

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

**Recommandations
organisationnelles**

*Pour approfondir
la réflexion*

Annexe 11

Résultats du benchmark

Table ronde nationale du 21 novembre 2012 - Diaporama

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

Table ronde nationale : restitution du benchmark des 15 organisations les plus performantes et représentatives en chirurgie ambulatoire

UICP, Paris 15^{ème}

21 novembre 2012



appui santé & médico-social

Introduction générale

Introduction

Dr Gilles Bontemps

Objectifs de la journée

❑ Objectif principal :

- Vous restituer les travaux du benchmark des 15 ES les plus performants et expérimentés en chirurgie ambulatoire
- En vue d'analyser vos réactions/recueillir une première évaluation sur la pertinence de nos analyses
- Pour construire des recommandations organisationnelles

❑ Autres objectifs :

- Partager ensemble vos expériences respectives en vue de progresser ensemble
- Créer une communauté d'établissements de référence et d'experts nationaux qui pourrait préfigurer les futures équipes entraînées de la Has
- Valider l'expérimentation Anap en cours sur la création d'un réseau thématique d'experts

Organisation de la journée

- ❑ 3 séquences de faits marquants
 - Matin : organisation et gestion des flux
 - Après midi : management d'équipe et évolution des pratiques

- ❑ chaque séquence est divisée en trois parties :
 - éléments de synthèse issus du benchmark des 15 ES et présentés par les experts (20 mn)
 - témoignage(s) d'établissements sur une thématique (10mn)
 - pour introduire un débat avec la salle (30 mn)

Exemple : témoignage du non programmé au Centre de la Main d'Angers
en vue d'introduire le débat « quelle place pour le non programmé en UCA ? »

Contexte et démarche ANAP / HAS

□ Contexte :

- **Le ministère de santé français a fait de la CA une priorité de santé publique en juillet 2010 :**
 - 1 des 10 axes prioritaires de l'évolution du système de santé français
 - Programme national pluriannuel de GDR avec 6 axes de travail
 - Déclinaison au niveau des ARS (SROS PRS et CPOM)
 - Cible nationale de chirurgie ambulatoire définie à l'horizon 2016
 - 38 % en 2011
- **Publication de 6 textes ministériels depuis juillet 2010**
- **Évolution de la T2A et de la MSAP**

Contexte et démarche ANAP / HAS

❑ Démarche ANAP / HAS : construction d'un programme de travail commun de 6 axes

1) Socle de connaissance

Publication avril 2012



2) Critères de sélection des patients

3) Outils et recommandations organisationnelles

Note cadrage disponible

4) Outils et recommandations économiques

Note cadrage disponible

5) Indicateurs

6) Certification / accréditation

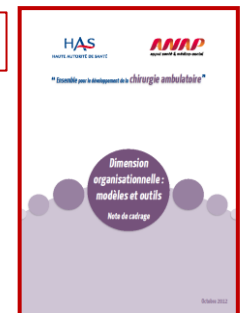
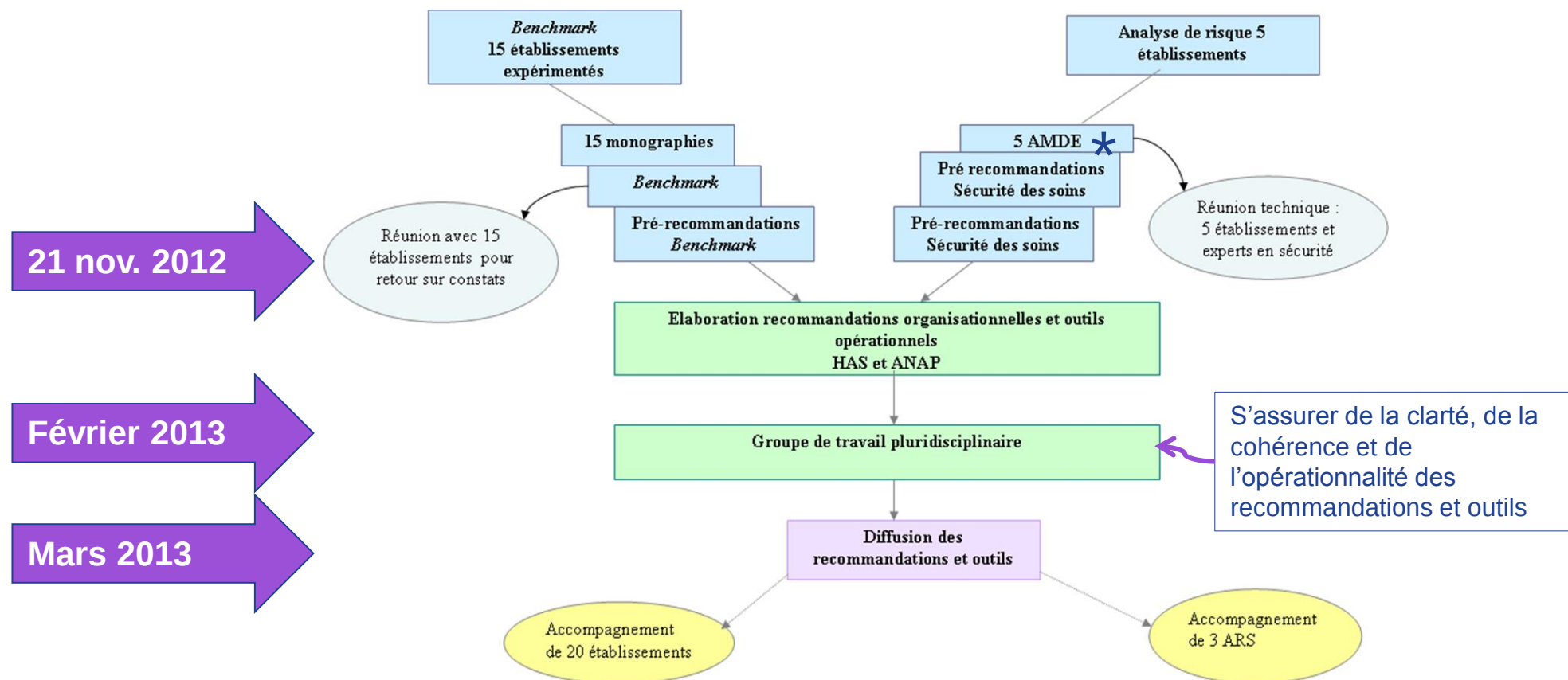


Schéma d'élaboration des recommandations organisationnelles



* AMDE (Analyse des Modes de Défaillance et de leurs Effets) : identifier les défaillances potentielles (organisationnelles, techniques et humaines) et leurs causes pour proposer des barrières de sécurité adaptées

Outils et recommandations organisationnelles

□ Les 15 ES du benchmark et les 5 ES de l'AMDE

	Secteur privé commercial	Secteur public et ESPIC
Centre indépendant	Centre de la main, Angers	
Centre intégré mono et bi-disciplinaire	Médipôle Garonne, Toulouse Hôpital clinique Claude Bernard	Sincal, Nancy Centre Léon Bérard, Lyon Fondation Rothschild, Paris
Centre intégré pluridisciplinaire	Centre Clinical Soyaux, Angoulême Clinique du parc, Saint-Etienne Clinique Mathilde, Rouen Hôpital privé d'Antony	CHR Metz-Thionville CHU de Lille Ahnac CHI Poissy Saint-Germain CH Saint-Quentin

	Secteur privé commercial	Secteur public et ESPIC
AMDE	Clinique Clementville, Montpellier Diaconnesses, Strasbourg	CH Ville franche sur Saone CHU Robert Debré CH Avranches



appui santé & médico-social

Les faits marquants autour du concept de la chirurgie ambulatoire

Faits marquants concept chirurgie ambulatoire

Dr Gilles Bontemps

La chirurgie ambulatoire devient la norme

- ❑ Evolution des pratiques et de la réglementation :
 - 20% des ES ont aujourd'hui une pratique ambulatoire majoritaire + expérimentation sur le « lourd » ambulatoire
 - Recommandations SFAR de 2009
 - Cible nationale avec taux de CA > 50 % à l'horizon 2016
 - Instruction ministérielle aux Ars du 27 décembre 2010 « *Il s'agit de changer de paradigme (...) la chirurgie ambulatoire devenant la référence.* »
 - Évolution de la T2A et de la MSAP
- ❑ Dissociation soin et hébergement
- ❑ Justification de l'hébergement
 - L'hébergement doit toujours être justifié par le type d'actes, le contexte médical ou psychosocial du patient

La chirurgie ambulatoire devient la norme

- ❑ L'enseignement de la CA doit constituer une priorité :
 - Changement culturel
 - Sensibilisation des acteurséducation des patients
 - Enseignement initial et continu
 - Sur la base de principes logistiques, d'organisation et d'information au patient
 - Doit concerner tous les acteurs
 - Futurs médecins
 - Directeurs d'établissements
 - Soignants ... ambulanciers
 - Logistique, organisation, modalités d'information du patient

Les faits marquants sur la gestion des flux

Eléments de synthèse issus du benchmark

Dr Anne Guidat
Dr Claire Gatecel
Dr Guy Bazin
M. Matthieu Louis

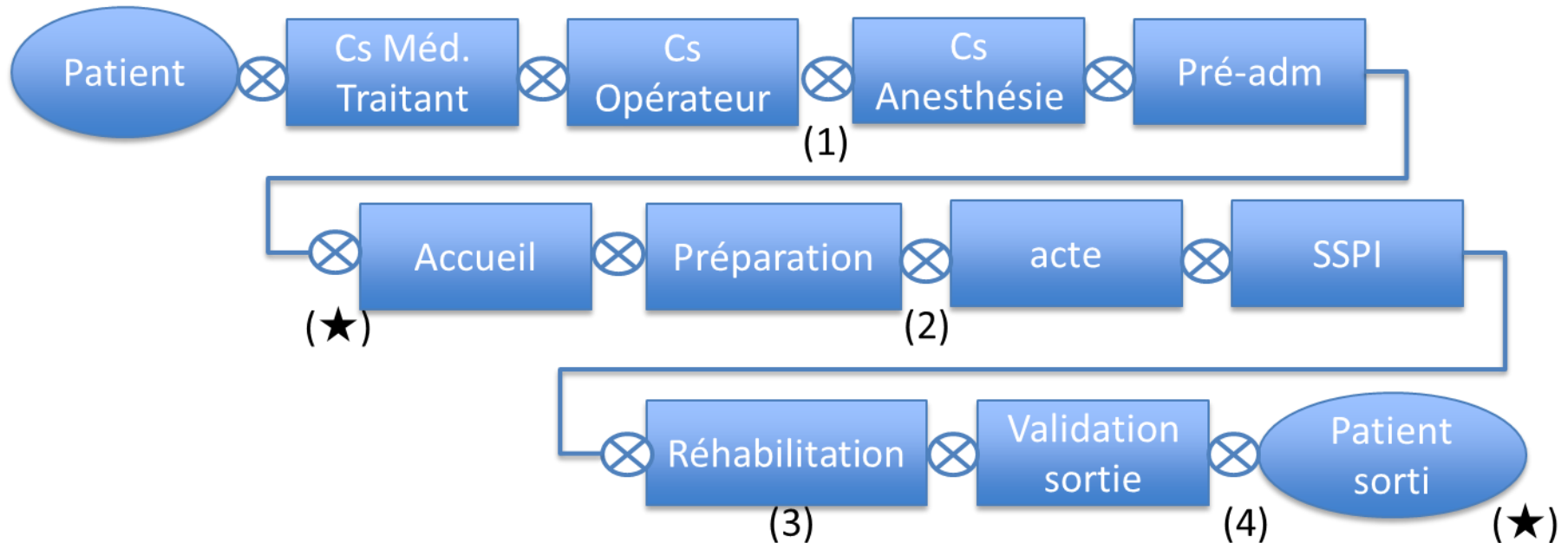
Comprendre les activités

- ☐ **Savoir ce que l'on fait :**
 - **Volume**
 - **Type et spécificités des actes**

- ☐ **Définir les contraintes :**
 - **Patient (antécédent, traitement, ...)**
 - **Les ressources humaines et matérielles**
 - **Les fonctions supports**
 - **Fonctions de coordinations (partage de l'information)**

- ☐ **Evaluer les performances à l'aide d'indicateurs**

Caractériser les flux



- (1) : Le temps d'attente entre la Consultation de l'opérateur et celle de l'anesthésiste n'a aucune valeur ajoutée sauf s'il y a nécessité d'examen complémentaire.
- (2) : Le temps de transfert entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire n'a pas de valeur ajoutée.
- (3) : Le temps de réhabilitation de 6h n'a pas de valeur ajoutée après une intervention pour canal carpien, mais permet la surveillance adaptée d'une cholécystectomie ou thyroïdectomie.
- (4) : Le temps d'attente après la validation des critères du score d'aptitude à la rue n'a aucune valeur ajoutée.
- ★) : Le contact préopératoire : un moyen de sécuriser le processus. Le contact postopératoire : un indicateur de la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients

Objectifs

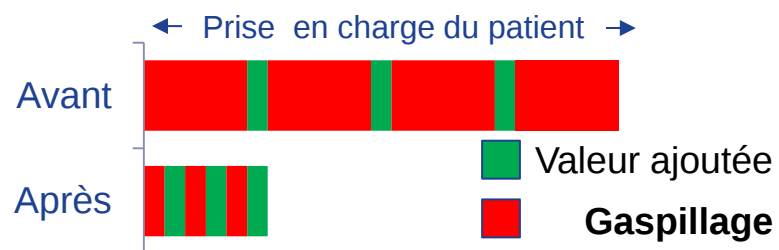
- ❑ Réduire au juste nécessaire le temps de présence du patient au sein de l'établissement en éliminant les sources d'incidents du parcours
- ❑ Mettre en œuvre les meilleures conditions de fonctionnement pour les professionnels et éviter le gaspillage des ressources

Optimisation des flux

- ☐ **Anticipation**
- ☐ **Favorisation des flux tirés et de la marche en avant**
- ☐ **Circuits courts et shunts**
- ☐ **Utilisation d'incitations (leviers et contraintes)**
- ☐ **Circuits d'informations**
- ☐ **Autonomisation des Flux**

Éléments de synthèse issus du benchmark

L'approche LEAN offre un cadre théorique et pratique complet, en phase avec les pratiques observées et les enjeux d'organisation de la chirurgie ambulatoire.



Erreurs :

Dossier incomplet

Sur-qualité :

1h en SSPI pour une topique

Temps d'attente :

signature médicale pour la sortie

Sous-occupation :

sous-occupation UCA certains jours

Transport :

Brancardage systématique

Stock :

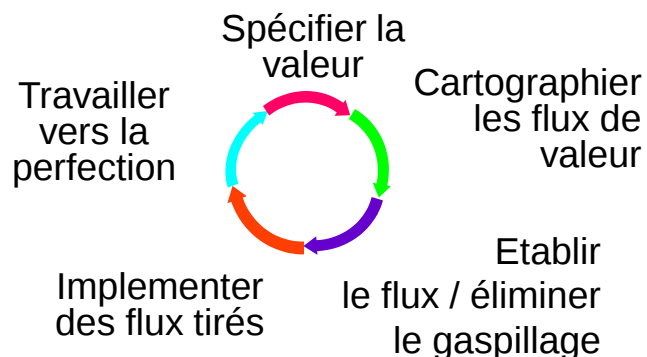
Tous les patients à 8h

Mouvement :

Transfert multiple de patient

Doublon :

Papier et Système d'info.



Un cadre particulièrement adapté à la chirurgie ambulatoire :

- Approche pragmatique et très éprouvée de la gestion des flux
- Chasse aux gaspillages sans compromettre la qualité : réduction de la durée de séjour
- Amélioration continue : nouveaux gestes en ambulatoire
- Favorise le travail d'équipe entre les corps de métiers

L'autonomisation des flux en ambulatoire : jusqu'où?

Dr Jean François Schuhl
Mme Christine Chevalier

Témoignage : L'autonomisation des flux à Clinique Mathilde

VIDEO

L'autonomisation des flux en ambulatoire : Jusqu'où ?

DEBAT

Quelle place pour le non programmé en UCA ?

Dr Guy Raimbeau

Témoignage : Le non programmé au centre de la main à Angers

Ambulatoire = programmé c'était au 20^{ème} siècle

Par essence le non programmé dérange

- **Typologie**
- **Horaire non inscrit**
- **Durée de l'acte variable**

Et le post opératoire ?

Le non programmé doit entrer dans une programmation

- **On exclut l'urgence vitale et le plurifocal**
- **Il faut formater le non programmé pour le rendre éligible à l'ambulatoire.**
- **Circuit court- équipe dédiée et entraînée.**
- **Post op assuré par l'équipe chirurgicale.**

Témoignage : Le non programmé au centre de la main à Angers

expérience du Centre de la Main

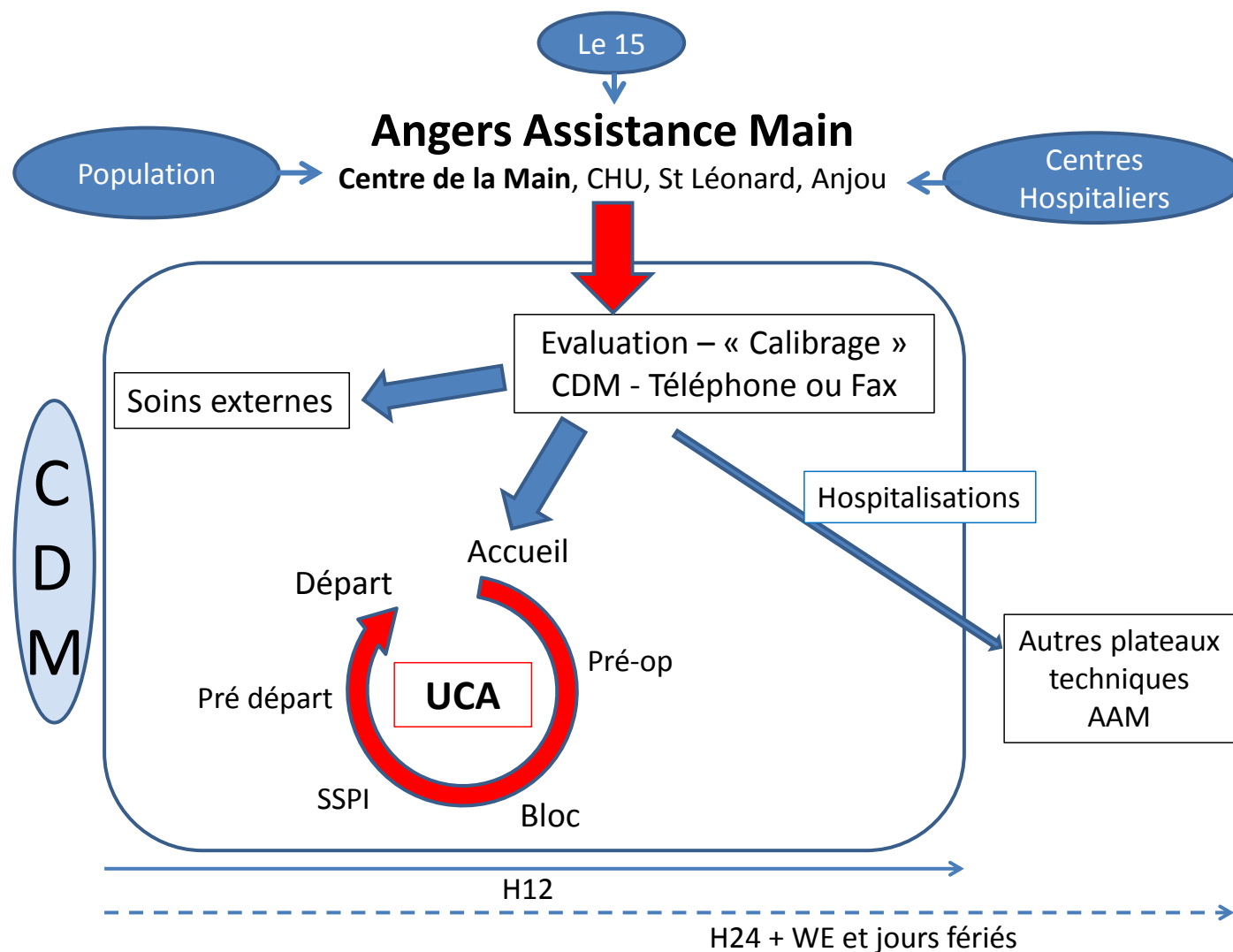
- Centre Indépendant 1987
- Unité de Chirurgie de la Main
- Culture de l'urgence de six chirurgiens
- Nouvel établissement août 2011
- A ce jour 38% de l'activité sur 4000 opérés
- Soit 6 par jour versus 10 programmés en moyenne

Blocs programmés	188,08	210,6
Blocs urgences	75,25	129,2
<i>Blocs urgences différées</i>	<i>2,66</i>	<i>10</i>
<i>Blocs urgences du jour</i>	<i>72,58</i>	<i>119,2</i>
Total blocs	263,33	339,8
Nombre de jours ouvrés	21,25	21,2
Moyenne blocs urg / jour	3,54	6,08
% urgences	28,57%	38,08%

5 mai 2013

Dernier patient au BLOC OPERATOIRE Octobre 2012	
Heure d'entrée en box d'anesthésie	Heure en salle de départ
17H55	19H20
15H05	18H05
16H51	18H25
17H35	19H40
18H20	19H40
17H40	19H40
18H40	19H45
18H20	19H50
18H20	19H20
17H00	20H45
17H05	19H15
17H45	19H40
17H45	19H45
17H50	19H15
16H20	19H10
15H40	19H15
17H06	18H45
18H40	20H30
17H45	20H10
17H55	20H40

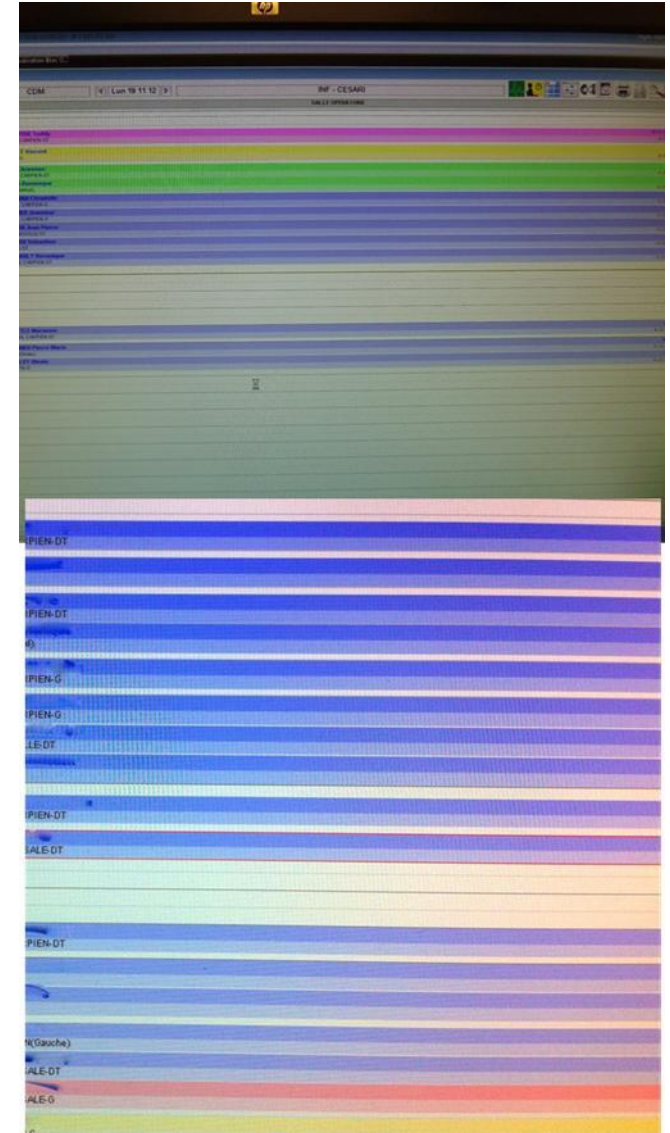
Témoignage : Le non programmé au centre de la main à Angers



Témoignage : Le non programmé au centre de la main à Angers

Préprogrammation

- Arrivée cadencée / 30 à 60mn
 - Les deux premiers à 15 mn
 - Pause à mi journée de 20 à 30 mn adaptée
 - 2 à 3 programmés après-midi espacés 60mn
-
- Suivi en temps réel du déroulement
 - Visualisation du temps disponible sur écran



Quelle place pour le non-programmé en UCA ?

DEBAT

Introduction sur les nouveaux métiers des flux

Dr Thierry Gazeau

Introduction sur les nouveaux métiers des flux

L'information continue et partagée entre tous les acteurs impose la création de nouveaux métiers liés à la gestion des flux.

**Ce type de fonction doit être déclinée à deux niveaux :
régulation et/ou anticipation.**

Exemples

Le métier de directeur des flux à Rothschild

Dr Jean Michel Devys

Mme Anne Marie Armenteras de Saxcé

Témoignage : la régulation des flux à la Fondation Rothschild

Étape 1: Décision de gouvernance DG-PCME

Etape 2 : Direction de Régulation à partir d'orientations stratégiques élaborées par la gouvernance

- prévisionnel
- cahier des charges financiers/soins
- tests d'hypothèses
- recherche permanente de cohérence globale (lien entre activités), appliquée au terrain (éviter conduite en « aveugle »)

Les questions qu'on se pose sur la dynamique de régulation de l'activité

- efficience?**
- quels segments développer ou freiner?**
- en fonction des options, quels plateaux techniques développer? Dimensionnement?**
- quel équilibre financier? Court terme? Moyen terme?**

Régulation des activités médicales = régulation des flux de patients

Ceci oblige la Gouvernance à intégrer:

- Régulation effective des activités vs poids de l'histoire**
- Parcours patient comme élément structurant du travail**
- Réflexion = transversalité pour toutes les étapes logistiques**
- Oblige à casser la logique de territoire et à travailler sur « plateaux techniques où les médecins travaillent »**

☐ **Concrètement:**

- **Programme nominatif par segment, par sur-spécialités de l'affectation des consultations OPH**
- **Suivi régulier de l'ouverture des vacations opératoires (temps médical consultation/bloc est équilibré en fonction des délais d'attente des patients)**
- **Lien mensuel avec coordination du bloc opératoire**
- **Bilan régulier : relevés d'activité par segment et adéquation prévisions vs ressources allouées (RH, lits, vacations chirurgicales) : optimiser**

❑ Exemples de réalisation:

- Développement de rétine essentiel pour la FOR
- Contrainte de lits = en ambulatoire
- Création d'une seconde structure d'ambulatoire
- Redistribution de vacations segment antérieur vers segment postérieur
- Gestion de lits: création de lits « portes » d'oph pour accueillir « urgences oph »

Quels nouveaux métiers dédiés aux flux dans l'hôpital ?

DEBAT



appui santé & médico-social

Pause déjeuner



appui santé & médico-social

Les faits marquants sur le management d'équipe

Éléments de synthèse issus du benchmark

Pr Jean Marc Malinovski
Dr François Venutolo
Dr Yves Demoulin
Pr Marc Raucoules Aime
Pr Didier Sciard

Eléments de synthèse issus du benchmark

L'UCA doit être dirigée par un coordonnateur médical qui donne les grandes orientations d'organisation et qui contrôle son fonctionnement à travers l'analyse d'indicateurs.

La gestion de l'UCA au quotidien est assurée par un cadre de santé permettant l'optimisation de la planification de l'hospitalisation, des flux patients et du bloc opératoire.

Éléments de synthèse issus du benchmark

L'organisation de l'UCA se structure autour du patient et des professionnels (administratifs, paramédicaux et médicaux).

Éléments de synthèse issus du benchmark

Il est obligatoire d'avoir une équipe paramédicale exclusivement dédiée à l'UCA

L'équipe médicale et paramédicale doit être formée à la spécificité de la prise en charge ambulatoire, entraînée et impliquée

Éléments de synthèse issus du benchmark

Le pilotage de l'UCA s'appuie sur des indicateurs mis à disposition de l'ensemble de l'établissement.

Il se décline à deux niveaux :

- ☐ **Des indicateurs d'activité et de qualité**
- ☐ **Des indicateurs issus des données médico-économiques**

Éléments de synthèse issus du benchmark

Afin de favoriser la fluidité de la prise en charge (flux continu) et réduire la présence des patients au strict temps nécessaire aux soins, la délégation de tâches est une des solutions

Le point de vue des cadres sur le management de l'UCA

Mme Carine Calcagno

Témoignage : point de vue des cadres sur le management de l'UCA au HCCB

- ☐ **ORGANISATION ET GESTION DES FLUX COURTS ET LONGS :**
Sectorisation et unité de lieu (bloc dédié et accueil), place privilégiée du patient
- ☐ **ROTATIONS DES BOXES :**
Armoires doubles, dossier informatisé, gestion des files d'attente, codage couleur
- ☐ **MANAGEMENT DE L'EQUIPE DE SOINS :**
Dynamisme, autonomie, PEC globale du patient, diversité des spécialités, management participatif des équipes et « compagnonnage »
- ☐ **INTERFACE AVEC LES EQUIPES MEDICALES :**
Personnalisation des prises en charge à toutes les étapes selon chaque praticien
- ☐ **ROLE PIVOT DU CADRE DE SANTE :**
Marche en avant, interface médecins / équipe de soins / malade / services connexes

Le rôle respectif des médecins et des cadres

DEBAT

Accompagner l'évolution des pratiques ambulatoires

Elements de synthèse issus du benchmark

Pr Jean Pierre Triboulet
Dr Gilles Cuvelier
Pr Claude Ecoffey

Eléments de synthèse issus du benchmark

Il faut protocoliser la substitution d'un geste conventionnel en ambulatoire. Cette démarche tient compte de la maturité de son organisation et s'appuie sur une méthodologie élaborée de façon collégiale

Il faut que le patient ou son représentant légal soit informé de toutes les étapes de son séjour ambulatoire

Éléments de synthèse issus du benchmark

La démarche qualité et la démarche gestion des risques sont des éléments structurants.

Elles sont propres à chaque unité de chirurgie ambulatoire et font l'objet d'une mise à jour régulière.

Éléments de synthèse issus du benchmark

La chirurgie ambulatoire s'inscrit dans une coordination Ville Hôpital avant et après l'acte opératoire. Elle doit permettre la complémentarité entre les intervenants (médecins traitants, infirmiers, réseaux...).

La continuité des soins doit être organisée par les opérateurs et coordonnée par l'unité de chirurgie ambulatoire afin d'assurer la prise en charge personnalisée du patient.

Sensibilisation des équipes médicales au CHI Poissy St Germain

Dr Béatrice Vinson-Bonnet

Témoignage : Sensibilisation des équipes médicales à CHI Poissy-St Germain

**Travail initié dans le cadre de l'accompagnement de
l'ARS Ile de France (mission de coaching)**

**Objectif : développer la chirurgie ambulatoire par
spécialité**

- 1. nomination d'un trio de coordination de la chirurgie ambulatoire
(1 anesthésiste, 1 chirurgien, 1 cadre de santé, avec le soutien
fort du chef de pôle)**
- 2. identification d'un référent ambulatoire par spécialité chirurgicale
(≠ chef de service, sauf en OPH)**

Témoignage : Sensibilisation des équipes médicales à CHI Poissy-St Germain

3. une réunion inter-spécialité : communication et concertation et validation du développement de l'ambulatoire
4. réalisation d'une cartographie des actes ambulatoires par spécialité

Chirurgie ambulatoire gynécologique sur le site de St Germain						
Acte	Durée d'intervention	Durée d'hospitalisation	Consignes préop	Critères de sortie spécif	Ordonnance type	RdV post-op
Hystéroscopie opératoire	30 min	3 à 5 heures	Test de grossesse	hémorragie, troubles de conscience	antalgiques	1 mois
TVT +/- cystoscopie	30 min	5 heures	Epilation	Rétention d'urine	antalgiques	1 mois en CS, débimétrie J10
Coelioscopie simple	45 min	5 heures	Epilation	Douleurs abdominales	antalgiques	1 mois
Chirurgie du sein	45 min	3 à 5 heures	Parfois repérage	Hématome	antalgiques	1 mois, 15 jours pour la cancéro
Conisations	20 min	3 à 5 heures	RAS	Hémorragie	rien +/- antalgiques	1 mois
Ablation de CIP	15 min	< 3 heures	RAS	Hématome	rien +/- antalgiques	Pas de RdV
Essure	20	< 3 heures	Test de grossesse	RAS	antalgiques, contraception 3 mois	3 mois, avec contrôle des implants

Témoignage : Sensibilisation des équipes médicales à CHI Poissy-St Germain

5. staff hebdomadaire chirurgical par spécialité : « chasse à l'ambulatoire »

Un chirurgien «ambu » par spécialité

Site	Date	Spécialité	Type intervention	Chirurgien	d'hospitalisation	Nom patient	Réponse du chirurgien	
							AMBU	pas ambu
Poissy	lundi 29/10/20	viscéral	hémorroïde	Vinson	1er A			
	lundi 29/10/20	viscéral	fistule anopér	Vinson	1er A			
	lundi 29/10/20	viscéral	fissure anale	Vinson	1er A			
	lundi 29/10/20	viscéral	fistule anorec	Vinson	1er A			
	lundi 29/10/20	Gyn	Biopsie testic	Bailly	3ème A			
	mardi 30/10/2	Viscéral	HI	Etienne	1er A			
	mardi 30/10/2	Viscéral	HI	Etienne	1er A			
	mardi 30/10/2	Viscéral	H ligne blanc	Etienne	1er A			
	mercredi 31/1	Gynéco	exérèse vulva	Guyot	3ème A			
St Germain	mercredi 31/1	Ortho	Canal carpien	Khani	1er A			
	vendredi 2/10	Viscéral	cholecystecto	Canonico	2D			
	lundi 29/10/20	viscéral	cholecystecto	Ghiles	Large			
	lundi 29/10/20	ORL	Tympano plas	Cox	Large			
	Mercredi 31/1	viscéral	Lipome paroi	Ghiles	Large			

Témoignage : Sensibilisation des équipes médicales à CHI Poissy-St Germain

6. Travail de réorganisation dans chaque service : plannings, protocoles, ordonnances

- ✓ Rédaction d'ordonnances types
- ✓ Organisation de la consultation post-chirurgicale
- ✓ Rédaction de recommandations pour la sortie
- ✓ Travail sur la dysurie pour faciliter la sortie : staff, recherche bibliographique, rédaction de protocoles, ...
- ✓ Travail avec le CLIN pour les douches préopératoires par spécialité

... Dans le respect du fonctionnement de chaque spécialité, mais recherche d'un tronc commun

Approche systématique du processus de substitution à l'Ahnac

Dr Vincent Basseler

Témoignage : Approche systématique du processus de substitution à l'Ahnac

L'évolution des pratiques pour développer la chirurgie ambulatoire obéit à un véritable protocole appliqué geste par geste, mais aussi opérateur par opérateur

1. Discussion initiale entre opérateur et anesthésiste

- A l'initiative de l'opérateur ou du coordonnateur médical
- Quelles techniques peuvent / doivent évoluer ?

2. Adaptation des protocoles et des organisations et formation de l'UCA

- Mais aussi du bloc, du brancardage etc... impact sur l'ensemble de la prise en charge

3. Sélection des patients dont les chances de succès sont les plus importantes

4. Prise en charge « comme en ambulatoire » ... mais une nuit

- Programmé en 1^{er} au bloc sur le modèle ambulatoire (ex : sans prémédication)
- Utilisation des techniques chirurgicales et anesthésie de chirurgie ambulatoire
- Surveillance identique à l'ambulatoire (lever, score d'aptitude à la rue), prise antalgique
- Hospitalisé 1 nuit sans aucune prise en charge (ex : pas de perfusion)
- Revue le lendemain par l'opérateur et l'anesthésiste pour réévaluer les protocoles

5. Prise en charge en UCA et

- Rôle clé de l'appel à J+1

6. Extension progressive des critères de sélection des patients

Intégration
des apprentissages

Intégration
des apprentissages

Intégration
des apprentissages

Témoignage : Approche systématique du processus de substitution à l'Ahnac

Les facteurs clés de succès d'une telle démarche :

1. Une transition préparée

Technique chirurgicale et anesthésique, choix des patients, formation des soignants
équilibre économique, etc...

2. Une transition graduée par essais successifs

Permet de valider la prise en charge ambulatoire et rassurer tous les acteurs
Essayer et juger sur résultats : l'approche graduée limite le risque pris à chaque étape
Intégrer les apprentissages de chaque étapes

3. Une communication fréquente vers tous les acteurs tout au long du processus

Essentiel pour que chacun s'approprie les ajustements et les nouvelles habitudes
Pédagogie vers tous les corps de métier et vers chaque individu

4. Une évaluation en continue qui se poursuit au-delà de la période de transition

L'appel à J+1 permet de valider et d'ajuster l'organisation à moyen et long terme

5. Un processus commun pour tous les types de gestes

Crée une culture commune du changement.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est-il le résultat de contraintes ou de leviers ?

DEBAT



appui santé & médico-social

Conclusion

Conclusion

Dr Gilles Bontemps