler la Sécurité Sociale pour savoir si l'on a le droit de ne pas faire ce patient ASA 3 en ambulatoire et que l'on attend que la personne ait pris son café pour nous répondre... J'ai vécu des choses assez désagréables sur les hernies, les varices, je sais que cela va continuer et c'est très mal vécu.

Ne peut-on pas montrer que nous faisons tout ce qu'il faut, et qu'on nous laisse tranquille un peu ?

Mme Anne-Sophie NEIRINCK, déléguée à la stratégie médicale CHRU de Lille - Je suis en charge du projet de développement de l'ambulatoire. Nous sommes peut-être dans une situation de contrainte aujourd'hui, puisqu'on nous demande de développer notre activité aujourd'hui, en maîtrisant le programme Capacitar ; en revanche nous avons développé l'ambulatoire depuis plusieurs années sans aucune contrainte, à mon sens.

Nous avons eu la chance d'avoir des pionniers motivés pour développer l'ambulatoire, plutôt en innovation en première intention, qui sont toujours restés motivés, quel que soit le niveau de soutien de la direction générale et de la présidence de CME, qui pouvait fluctuer suivant les années.

La chance que nous avons aujourd'hui est que l'ambulatoire est désormais rentrée dans une démarche institutionnelle, depuis quatre ou cinq ans. C'était un projet stratégique il y a quatre ans, cela figure aujourd'hui en tant que tel dans notre projet d'établissement et, en déclinaison du projet d'établissement, un projet institutionnel de développement de l'ambulatoire s'est mis en place, avec un référent administratif, un référent médical, avec le soutien de Jean-Pierre Triboulet, l'identification comme à Poissy de référents ambulatoires par spécialité.

Le fait que ce soit inscrit comme une priorité institutionnelle constitue vraiment un levier pour que les gens évoluent, chacun à son rythme car nous voulons aussi que ce soit une démarche volontariste, mais cela fait vraiment beaucoup changer les choses.

Dr Claude ECOFFEY, expert - Je reviens sur la contrainte. Je suis dans un CHU avec toutes les spécialités chirurgicales. Il y a eu des restructurations au fil du temps. Des services n'ont pas bougé, d'autres ont dû se déplacer, ont été mis dans un autre bâtiment, ont vu leur service refait, en perdant des lits d'hospitalisation classique à l'occasion.

Au bout de dix ans, on voit que les spécialités qui ont eu le moins de lits sont celles qui font le plus d'ambulatoire. A un moment donné, je ne suis pas sûr que l'on puisse s'affranchir de la contrainte.

Le but de la DGOS et des politiques est tout de même de réduire in fine le nombre de lits d'hospitalisation classique, tout en faisant la même activité chirurgicale, voire en participant à la progression avec le vieillissement. Je pense que l'on est obligé d'avoir une petite contrainte.

Je suis d'accord avec Béatrice, la MSAP agace tout le monde car c'est assez compliqué à mettre en route.

Pour la gestion des lits, je ne suis pas sûr que l'on puisse faire l'économie de fermer des lits, ensuite il y a des questions sans fin sur le nombre. Fermer même 5 lits, ce n'est pas énorme, mais cela peut débloquer l'ambulatoire.

Nous avons un vrai problème en ORL, ce n'est pas une spécialité où l'on ne peut pas faire d'ambulatoire, mais ils ont le même nombre de lits depuis très longtemps et si l'on ne réduit pas le nombre de lits, ils ne feront pas d'ambulatoire.

M. François GAUTHIEZ, Directeur du centre hospitalier de Saint-Quentin - En ce qui concerne l'établissement, le mot de contrainte ne me va pas. Il y a un contexte. Nous sommes dans un établissement où jusqu'alors, la démarche s'est déroulée sur un mode assez volontariste et cela s'est plutôt bien passé.

Les gens de l'ANAP qui sont venus chez nous nous ont dit que nous étions à un palier et que si nous voulions continuer à progresser, il faudrait faire bouger un certain nombre de choses.

Le problème capacitaire n'est pour moi pas une contrainte, c'est l'enjeu positif que je peux mettre en horizon pour les chirurgiens. Ils veulent des chambres à un lit, des services rénovés, je suis d'accord avec eux. Entre les contraintes que nous avons tous sur l'investissement, avec les difficultés d'accès à l'emprunt bancaire, même pour un établissement dans une situation financière saine, plus certaines autres réalités, je ne peux pas leur promettre, étude médico-économique à l'appui, de faire une unité d'hospitalisation supplémentaire ou de déplacer tout le monde pour transformer les chambres à deux lits en chambres à un lit.

Par conséquent, à partir du moment où ce n'est pas possible et où ils le savent, et où d'un autre côté nous avons fait preuve jusqu'alors d'un bon dynamisme dans ce domaine, j'ai dit à tout le monde que la voie d'aboutissement de ce qu'ils souhaitaient sur le plan qualitatif pour le séjour de leurs patients qui resteront en hospitalisation traditionnelle passait par la continuation de ce que nous avions plutôt bien fait jusqu'à présent en ambulatoire. Le développement doit se poursuivre.

C'est une contrainte si l'on veut, je pense que c'est plutôt un enjeu positif. Il y a une récompense au bout par rapport à certains objectifs partagés que nous avons, mais que l'on ne peut pas se payer

immédiatement.

Ce n'est pas péjoratif, non seulement la chirurgie ambulatoire est intéressante pour toutes les raisons que nous avons évoquées aujourd'hui, mais elle peut aussi être un levier pour aboutir à un mieux pour ce qui restera d'hospitalisation complète.

Dr Béatrice VINSON-BONNET - Le développement de la chirurgie ambulatoire dans vos établissements vous a-t-il permis d'augmenter le nombre de chambres seules et de diminuer votre personnel paramédical ? Y a-t-il déjà un effet, avez-vous pu l'évaluer positivement ?

Dr Gilles BONTEMPS - Je vais même plus loin : la chambre seule est-elle la réponse à l'ambulatoire, par rapport au débat que nous avons eu ce matin sur la gestion des flux ?

M. François GAUTHIEZ - Je ne me prononcerai pas sur cette dernière question, mais par rapport au souhait des chirurgiens, cela a déjà permis d'amorcer des choses dans ce sens, pas à l'échelle souhaitée mais c'est un début. C'est un élément qui a déjà joué dans ce sens, mais dont tout le monde n'a pas encore été bénéficiaire.

Participant.- Pour faire simple, l'unité d'hospitalisation traditionnelle est à 100 % de personnel, une unité hebdomadaire est à 60 % de personnel, et une unité ambulatoire est à 40 %.

Dans mon établissement, il a fallu brutalement trouver de l'argent à cause de la campagne budgétaire, nous avons transformé l'unité traditionnelle après.

La récupération du nombre de lits traditionnels a permis de faire passer des services de 28 lits à des services de 22 lits, avec la création de 8 chambres seules dans chaque unité. Les chirurgiens en sont très contents. On transforme une réelle contrainte, la diminution de lits, en un bénéfice, l'apparition de chambres seules.

M. Pascal FORCIOLI, Directeur général de l'AHNAC - Le développement de l'ambulatoire fait évidemment partie de l'amélioration de l'efficacité hospitalière. Pour développer ce que vient de dire à l'instant même l'expert national, une infirmière 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, c'est 5,3 postes. Une infirmière sur 8 heures, cela fait 1,3 poste, remplacement compris. Une infirmière sur une plage de 12 heures, cela tourne à moins de 2. Il y a déjà une économie par ce biais.

Il est certain que les agences régionales de santé, qui contractualisent avec nous dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, nous fixent un objectif non seulement par rapport au référentiel national, mais aussi par rapport à leurs propres objectifs régionaux de développement de l'ambulatoire de la région par rapport au référentiel national, et déclinent établissement par établissement.

Il y a donc aussi cette attente d'efficacité de l'ARS, parce que cela doit se traduire derrière dans une moindre consommation de masse salariale. Pour moi, dans un établissement ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif) comme le mien, qui sort de grandes difficultés mais qui est encore un peu englué dans le limon, la réduction de la masse salariale est un impératif, le développement de la chirurgie ambulatoire est donc aussi un impératif.

Je ne parle même pas du fait que, me plaçant du point de vue du patient, autant avec un vécu personnel que par mon entourage, j'ai toujours considéré que l'on pouvait assurer une prise en charge de qualité extrêmement bonne sur un mode ambulatoire avec un retour au domicile le soir.

Dr Guy BAZIN, expert - En fonction de ce que l'on vient d'entendre, il y a plusieurs types de contraintes.

Il y a une contrainte pas très bien vécue, c'est la contrainte institutionnelle, la MSAP, qui théoriquement devait servir initialement comme levier pour décoller la chirurgie ambulatoire. La question qui se pose est de savoir s'il faut la maintenir. En principe, elle est aggravée. Cela signifie que dans l'esprit des institutionnels, nous n'avons pas suffisamment développé la chirurgie ambulatoire.

Parallèlement, la contrainte capacitaire est une bonne contrainte locale. A partir du moment où l'on diminue le nombre de lits d'hospitalisation traditionnelle, cela développe l'ambulatoire.

Comment faire une MSAP d'un côté sur le plan institutionnel et laisser des structures d'hospitalisation dont certaines ont 70 ou 80 % de taux d'occupation et un potentiel suffisant ? Il faudrait d'abord les supprimer. Institutionnellement parlant, la première des démarches n'est-elle pas de supprimer ce qui est déjà en trop ? Ce n'est pas fait et n'a jamais été fait.

Je me souviens encore en tant que pionnier, quand Gilles Johanet (ancien directeur de la CNAMTS) disait qu'il voulait bien faire de la chirurgie ambulatoire mais qu'il fallait commencer par fermer des lits, tout le monde s'est mis à hurler. Finalement, il avait raison. 20 ans après, nous sommes dans une situation quasiment identique.

Il y a donc une contradiction institutionnelle qui fait que d'un côté, on met un bâton, et que de l'autre côté, on laisse une expansion. C'est tout de même bizarre !

Un autre aspect très important est qu'il ne faut pas casser la dynamique des acteurs de première ligne. Nous sommes frappés par les personnes qui viennent témoigner aujourd'hui : il y a des médecins, bien sûr, mais le fond du problème, c'est bien le personnel infirmier, les cadres, qui ont pris en charge l'ensemble du système, sans en avoir forcément les moyens en termes de représentativité ou de pouvoir, sauf à Rothschild où l'on protège le régulateur. La dynamique centrale est bien sur les acteurs de première ligne et il ne faut pas les abîmer, ce qui n'est pas toujours le cas.

La contrainte est une chose, c'est certain, mais de l'autre côté, c'est notre rôle d'experts de faire des recommandations qui ne puissent pas briser la dynamique des acteurs de première ligne. C'est fondamental.

De toute façon, il y a des contraintes partout. Monsieur disait qu'il n'y avait pas de contrainte : si, c'est une contrainte, ou plutôt une carotte, mais cela reste défini sous la forme d'une contrainte. Il y a toujours une contrainte quelque part qui conduit à passer par l'ambulatoire pour obtenir une chose ou une autre. C'est une dynamique de détournement pour ne pas subir quelque chose que l'on ne veut pas.

Chez vous, c'est très particulier, car vous êtes depuis des années sous la contrainte administrative pure de l'ARS, vous êtes en train de vous débrouiller dans votre affaire, et votre contrainte était finalement la survie. Aussi longtemps que l'on ne laissera pas les acteurs de première ligne se débrouiller tout seul, face à leur environnement propre, je pense que l'on n'arrivera pas à développer et à monter d'un cran supplémentaire en chirurgie ambulatoire.

Dr Gilles BONTEMPS - La contrainte peut être de différente nature, institutionnelle, financière, architecturale, ou même démographique. Un élément essentiel est que la contrainte s'est imposée, mais que vous l'avez tous dépassée, avec des éléments de levier pouvant revêtir différentes formes.

M. François GAUTHIEZ - Je n'ai pas dit qu'il n'y avait pas de contrainte, j'ai dit que notre travail de directeur était de savoir, face aux contraintes, dont mon bureau est rempli, sortir de tout cela où sont les leviers positifs. Je dis que pour les chirurgiens, j'ai un levier positif sur lequel j'essaie de m'appuyer.

De la même façon, pour le personnel, on a dit tout à l'heure qu'il fallait faire très attention à la manière dont le personnel devait être accompagné et formé pour être au niveau d'exigence de cette spécificité de l'activité ambulatoire. Il est très clair que notre directeur des soins n'a aucun problème de recrutement, il a une grosse file d'attente de soignants pour l'ouverture d'un futur hôpital de jour d'oncologie. De même, elle n'a jamais aucun problème quand un poste se libère en chirurgie ambulatoire. Il y a bien des raisons.

Il y a donc un levier positif. Je pense que les gens qui font une journée réglée, qui ont des horaires plus réguliers que leurs collègues dans des services d'hospitalisation complète, y trouvent aussi leur compte et ne sont pas plus abîmés que leurs collègues.

Il faut faire très attention à ne pas parachuter les gens dans l'ambulatoire sans qu'ils y soient préparés et sans que l'on ait vérifié leurs aptitudes, mais il y a tout de même un vrai intérêt ressenti par les personnels.

On peut toujours essayer de trouver les leviers positifs, il en existe quelques uns.

Quant à l'aspect sur la masse salariale, c'est une évidence.

Participant - Je voudrais rapporter l'expérience que nous avons à Poissy pour des contraintes budgétaires et de réorganisation des unités. Il y a quelques années, on a fait le choix de remonter l'unité d'ambulatoire qui avait été construite et conçue spécialement. Elle est montée dans un service de médecine. On est passé d'une quinzaine de lits à 23, avec toujours l'autorisation de 16 places d'ambulatoire.

Pour l'équipe soignante, on a 23 lits physiques. Pourquoi s'embêter à doubler les lits, à se dépêcher de faire sortir les patients, à motiver les patients et les chirurgiens à venir faire les sorties, puisque les lits ne sont pas occupés ?

Aujourd'hui, on nous a demandé de libérer ce service de médecine pour réintégrer nos locaux d'ambulatoire. Depuis le mois d'août ou septembre, nous avons rouvert à 16 lits et l'équipe est de nouveau dans le dynamisme de réfléchir à la façon d'accompagner les patients vers la sortie le mieux possible.

Je suis assez persuadée de ces contraintes architecturales de lits : plus on a de lits, moins on bouge. Pour l'ambulatoire, je pense que de petites unités sont très favorables à la dynamique d'équipe, aussi bien médicale que paramédicale.

M. Stéphane ROBIN, Directeur des soins à Médipôle Garonne, Toulouse.- L'établissement a eu à subir des contraintes de places, puisqu'il a été créé en 2010 et a entraîné un recrutement de nouveaux praticiens, avec une augmentation assez importante du nombre de patients. Cela nous a contraint à passer de plus en plus de prises en charge en ambulatoire.

Cela a été un réel catalyseur pour lancer la dynamique de prise en charge en ambulatoire.

Nous avons d'autres contraintes par la suite, déjà abordées, notamment les mises sous accord préalable qui ont vraiment un effet positif : j'en veux pour preuve qu'une des pathologies qui a été mise pendant six mois en MSAP et qui depuis ne l'est plus a vu son taux de prise en charge ambulatoire diminuer de 5 %. La levée de cette contrainte a enlevé une diminution de l'effort.

En essayant de chercher les raisons de la diminution de l'effort, nous avons identifié un levier que nous devrions mieux activer : des praticiens nous disent que, face à des patients qui refusent l'ambulatoire en première intention, cela nécessite toute une information au patient, qui prend de l'énergie et du temps, chose que les praticiens n'ont pas forcément lors de la consultation. Une idée est donc de développer de plus en plus des séances d'éducation du patient, de manière collective, en réunissant différents patients qui vont bénéficier d'une intervention similaire afin de leur expliquer l'ensemble du processus de prise en charge ambulatoire et de les informer sur l'ensemble des différentes étapes dont ils vont bénéficier, afin d'avoir des patients de plus en plus actifs dans leur séjour et leur prise en charge en ambulatoire.

Dr Béatrice VINSON-BONNET - Je rebondis sur votre intervention pour la délégation de consultation d'infirmière. Comme il y a eu la consultation d'annonce par les infirmières pour le cancer, j'aimerais qu'il y ait aussi une consultation d'organisation d'hospitalisation pour les infirmières. Une fois que nous avons informé le patient sur l'intervention, sur les suites opératoires, sur la prise en charge de la douleur, sur le mode d'hospitalisation, sur son parcours et qu'on lui a distribué 25 papiers, il ne peut retenir que 30 % de l'information, l'infirmière va ensuite sortir lui donner son rendez-vous d'anesthésiste.

Si une infirmière pouvait consulter en parallèle avec le chirurgien, mais avec un acte reconnu de consultation, de même que celui de l'annonce, ce ne serait pas une délégation ni un transfert mais une consultation d'infirmière à part entière qui pourrait être établie.

Participant.- Dans les leviers, on a oublié la population, les patients puissance x. C'est le plus grand levier à notre porte. Avec toutes les informations disponibles sur internet, ils sont au courant. A partir du moment où l'on n'occupe pas un patient quand il est hospitalisé, non seulement il s'ennuie mais il devient agressif. Je crois que les patients vont nous obliger à aller vers l'ambulatoire.

Le frein d'un point de vue médiatique qu'il pourrait y avoir à l'ambulatoire, ce serait l'erreur

médicale, celle que craint Jean-François Schuhl. Il n'y a que cela ! Il faut occuper un patient. A partir du moment où il n'est plus occupé à vomir et où il n'a plus de nausées, puisque nous faisons de plus en plus de progrès sur la maîtrise des antalgiques, le patient s'ennuie et veut rentrer chez lui.

On va retrouver l'incompressible de l'hospitalisation, qui est le problème social. Il existe et ce n'est pas parce que les gens ont 40 ans qu'ils ne sont pas isolés. Ce n'est pas seulement le problème du petit vieux au 8^{ème} étage ! Les autres veulent être le soir chez eux, car la plus belle chambre de clinique ou d'hôpital est inférieure à ce qu'ils ont chez eux.

CONCLUSION

Dr Gilles BONTEMPS, Directeur associé Anap - C'est une bonne conclusion que de repartir du patient, qui est tout de même au centre du dispositif de chirurgie ambulatoire.

Je voudrais vous remercier très sincèrement pour votre disponibilité et la richesse de cet échange aujourd'hui. Nous avons évoqué énormément de choses, l'interactivité m'a semblé bien fonctionné entre nous. Je vous remercie tous les établissements du benchmark, je remercie tout particulièrement l'ensemble des intervenants et des experts nationaux qui nous ont fait part de leur retour d'expérience.

Nous avons évoqué tout d'abord les flux, la gestion des flux, l'autonomie des flux, avec un certain nombre de mots nouveaux pour le milieu médical : nous avons parlé de logistique, d'ordonnancement, de LEAN management. Un saut culturel a été fait ce matin. Nous avons aussi évoqué l'autonomie des flux versus la flexibilité, l'adaptabilité et la modularité. Je pense qu'il faudra effectivement prendre en compte ces deux dimensions, à la fois aller vers une autonomisation de plus en plus importante, tout en conservant une certaine flexibilité et adaptabilité par rapport à ces circuits et ces flux.

Cette réflexion sur l'autonomie des flux nous a amenés à évoquer une réflexion sur l'hôpital de demain, ce qu'il sera, s'il restera dans une logique architecturale basée sur l'hébergement ou s'il s'orientera vers une logique de gestion des flux, avec le patient au centre du dispositif. J'ai bien aimé une formule employée ce matin évoquant la nuitée sur ordonnance. Cela renvoie bien par son image à ce que pourrait être l'hôpital de demain, basé sur une organisation optimum.

Cette réflexion sur la logistique nous renvoie aux urgences : une évolution de la réglementation sera indispensable. Certaines urgences ne sont-elles pas un flux comme les autres pour l'ambulatoire ?

Nous avons aussi évoqué les nouveaux métiers. Nous avons entendu une expérience très intéressante de directeur de flux, de directeur de la régulation, mais nous avons aussi évoqué une notion de polyvalence et de polycompétence, qui est aussi un élément essentiel.

Cet après-midi, nous avons abordé le rôle central des cadres. Il faut savoir que les cadres ont un rôle essentiel dans d'autres pays, c'est eux qui coordonnent des structures, notamment en Angleterre où les cadres sont responsables de la coordination. On voit bien le rôle central de ces cadres, avec derrière l'évolution des nouveaux métiers. Nous avons parlé de délégation de tâche, avec des précisions sémantiques à apporter entre glissement de tâche ou délégation de compétence.

Nous avons finalement évoqué l'articulation entre ville et hôpital, avec la nécessité de structurer pour certaines pathologies et dans un certain nombre de cas, assez limités, et d'envisager des relais avec la médecine de ville dans toutes ses dimensions.

Nous avons terminé par la formation et l'information : on voit bien qu'il ne s'agit pas que de la formation des médecins ou des soignants. Nous avons parlé de la formation des hygiénistes, des architectes, nous avons évoqué la notion de compagnonnage. Il y a une véritable démarche à engager par rapport à l'information et la formation. Je pense que les institutions, les facultés et les instituts ont un vrai rôle à jouer. Il faudra peut-être porter ce message, auprès des patients et auprès des professionnels, d'une manière plus importante qu'aujourd'hui.

Nous avons terminé sur les contraintes et les leviers, avec une réflexion selon laquelle un levier permet de lever une contrainte. Les contraintes sont de différentes natures et l'intelligence collective de l'ensemble des personnes permet de les lever.

C'est une synthèse très rapide de la richesse de ce débat. Je vous remercie encore pour votre participation. Je vous demande vraiment de remplir votre questionnaire de satisfaction, car nous sommes dans le cadre d'une expérimentation et il est très important d'avoir votre retour d'information. Nous pourrions envisager de pérenniser ces rencontres entre nous pour créer un cercle de la performance ambulatoire, avec des rendez-vous réguliers. Peut-être que le partage collectif de démarches individuelles pourrait être extrêmement intéressant. Nous allons réfléchir avec les experts à la façon de mobiliser et pérenniser cette démarche.

PARTICIPANTS

Participants :

NOM	Prénom	Organisme
AFTIMOS	Stéphanie	GE Healthcare
ANASTASY	Christian	ANAP
ARMANTERAS DE SAXCE	Anne-Marie	Fondation Rothschild, Paris
AXEL	Agathe	GE Healthcare
BARRA	Daniel	Hôpital privé d'Antony
BASSELER	Frank	AHNAC, Hénin-Beaumont
BAZIN	Guy	Expert national
BELLANGER	Anne	ANAP
BENICHO	Alain	Centre clinique Soyaux
BENTOT	Stéphane	Centre clinique Soyaux VEDICI
BONTEMPS	Gilles	ANAP
BRANCHINI	Hélène	Médipole Garonne
BURKHARDT	Céline	CHI Poissy St Germain
BUSCAIL	Sandrine	AHNAC, Hénin-Beaumont
CALCAGNO	Carine	Hôpital clinique Claude Bernard
CALLET	Olivier	Sincal Nancy

CAPRION	B.	Sincal Nancy
CHABANAIS	Stéphane	Centre clinique Soyaux
CHEVALLIER	Christine	Clinique Mathilde, Rouen
CHOUPIN	Philippe	Centre clinique Soyaux
CLAUDON	Olivia	Hôpital clinique Claude Bernard
COLAS	Anne- Emmanuelle	Fondation Rothschild, Paris
COLLIN	Pascal	Fondation Rothschild, Paris
CRIDELICH	Jean	CHR Metz-Thionville
CUVELIER	Gilles	Expert national
DEBRIFFE	Vincent	AHNAC, Hénin-Beaumont
DELLE	Jessica	Médipole Garonne
DELY	Franck	CH Saint-Quentin
DEMOULIN	Yves	Expert national
DEVYS	Jean-Yves	Fondation Rothschild, Paris
DUGUE	Sandrine	Centre clinique Soyaux
DURAND	Nicole	Centre de la main, Angers
ECOFFEY	Claude	Expert national
ELMERICH	Marie-Christine	Sincal Nancy
ESPAGNO	Christian	ANAP
FORCIOLI	Pascal	AHNAC, Hénin-Beaumont
GATECEL	Claire	Expert national
GAUTHIEZ	François	CH Saint-Quentin

GAZEAU	Thierry	Expert national
GRATTEPANCHE	Jean-Claude	AHNAC, Hénin-Beaumont
GUIDAT	Anne	Expert national
HOUSSIN	Fabienne	Centre de la main, Angers
IFF	Laetitia	Fondation Rothschild, Paris
IRRAZI	Barek	CHR Metz-Thionville
JEUDY	Jérôme	Centre de la main, Angers
KEUNOBROK	J.	CH Saint-Quentin
LAMBERT	Delphine	CHU de Lille
LAURENT	Christine	Centre Léon Bérard, Lyon
LEXA	Pascal	Hôpital clinique Claude Bernard
LIMONNE	Bruno	Clinique du Parc, Saint-Etienne
LOUIS	Matthieu	GE
MAHCER	Jamel	ANAP
MALINOWSKI	Jean-Marc	Expert national
MARLAND	Françoise	Hôpital privé d'Antony
MAUPAS	Marie-Hélène	Fondation Rothschild, Paris
MOUTON	Jean-Louis	CHU de Lille
NEIRINCK	Anne-Sophie	CHU de Lille
NOUZAREDE	Jérôme	Centre clinique Soyaux VEDICI
PIERROT	Lucy	CHI Poissy St Germain
PIGNIER	Thomas	GE Healthcare

PLAGES	Philippe	Hôpital clinique Claude Bernard
POULAIN	Eric	AHNAC, Hénin-Beaumont
RABARIN	Fabrice	Centre de la main, Angers
RAIMBEAU	Guy	Expert national
RAUCHS FEBVREL	Christelle	CHR Metz-Thionville
RAUCOULES AIME	Marc	Expert national
REBECHÉ	Xavier	Clinique du Parc, Saint-Etienne
ROBIN	Stéphane	Médipole Garonne
ROJAT	Michèle	Centre clinique Soyaux VEDICI
ROSAY	Hervé	Centre Léon Bérard, Lyon
SCHULHL	Jean-François	Expert national
SCIARD	Didier	Expert national
SOCHALA	Christian	AHNAC, Hénin-Beaumont
SOLUS	Hélène	CHI Poissy St Germain
TRIBOULET	Jean-Pierre	Expert national
VANDENBOSCH	Sébastien	CH Saint-Quentin
VENUTOLO	François	Expert national
VEROT	Catherine	Clinique du Parc, Saint-Etienne
VINSON-BONNET	Béatrice	CHI Poissy St Germain