

Ecole Supérieure Montsouris

Université Paris Est Créteil Val-de-Marne



La chirurgie ambulatoire...

Quand l'organisation conduit à la révolution culturelle

Sabine LEBACQ

MTMOS

2013-2014



ABREVIATIONS

| | |
|---------|---|
| AG : | Anesthésie générale |
| AL : | Anesthésie locale |
| ALR : | Anesthésie locorégionale |
| ANAP : | Agence nationale d'appui à la performance |
| ARH : | Agence régionale de l'hospitalisation |
| ARS : | Agence régionale de santé |
| ASA : | Physical Status Classification System |
| AS : | Aide-soignante |
| CHT : | Communauté Hospitalière de Territoire |
| CHU : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CPOM : | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens |
| DGOS : | Direction générale de l'offre de soins |
| DIM : | Département d'information médicale |
| D.R.A.S | Discours, Routines, Actions, Symboles |
| DU : | Diplôme universitaire |
| EPCI : | Etablissement public de coopération intercommunal |
| FHF : | Fédération hospitalière de France |
| GHS : | Groupe homogène de séjour |
| GRH : | Gestion des ressources humaines |
| HPST : | Hôpital, patients, santé et territoire |
| HAS : | Haute autorité de santé |
| IADE : | Infirmier anesthésiste diplômé d'état |
| IBODE | Infirmière de bloc opératoire diplômée d'état |
| IDE : | Infirmière diplômée d'état |
| MEAH : | Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| ORL : | Otorhinolaryngologie |
| PRS : | Plan régional de santé |
| SFAR | Société française d'anesthésie et de réanimation |
| SM : | Secrétaire médicale |
| SROS : | Schéma régional d'organisation des soins |
| SROSS | Schéma régional d'organisation sanitaire et social |
| SSPI : | Salle de soins post interventionnels |
| SSR | Soins de suite et de réadaptation |
| SWOT : | Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats |
| USA | Unité de soins ambulatoires |
| UNCAM | Union nationale des caisses d'assurance maladie |

SOMMAIRE _____

ABREVIATIONS _____

INTRODUCTION _____

I. LE CADRE CONTEXTUEL _____

A. Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ? _____

1. Un peu d'histoire _____

2. Définition _____

3. La prise en charge des patients en ambulatoire _____

4. La chirurgie ambulatoire en termes de maîtrise des coûts _____

5. Que dit la législation ... _____

6. Et l'éthique dans tout cela ? _____

B. La chirurgie ambulatoire selon la vision nationale _____

C. La chirurgie ambulatoire selon la vision régionale _____

D. Et au niveau institutionnel, qu'en est-il ? _____

1. Le Centre Hospitalier de Roubaix _____

2. L'unité des Soins Ambulatoires _____

II. LE PROJET MANAGERIAL _____

A. Constat de l'existant _____

1. L'organisation actuelle _____

2. Activité de la chirurgie ambulatoire _____

3. Les freins relevés dans cette première analyse _____

B. Le projet définitif _____

1. Présentation du contexte de cette décision. _____

2. Présentation du groupe de travail. _____

3. Qu'est-ce qu'une organisation ? _____

4. Etude de l'organisation au travers de ses dimensions _____

III. CONCLUSION _____

TABLE DES MATIERES _____

BIBLIOGRAPHIE _____

ANNEXES _____

« Il y a des moments dans la vie, où la question de savoir si on peut penser autrement qu'on ne pense, et percevoir autrement qu'on ne voit, est indispensable pour continuer à regarder ou à réfléchir. »

Michel Foucault, Les Usages du plaisir

I. INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire est un concept innovant ...

La chirurgie ambulatoire est un nouveau paradigme ...

La chirurgie ambulatoire est désormais la pratique de références¹ ...

La chirurgie ambulatoire reste un challenge fondamental...

Bref, la chirurgie ambulatoire est omniprésente dans la presse, dans les rapports :

« Un «effort» de 440 millions d'euros sera demandé aux hôpitaux. [...] Les établissements de santé vont continuer à contenir leur budget, notamment pour leurs achats, **et favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire** » annonce Marisol Touraine² lors d'un entretien en mai 2014.

La Cour des comptes³ rédige, quant à elle, un chapitre complet sur la chirurgie ambulatoire dans la partie de son rapport consacré à la « *maîtrise des dépenses hospitalières* »

Et pourtant, la France accuse toujours un retard dans cette pratique au niveau mondial, mais elle reconnaît que son essor serait un levier majeur de l'offre de soins et termes de qualité et d'efficacité. Aussi, une contractualisation entre les agences régionales de santé (ARS) et l'état a ciblé à l'échelle du territoire une activité ambulatoire supérieure à 50% à horizon 2016, l'objectif final étant d'atteindre les 80% à long terme.

Innovation, collaboration, créativité, ambition,... tous ces vocables qualifient la chirurgie ambulatoire dont l'organisation, centrée sur les patients et non plus sur les professionnels, est une innovation majeure.

La chirurgie ambulatoire doit donc être abordée « *comme un concept complexe, multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelle, administrative, organisationnelle, médicale, soignante et économique*⁴ ». Mais cela nécessite un véritable exercice intellectuel de

¹ L'instruction du 27 décembre 2010 aux ARS qui pose un « changement de paradigme ». Le mode de prise en charge ambulatoire est étendu « à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie ». Ce texte fait désormais de la chirurgie ambulatoire la pratique de référence.

² Revue de presse Mediscoop du 26-09-2013 - Déficit de la Sécu : vers des économies sur les médicaments et l'hôpital »

³ Chirurgie ambulatoire: la Cour des comptes épingle la politique française - PARIS, 17 septembre 2013 (APM)

⁴ L'hôpital public verra-t-il sa chirurgie programmée disparaître ? - DU Chirurgie ambulatoire Paris XI –Dr Gilles Bontemps -Chef de projet national chirurgie ambulatoire –CNAMTS

revoir ses pratiques, de lever les « *réticences des communautés hospitalières publiques, installées dans une organisation centrée sur les spécialités, le service et les lits* », comme l'explique la Cour des comptes. Tous ces changements comme la « *réorganisation des activités autour du patient* », l'« *articulation plus étroite des équipes chirurgicales et des anesthésistes-réanimateurs* », « *les restructurations immobilières* », accompagnés en plus d'une diminution des capacités d'hospitalisation conventionnelle, pose la notion de « révolution culturelle ».

Mise en place en 2007, à l'hôpital de Roubaix, l'activité de la chirurgie ambulatoire n'a cessé d'augmenter. L'évolution a pu être mise en place grâce à des modifications organisationnelles, puis architecturales. Une culture ambulatoire au sein de l'unité de soins ambulatoire s'est progressivement installée et a modifié les représentations de la prise en charge du soin. Le personnel doit savoir anticiper, coordonner et gérer de façon optimale le parcours et les éventuels risques de la personne opérée, de sorte à lui permettre de sortir dans la journée. Au niveau des autres services de soins, il a fallu changer les mentalités qui, toutefois, résistent : Ce n'est pas de la « bobologie » qui est effectuée, mais ce sont des « *prestations délivrées qui équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale (...) les prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet*⁵ ». Ce n'est pas non plus, la prise en charge ambulatoire qui « vole » les patients, mais c'est un changement de pratique qui bénéficie au patient

J'ai été missionnée pour réfléchir et répondre à cette demande d'augmentation de l'activité de la chirurgie ambulatoire. Cette demande s'inscrit dans un contexte local difficile soumis à des contraintes budgétaires et un absentéisme important du personnel

En choisissant de suivre le master « le management des organisations soignantes », j'ai voulu apprendre à appréhender une situation de façon holistique, à envisager les besoins au travers du processus en tenant compte des différentes dimensions et des relations de pouvoirs dans l'organisation, et ainsi accompagner le changement de manière objective, efficace et communicative afin de proposer ce projet.

⁵ Article D. 6124-301 du CSP du décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

II. LE CADRE CONTEXTUEL

A. Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?

1. Un peu d'histoire

C'est au début du siècle dernier que le Dr James H. Nicoll, chirurgien écossais a initié le concept de la chirurgie ambulatoire. Pionnier, il a décrit dès 1909, les premiers cas pédiatriques de chirurgie ambulatoire, et a remarqué que ses petits patients récupéraient mieux (sans infection) et plus vite en étant près de leur mère, à leur domicile.



Mais c'est dans les années 60, dans un contexte purement économique que la chirurgie ambulatoire est véritablement née aux Etats Unis: dans un premier temps, elle fut la solution pour désengorger les lits d'hospitalisation des établissements de soins , puis dans un second temps, face au contexte économique et social des années 80, la solution pour réduire les coûts hospitaliers. Par le biais de mesures financières, les organismes payeurs (dont par exemple Medicare) avaient décidé de rembourser totalement les frais chirurgicaux si les interventions étaient réalisées en ambulatoire, et à moindre taux, si ce n'était pas le cas. La chirurgie ambulatoire s'est peu à peu imposée... Considérée comme un élément qui va contribuer à la diminution des dépenses hospitalières, c'est au début des années 90, en France, que va commencer à se développer la chirurgie ambulatoire. Toutefois, ce développement était peu rapide, et en l'an 2000, « *cette modalité de prise en charge* » restait « *encore marginale*⁶ ».

La comparaison du contexte américain de l'époque au contexte français actuel permet de mieux cerner l'engouement du gouvernement français envers la chirurgie ambulatoire, et son « espoir » au travers de ses mesures incitatives, de la réorganisation des établissements de soins... de réduire les coûts de santé.

⁶ Bulletin d'information en économie de la santé n° 30 - mai 2000 - Questions d'économie de la santé

Depuis ces dernières années, le taux de chirurgie ambulatoire a incontestablement progressé en passant de 32 % des pratiques chirurgicales en 2007 pour atteindre près de 40 % en 2011. « *L'objectif partagé, à la fois ambitieux et réaliste, est de parvenir à une pratique ambulatoire majoritaire en 2016* ».

2. Définition

La chirurgie ambulatoire se définit comme « *une chirurgie qualifiée qui nécessite le recours à un bloc opératoire et pour laquelle le séjour des patients est inférieur ou égal à 12 heures*⁷ ». Trop longtemps jugée comme une chirurgie mineure, la chirurgie ambulatoire est maintenant considérée comme une chirurgie substitutive à la chirurgie conventionnelle. Elle devient le mode de prise en charge de référence. La chirurgie ambulatoire « *comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission.* »⁸

Qu'elle soit à visée thérapeutique ou diagnostique, la liste des actes ne cesse de s'accroître et concerne de plus en plus d'actes chirurgicaux de haute technicité. Toutefois, l'éligibilité du patient au centre du concept, demeure le facteur limitant. Cependant, il faut noter que « *l'avancée des techniques médicales fait reculer de jour en jour les cas d'exclusion* ».

Reflet du bouleversement de l'offre de soins en chirurgie, le développement de la chirurgie ambulatoire se pérennise et se confirme en termes de qualité (prise en charge optimale des patients) et d'efficience (maîtrise des coûts) pour les structures.

En effet, les avantages d'une intervention en ambulatoire sont nombreux tant pour le patient que pour l'institution

- Pour le patient, il s'agit du temps et des coûts d'hospitalisation réduits, de la maîtrise du risque des infections nosocomiales, des habitudes de vie ménagées et il n'y a pas de pertes de repères pour les personnes âgées ou les enfants ...
- Pour l'établissement, il s'agit d'optimisation de l'organisation et des ressources, de la diminution de la saturation des lits de chirurgie, de moindres coûts pour l'établissement de santé, et par effet « papillon » de l'assurance maladie...

⁷ Lettre DPC & Pratiques n° 60 – Décembre 2011 - Pr Corinne Vons – Chirurgie ambulatoire

⁸ Ibid.

3. La prise en charge des patients en ambulatoire

Selon la SFAR⁹, « Une sélection appropriée des patients permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence. Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles. Le concept fondamental est le triptyque acte patient structure qui correspond à l'analyse du bénéfice risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place. »

Facteur sûrement limitant, mais néanmoins sécuritaire, l'éligibilité du patient consiste à réunir l'ensemble des conditions requises pour pouvoir bénéficier d'une intervention en chirurgie ambulatoire. Cette éligibilité répond à 6 critères psycho-sociaux et à 2 critères médicaux :

✓ Critères psycho-sociaux :

- Le patient doit comprendre les règles spécifiques à une hospitalisation en ambulatoire et des prescriptions médicales
- Le patient doit faire preuve de compliance vis-à-vis des règles spécifiques à une hospitalisation en ambulatoire
- Le domicile du patient doit être compatible, en termes d'hygiène et d'architecture, avec un retour après une opération en ambulatoire (présence d'ascenseur quand opération sur les membres inférieurs, etc.)
- Le patient doit être raccompagné par un tiers jusqu'à son domicile après l'opération (par deux personnes lorsque le patient est un enfant de moins de 10 ans) et qui selon la prescription médicale, restera la nuit auprès de lui
- Le logement (ou lieu d'hébergement) du patient est situé à moins d'une heure de route d'un centre médical (hôpital, clinique etc.)
- Le patient doit disposer d'un téléphone à domicile ou portable en usage

✓ Critères médicaux :

- Le patient doit être âgé de plus de 3 mois
- Le patient présente un ASA¹⁰ 1, 2 ou 3 stabilisé

⁹ Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Texte long. Paris : SFAR ; 2009. www.sfar.org/_docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf

¹⁰ ASA Physical Status Classification System: 1 : Patient normal ; 2 : Patient avec anomalie systémique modérée ; 3 : Patient avec anomalie systémique sévère ; 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante ; 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention ; 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.

Les praticiens et anesthésistes vérifient que le patient réponde à ces critères en amont de l'intervention. Ils s'assurent que les patients ont bien compris les consignes et les règles données, selon l'article 1111-2¹¹ du code de la santé publique

✓ Parcours du patient

Le parcours du patient est composé de 3 étapes essentielles:

- la 1^{ère} étape correspond aux **consultations** médicales : celle-ci s'effectue en deux temps. Lors de la consultation du praticien, le geste opératoire est décidé et si le patient répond aux critères d'éligibilité, il propose au patient de la réaliser en ambulatoire. Toutefois, la prise en charge en ambulatoire ne sera entérinée qu'après la consultation d'anesthésie.

S'agissant d'une **organisation centrée sur le patient**, la 2^{ème} étape correspond à la coordination de son séjour (prise en charge administrative, préparation du dossier, ...) et à la programmation du bloc opératoire.

La 3^{ème} étape concerne la prise en charge du patient : celle-ci commence par **un appel téléphonique la veille de l'intervention** (rappel des bonnes pratiques préopératoires, jeûne opératoire, et heure d'arrivée) se poursuit par **la journée opératoire** qui ne peut dépasser 12 heures (opération et surveillance pré, péri et post opératoire) et son retour à domicile en fonction du score d'aptitude à la rue pour se terminer par **l'appel du lendemain** (vérification de la nuit).

En cas de problème durant la nuit, chaque patient doit pouvoir bénéficier d'un service d'urgence selon des modalités internes à chaque établissement : cela peut être la communication d'un numéro de téléphone médical ou paramédical, ou via les urgences. De plus, comme le préconise la réglementation, chaque patient quitte l'unité avec son courrier, son compte rendu opératoire et la fiche de consignes post-opératoire sur lequel est notifié le numéro d'urgence.

4. La chirurgie ambulatoire en termes de maîtrise des coûts

Dans le Quotidien du Médecin du 7 avril 2014, « *Pour 2014, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) vise les 600 millions d'euros d'économies, dont 320 millions sur le*

¹¹ L'article 1111-2 du code de la santé publique « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

médicament. Elle a défini dix programmes prioritaires dans laquelle est incluse la **chirurgie ambulatoire** ». Selon les nombreux articles qui apparaissent quotidiennement, nous sentons que de grands espoirs économiques sont fondés sur cette pratique.

Avant d'appréhender l'intérêt de la T2A en chirurgie ambulatoire, il me semble essentiel de s'intéresser à ce système de financement de façon générale¹².

« Depuis 2005¹³, l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés est financée par la tarification à l'activité (T2A) ». Ce système consiste à payer les établissements en fonction de leur activité, mesurée par groupe homogène de malades. (GHM). Le paiement à l'activité est fait en fonction des épisodes de soins. Le principe consiste donc de régler un seul tarif pour un même soin, en fonction de la description clinique complète des patients et des prestations fournies par l'établissement de santé.

Les prix des GHM sont établis au niveau national, de façon prospective.

La T2A permet la transparence en liant le financement à la production des soins, l'équité en payant le même prix pour le même séjour (séjour clairement identifié et comparable), l'efficacité en introduisant une forme de concurrence entre les établissements de santé.

La T2A est un système de financement : par conséquent, elle ne garantit en aucun cas la qualité des soins, ni la couverture des besoins.

Mal gérée, elle peut induire des effets pervers, comme en intervenant au sein de la qualité des soins soit en raccourcissant le séjour au dépend du patient, soit en sélectionnant le patient « rentable » en fonction du GHM¹⁴, soit en évitant les variations de *case-mix*¹⁵, ou soit encore en multipliant les gestes pour rentabiliser le GHM. Un autre effet pervers est d'augmenter l'activité de façon désordonnée, voire de « modifier l'équilibre des soins entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire et ainsi avoir des répercussions sur les coûts médicaux en médecine de ville » (Cash et al. 2003).

La chirurgie ambulatoire est systématiquement qualifiée comme efficace, cette dernière favorisant la maîtrise des coûts. De quelle manière ? La planification rigoureuse et efficace de la capacité d'accueil et de prise en charge des patients permet de fluidifier les flux au sein de la

¹² Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) - Zeynep Or, Thomas Renaud - IRDES – Mars 2009

¹³ La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

¹⁴ GHM : acronyme de groupe homogène de malades

¹⁵ Le *case-mix* désigne l'éventail des cas pris en charge et les niveaux de gravité des séjours associés.

structure, et donc de libérer des lits pour des patients plus lourds. « *Les soins sont délivrés au moment où les patients en ont besoin et le juste soin correspond à la fois à des soins de qualité et à un coût maîtrisé* »...

Des incitations tarifaires et réglementaires ont été établies pour accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, « *comme l'instauration d'un tarif unique*¹⁶ » pour certains GHM pris en charge en hospitalisation classique et ambulatoire, mais aussi des MSAP¹⁷ selon une liste de gestes marqueurs. Bien que positives, ces incitations ont eu des conséquences moins importantes que prévues, par méconnaissance des professionnels, par inadaptations des tarifs pouvant entraîner des pertes pour l'établissement si ces interventions étaient réalisées en ambulatoire, mais aussi par crainte de perdre des lits d'hospitalisation.

5. Que dit la législation ...

La chirurgie ambulatoire est, bien entendu, réglementée, et cette réglementation évolue en accompagnant le développement de cette activité.

A ce jour, nous pouvons citer :

✓ **La définition des structures d'alternative à l'hospitalisation** est précisée dans les articles L 6121-1 et L 6122-1 portant sur les modalités du schéma d'organisation sanitaire et des autorisations et dans les articles D 6124-301 à 305 du code de Santé Publique : « *les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comportant pas d'hébergement au bénéfice des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge* ».

✓ **Par rapport à la sélection et à l'implication des patients**, l'article D 6124-301 du code de Santé Publique définit l'alternative à l'hospitalisation « *au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge* », se concentre sur le patient et impose au praticien de se renseigner sur son environnement social.

¹⁶ Outils et recommandations économiques – Note de cadrage – HAS-ANAP – Avril 2012

¹⁷ MSAP : Acronyme de Mise sous accord préalable : cet accord devant être obtenu pour les interventions réalisées en chirurgie classique, la chirurgie ambulatoire étant considérée comme la norme.

De plus, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, précise en particulier le droit de recevoir les soins les plus appropriés ainsi que le droit et une procédure d'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales ;

L'article L 162-1-17 du code de la Sécurité Sociale introduit la possibilité d'une procédure de mise sous accord préalable pour certains actes chirurgicaux réalisés avec hospitalisation d'au moins une nuit, alors qu'ils pourraient théoriquement être réalisés en chirurgie ambulatoire ;

L'article L 1111-4 du code de la santé Publique prévoit qu' « *aucun acte médical (...) ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* ».

✓ **Tous les modes d'anesthésie sont autorisés** *En effet, le Code de santé publique (article D 6124-301) parle de « l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire » et précise aussi que « les prestations délivrées », en anesthésie « équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent, à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ».*

L'article D 6124-91 confirme que les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent apporter les mêmes garanties pour les anesthésies générales ou locorégionales que si elles étaient pratiquées en hospitalisation traditionnelle.

Néanmoins, les recommandations de la SFAR de 1990 concernant l'anesthésie du patient ambulatoire restent d'actualité et précisent que "*toute anesthésie générale, locorégionale ou sédation susceptible de modifier les fonctions vitales doit être effectuée et surveillée par ou en présence d'un médecin anesthésiste réanimateur qualifié*". Ces recommandations ne couvrent donc pas les anesthésies purement locales.

✓ **La sortie des patients** est, quant à elle, réglementée par les articles D 6124-101 «*un médecin anesthésiste réanimateur (...) autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement ...* » et D 6124-304 « *chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure (...) ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure (...)* » du code de santé publique, définissent les responsabilités des acteurs dans la sortie du patient.

✓ **Le circuit du patient** se base sur les articles D 6124-97 et suivants, du code de Santé Publique. L'article D 6124-302 exige que l'accueil et la salle de repos soient spécifiques,

mais ne dit rien sur la salle d'induction, le bloc opératoire ou la Salle de Soins Post Interventionnelle (SSPI) : l'acte est le même.

Il précise qu'« *au cours de la durée d'ouverture (...) les locaux affectés à chaque unité de soins qui composent la structure ne peuvent être utilisés pour une autre activité* »

Il est complété par le décret n° 95-993 du 28 août 1995 qui précise l' « *existence d'un secteur opératoire adapté aux activités pratiquées et d'une salle de repos réservée (...) comportant au moins l'arrivée de fluides médicaux* ».

✓ **En ce qui concerne le personnel**, les articles D 6124-303 et 305 du code de la Santé Publique (décret du 2 octobre 1992) précisaient le nombre et la qualification du personnel. Le ratio d'une infirmière pour 5 patients est supprimé dans le **décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation**, qui assouplit notamment, dans l'article D. 6124-303 (1er alinéa), le nombre de personnel. « *Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 6124-301-1 sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés.* ». L'effectif et la qualification des professionnels, qui dépend désormais du chef d'établissement, doit être évalué en fonction des besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux spécificités des soins de l'unité. Toutefois, le contexte de restriction budgétaire altère cette évaluation.

✓ **La continuité des soins** est quant à elle mentionnée par l'article. D 6124-304 du code de la Santé Publique dans les termes suivants « *les structures de soins mentionnées à l'article D 6124-301 sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés* »

✓ **En ce qui concerne les actes pris en charge**, aucun texte ne s'exprime sur la faisabilité ou pas d'un geste opératoire en ambulatoire. Selon l'instruction DGOS du 27 décembre 2010, « *Il s'agit de changer de paradigme* » En effet, il est préconisé « *de ne plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur la pratique des professionnels*

mais d'étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence ».

Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient. Avec le passage de 5 gestes en 2008, puis de 17 en 2009 à 38 gestes¹⁸ en 2012, les indications ne cessent de s'élargir et le nombre d'interventions en ambulatoire d'augmenter en référence à ces gestes marqueurs et non marqueurs...

✓ *« L'instruction N° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée » conditionne la facturation d'un séjour en unité ambulatoire de façon très précise.*

6. Et l'éthique¹⁹ dans tout cela ?

Mr Benmakhlouf écrit *« Le rappel des principes de bioéthique (...) est essentiel pour mesurer l'acte médical, mais aussi pour voir comment s'opère le cas échéant la hiérarchisation de ces principes²⁰. »*

C'est au travers du chemin clinique du patient que peuvent être interrogées les considérations éthiques.

Le choix de la prise en charge ambulatoire en elle-même renvoie **au principe d'autonomie**. Les explications claires apportées par le chirurgien et l'anesthésiste orienteront le patient à consentir ou non, à cette forme de prise en charge. A contrario, le praticien doit rester vigilant si un patient souhaite impérativement rentrer à son domicile, alors que les critères d'éligibilité ne sont pas tous validés.

L'organisation propre de la chirurgie ambulatoire, dans la mesure où celle-ci rend la prise en charge efficiente en termes de temps et de qualité des soins, interpelle le **principe de bienfaisance**. Le **principe de non malfaisance** peut être illustré par la prévention de la douleur et nausées vomissements, par la diminution des risques d'infections nosocomiales, des risques thromboemboliques et par la continuité des soins organisée.

¹⁸ Annexe 5 : Listes des 38 actes marqueurs

¹⁹ L'éthique, mot d'étymologie grecque, qui veut dire conforme à la morale, aux mœurs.

²⁰ MTMOS@13-14 - Cours de Mr A. Benmakhlouf – Ethique soignante et anthropologie des soins

La notion d'efficacité économique, qui ne peut être privilégiée au dépend de la notion du milieu social et qui renvoie à l'éligibilité du patient (addictions, hygiène...), justifie **le principe d'équité**.

La chirurgie ambulatoire a mis au centre de son organisation, le patient qui devient acteur de sa prise en charge. Le praticien doit néanmoins appliquer les recommandations de la chirurgie ambulatoire en fonction du contexte : « *Entre éthique de conviction et éthique de responsabilité, ou entre éthique du moindre mal et éthique de conviction, la question de la responsabilité individuelle demeure* » nous dit Sadek Beloucif.

B. La chirurgie ambulatoire selon la vision nationale

Considérée comme une priorité nationale, la chirurgie ambulatoire constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. « *En 2003, la France était l'avant-dernier pays de l'OCDE en matière de développement de la chirurgie ambulatoire. Des études menées en 2004 par l'Assurance Maladie en collaboration avec des établissements de santé ont démontré que, moyennant certains progrès organisationnels, 80% de la chirurgie pourraient être réalisés sous forme ambulatoire en France. L'enquête menée par l'Assurance Maladie en février 2007 indique qu'une très large majorité de Français (81%) serait prête à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire.* »²¹ Ressentie comme un moyen d'améliorer l'efficacité de l'hôpital, elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS²² (2011-2016). Depuis 2003, les politiques incitatives tarifaires, les mises sous accord préalables ou encore les conseils d'organisation comme les outils d'analyse et organisationnels de la MEAH²³, ont permis d'augmenter à 35%, la part des patients pris en charge en ambulatoire.

Néanmoins, la France est toujours en retard par rapport aux Etats-Unis (83%), en Grande-Bretagne (79%), aux pays du nord de l'Europe (70%) et au Portugal (45%). Il existe également d'importantes inégalités entre les secteurs publics (26,3%) et privés (46%), les régions et les gestes. Selon André Leroi-Gourhan, « *L'humanité change un peu d'espèce à chaque fois qu'elle change à la fois d'outils et d'institutions* ». Les outils ou institutions nous font franchir des étapes,

²¹ Elargir la maîtrise médicalisée à l'hôpital - Le plan d'action 2007- DU Chirurgie ambulatoire Paris XI –Cours du Dr G.Bontemps

²² SROS : schéma régional d'organisation des soins – PRS : plan régional de santé

²³ MEAH : mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

mais il existe un préjugé humain qui pose le fait que l'on reste toujours les mêmes, « *l'illusion de la permanence* »²⁴. Il est difficile de changer de paradigme en termes de soins.

Pourtant, l'état poursuit son objectif : « *A l'issue d'une concertation nationale associant l'ensemble des parties concernées, la cible d'une activité de chirurgie ambulatoire supérieure à 50% à horizon 2016 a été retenue à l'échelle du territoire. Cette cible a été inscrite dans la contractualisation de l'Etat avec les ARS pour la période 2012-16, en fonction de la situation de départ des régions et dans une perspective de réduction des écarts entre les régions*

Elle se reflètera entre autres

- par des aides, voire des accompagnements dans l'élaboration des projets.
- par des « outils » opérationnels définissant par exemple les chemins cliniques, l'énonciation d'indicateurs de qualité et d'efficience.
- par l'accès à des outils médio-économiques élaborés dans un programme commun de l'ANAP/Haute autorité de santé (HAS).
- par la poursuite, et l'intensification des mesures d'incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire.
- par la poursuite de la politique de mise sous accord préalable des établissements pour les actes ciblés, avec le passage de 17 à 38 gestes en 2012.
- par la sensibilisation des professionnels de santé au travers de travaux avec les sociétés savantes, et des actions de formation.
- par l'adaptation des conditions techniques de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire.

Dans le cadre du programme national, « *un état des lieux et un diagnostic partagé avec les acteurs régionaux, sur l'essor de la chirurgie ambulatoire en substitution aux prises en charge chirurgicales à temps complet* » a été demandé aux agences régionales de santé (ARS).

C. La chirurgie ambulatoire selon la vision régionale

La région Nord-Pas de Calais se définit d'une part, par une population dense, jeune et urbanisée stigmatisée par la précarité, le chômage et un taux de fécondité élevé, d'autre part, par le mauvais état de santé de sa population (obésité, pathologies liées aux addictions, ...). Néanmoins,

²⁴ MOS@13-14 - Cours de Mr A. Benmakhlouf – Ethique soignante et anthropologie des soins

cette dernière vieillit. Les territoires qui le composent, présentent de fortes disparités tant sociales que démographiques ou économiques nécessitant ainsi des leviers spécifiques aux enjeux locaux. Ces politiques sont établies par de nombreux acteurs (Région, Département, SROSS, EPCI, Commune ...) sur des périmètres géographiques d'action différents.

Depuis le Schéma Régional d'Organisation des Soins de troisième génération (SROS 3) initié par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, l'offre de soins du Nord-Pas de Calais n'a cessé de se regrouper, de façon à optimiser l'offre de soins.

Le SROS-PRS porte les objectifs d'améliorer l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population, de garantir l'accès et la qualité des soins. ²⁵ « *La mission de l'ARS²⁶ est de faire correspondre les besoins en santé d'une population à l'offre proposée, tout en ciblant les spécialités* » ²⁷. La chirurgie ambulatoire apparaît donc comme une opportunité pour la population dans cette région défavorisée.

Selon l'ARS Nord-Pas de Calais, « *au 1er octobre 2011, sur 80 établissements, 62 établissements de la région pratiquent la chirurgie Ambulatoire* » dont un centre autonome de chirurgie ambulatoire à Marconne.

Avec 39,9% d'interventions réalisées en chirurgie ambulatoire, la région Nord – Pas-de-Calais se place en deuxième position sur le territoire de national et a pour objectif de poursuivre le développement de la prise en charge ambulatoire

- en poursuivant et amplifiant les démarches de mise sous accord préalable des établissements pour certains actes
 - en anticipant les réorganisations de l'offre de soins de chirurgie qui en découlent
 - et développant la qualité et l'efficience des soins de chirurgie ambulatoire

Lors de sa présentation du projet régional de santé, Mr Lenoir, Directeur général de l'ARS Nord – Pas-de-Calais, insistera sur le fait qu'il faut « *Placer l'usager au cœur du système de santé et offrir un parcours de santé adapté à chacun d'entre eux*²⁸ »

« *Pour atteindre les objectifs qu'il a fixé, le plan stratégique régional de santé (PSRS) détermine 4 leviers d'action* ». Le développement des prises en charge ambulatoire est inscrit dans le 4ème

²⁵ Le maillage des pôles d'offre - Éléments de la problématique, sensibilité des acteurs et potentialités régionales. ORS Nord – Pas de Calais, Août 2013

²⁶ ARS : Acronyme de l'Agence régionale de santé

²⁷ MOS@13-14 - Cours de Mr X. Marchand – Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences

²⁸ Communiqué de presse - ARS Nord-Pas-de-Calais : publication le 13 janvier 2012 du PRS (projet régional de santé) 2012 - 2016

levier : " Mieux organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés" au travers du 4ème axe : "Améliorer l'organisation des parcours de soins au service des usagers». Les objectifs opérationnels sont: «Mieux prendre en compte le parcours du patient dans l'organisation des soins par l'hôpital" et « Développer la chirurgie ambulatoire » »²⁹

« Les agences régionales de santé (ARS) sont » donc « pleinement engagées dans cette dynamique au travers des schémas régionaux d'organisation des soins et de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans d'actions ciblés sur la période 2012-2016». Finalement, chaque établissement est (et doit être) concerné par le développement de la chirurgie ambulatoire au sein de sa structure.

D. Et au niveau institutionnel, qu'en est-il ?

Dans un premier temps, je présenterai l'institution, puis j'aborderai le service sur les plans architectural et organisationnel

1. Le Centre Hospitalier de Roubaix

Situé au centre de Roubaix, le centre hospitalier concourt aux soins de la population du Versant Nord-Est de la Métropole Flandres Intérieure, dans la zone de proximité de Roubaix-Tourcoing

a. De façon générale,



Le centre hospitalier de Roubaix se classe parmi les plus grands centres hospitaliers généraux de France. Sa structure, la taille de la population desservie, la diversité des compétences présentes, les moyens mis à sa disposition l'identifient comme un Centre Hospitalier référent de territoire. Situé sur le versant Nord -Est de la métropole lilloise, à 15 kms d'un centre hospitalier universitaire.

²⁹ Schéma régional d'organisation des soins du Nord Pas-de-Calais pour 2012 - 2016

Face aux nombreux établissements sanitaires privés et publics relevant de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique et des soins de suites et de réadaptation, la concurrence reste très forte sur le territoire.

b. Au niveau humain,

Avec 3100 salariés (médecins, soignants, personnel administratif et technique), il est également l'un des premiers employeurs de la ville de Roubaix. Il assure les activités de Médecine, de Chirurgie, de Gynécologie Obstétrique, de soins de suite et de prise en charge des personnes âgées. C'est un établissement à vocation sanitaire générale qui offre la plupart des compétences hospitalières aiguës à une population de 300 000 habitants en proximité et de 500 000 habitants en recours, en collaboration avec les hôpitaux de Tourcoing et de Wattrelos.

La population du Versant Nord-Est de la Métropole Lilloise, dont les villes principales sont Roubaix, Tourcoing, Marcq-en-Barœul et Wattrelos, se caractérise par sa diversité culturelle, sa jeunesse (36% de la population de Roubaix à moins de 25 ans) et un fort niveau de précarité (familles monoparentales, isolement...). La population a de façon générale un niveau d'étude bas, d'où un niveau socioéconomique très bas, à mettre en relation avec un taux de chômage deux fois supérieur à la moyenne régionale.

La population, bien que vieillissante, est en moyenne plus jeune que la population française,

- 84% de moins de 60 ans contre 79% à l'échelle de la France,
- 16% de plus de 60 ans contre 21% à l'échelle de la France.

« L'indice de vieillissement est mécaniquement très bas en raison de la surreprésentation des classes d'âge jeunes³⁰ ». L'indice de grand vieillissement est, quant à lui, élevé ce qui traduit la présence notable de personnes de grands âges.

c. Sur le plan stratégique

Selon l'action 45 du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012, le Centre Hospitalier de Roubaix s'est engagé avec les Centres Hospitaliers de Tourcoing et de Wattrelos dans la création d'une Communauté Hospitalière de Territoire(HT) ³¹ Roubaix-Tourcoing-Wattrelos sur la base du projet médical de territoire du Versant Nord Est. Compte tenu des

³⁰ Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé - CLS de Roubaix - juin 2012

³¹ Innovation de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), la HT est la forme de droit commun des coopérations hospitalières publiques

enjeux actuels en termes de démographie médicale, d'équilibre budgétaire des établissements, d'accessibilité de l'offre de soins, la définition d'une stratégie commune et la mutualisation de moyens permettent d'améliorer la performance des établissements de santé et d'accroître la qualité et la sécurité des soins qu'ils dispensent. La Communauté Hospitalière de Territoire est une formule juridique de coopération dédiée aux établissements publics de santé, créée par la loi HPST³².

Le projet médical 2013 – 2017 s'oriente autour de huit axes, dont celui de structurer l'organisation de l'offre de soins autour des cinq principaux types de prises en charge. La fiche d'orientation n°4 notifie le développement de l'hospitalisation ambulatoire dans l'ensemble des disciplines avec notamment l'objectif de « *Développer le recours à la chirurgie ambulatoire pour l'adulte et l'enfant pour atteindre un taux de chirurgie ambulatoire de 38 %* ».

Le projet d'établissement 2013-2017 définit la politique globale de l'établissement pour les 4 années à venir. Il s'articule autour du projet médical, construit en cohérence avec le Plan Régional de Santé (PRS). Structuré autour de huit axes, il tend à modifier à terme, l'organisation de l'établissement et insiste sur la qualité et la sécurité des soins, mais aussi la nécessité absolue de s'ouvrir aux autres établissements publics de la métropole et à tous les professionnels de santé du territoire. Il s'agit d'« *optimiser l'offre de soins en proposant des actions innovantes et créatives, susceptibles d'exercer une influence sur la prise en charge des malades, sur l'organisation du système de santé et sur les professions elles-mêmes* »³³.

En 2007, le Centre Hospitalier de Roubaix a opté pour l'avenir, en ouvrant ses activités à la chirurgie ambulatoire. Intégré dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) du Centre Hospitalier de Roubaix et s'agissant d'un programme de restructuration, le développement de cette unité a été financé avec le soutien de l'ARH Nord Pas-de-Calais. Cette unité répondait notamment à la volonté de raccourcir les durées d'hospitalisation dans un souci de bien-être des patients, et s'inscrivait aussi dans un contexte de réduction des dépenses de santé et d'optimisation des moyens de l'établissement.

³² MTMOS@13-14 - Cours de Mr D. Letourneau – Hôpital, patient, santé, et territoire

³³ Laurent HENART- Yvon BERLAND - Danielle CADET, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, Janvier 2011

d. Les pôles du Centre Hospitalier de Roubaix

La mise en place des pôles d'activité a été initiée en 2003, par la nouvelle gouvernance hospitalière³⁴. Après de multiples balbutiements, le centre Hospitalier de Roubaix s'est finalement décidé sur la mise en place de huit pôles, ayant à leur tête, un médecin, responsable de pôle, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif de pôle, qui est directeur.

Ces pôles répondent essentiellement à une logique de filière de prise en charge et permettent de mutualiser les ressources dans l'objectif de réduire les dépenses.

Ils sont intitulés pôle « chirurgical », pôle « gériatrique », pôle « SSR », pôle « médico-technique », pôle « vasculaire », pôle « urgences pédiatrie-réa-cardio », pôle « femme-mère-enfant », et enfin pôle « médecine et cancéro ».

Le pôle chirurgical est composé de l'anesthésie V. Provo, de la chirurgie orthopédique et traumatologique, de la chirurgie viscérale et digestive, de l'ophtalmologie, de la stomatologie, de l'urologie, des consultations centralisées et des spécialités, du bloc opératoire, du DIM (Département d'Information Médicale) et de l'unité de soins ambulatoires (USA).

Il bénéficie de 92 lits d'hospitalisation répartis sur le 1^{er} étage, et 17 places au sous-sol à l'USA. Cette unité, inhérente au pôle chirurgical est un service prestataire. A ce titre, elle accueille aussi des spécialités issues du pôle « médecine et cancéro » (avec la gastroentérologie, la pneumologie, et l'ORL³⁵) et aussi du pôle vasculaire.

2. L'unité des Soins Ambulatoires

L'unité de soins ambulatoires de l'hôpital de Roubaix entre dans le cadre d'une « *structure de fonctionnement autonome, c'est-à-dire qu'elle dispose de locaux d'accueil et de séjour dédiés, avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel*³⁶ ».

³⁴ L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation constitue la première étape de la mise en œuvre du plan Hôpital 2007.

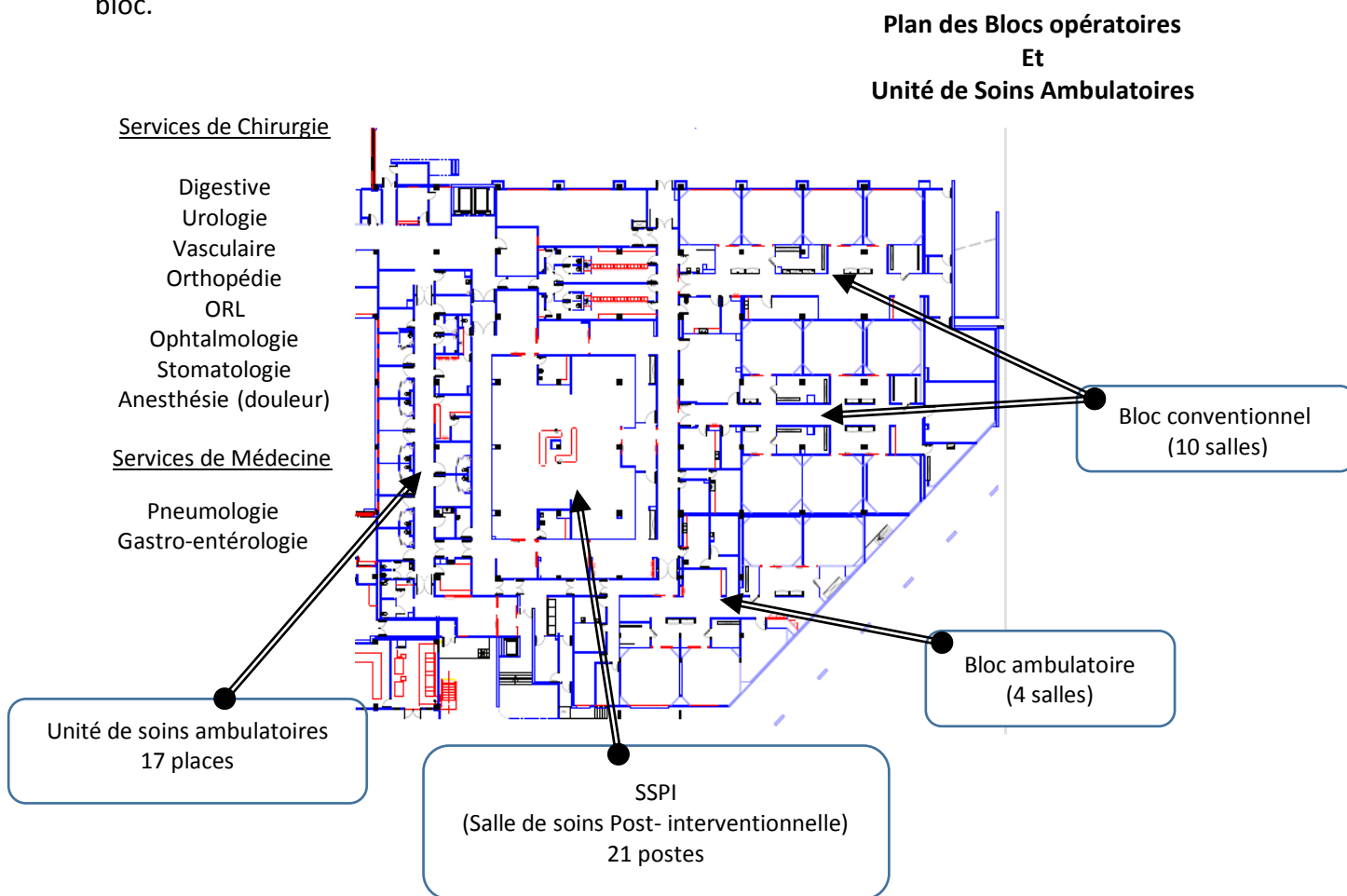
³⁵ ORL : acronyme d'otorhinolaryngologie

³⁶ http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201204/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf

a. Le bloc ambulatoire

Situé au sein du bloc central, le bloc ambulatoire dispose de 4 salles d'intervention dont une spécifique à l'ophtalmologie. Toutefois, ces salles sont intégrées au plateau technique de l'hospitalisation classique. Il bénéficie d'une SSPI³⁷ commune.

L'organisation du bloc opératoire est faite de manière que le bloc ambulatoire dispose des mêmes moyens humains (IBODE, IADE, Anesthésiste ...) et matériels que le bloc central : son fonctionnement fait partie intégrante du fonctionnement global. C'est pourquoi, il n'est guère possible d'augmenter les plages opératoires sans réfléchir à l'impact résultant sur l'ensemble du bloc.



Toutefois, s'il faut noter que l'organisation actuelle peut permettre au bloc ambulatoire de s'adapter à toutes les configurations, à l'opposé cela induit des difficultés comme les oublis liés aux exigences de la pratique ambulatoire (sortie des patients au fil de l'eau, programmation rigoureuse à respecter ...), le risque d'un retour au comportement traditionnel (le patient n'est

³⁷ SSPI : acronyme de salle de soins post interventionnel

plus au centre du système) et des dysfonctionnements organisationnels dans la pratique de la chirurgie ambulatoire (passage d'un secteur à l'autre sans rigueur, hospitalisation dite « foraine »³⁸).

b. L'unité de soins ambulatoires

Située au sous-sol de l'hôpital Victor Provo, adjacente au bloc opératoire, l'unité de soins ambulatoires (USA) est composée de 17 places soit 9 lits brancards installés dans des chambre individuelles, 4 lits brancards situés dans des chambres doubles et 4 fauteuils brancards réunis dans une pièce. L'unité ambulatoire reçoit les patients de 7h à 19h30, du lundi au vendredi.

Pour l'ouverture de l'unité, les infirmières ont été recrutées en fonction de leurs compétences. En effet, elles sont issues de divers horizons et cette pluridisciplinarité a permis de partager leur maîtrise des soins techniques, de réaliser l'éducation de certains patients et d'obtenir la confiance des chirurgiens prestataires. Grâce à ce partage des connaissances, les patients ont bénéficié, dès le début, d'une prise en charge de qualité qui a créé une dynamique au sein de la structure.

Les patients sont accueillis à partir de 3 mois, en fonction des critères d'éligibilité de l'ambulatoire que nous avons vu précédemment. Ces critères concernent particulièrement le patient, mais aussi l'entourage qui est sollicité. En effet, la population roubaisienne est très diversifiée, et la langue française n'est pas toujours maîtrisée.

A Roubaix, les patients doivent aussi accepter les règles de fonctionnement de l'USA et admettre que leurs départs de l'USA dépendent de l'autorisation médicale. Ils repartiront avec le compte-rendu opératoire et lettre de sortie, les consignes post opératoires et le numéro d'appel en cas d'urgence et si nécessaire, un rendez-vous de consultation de contrôle est programmé. En cas de problème durant la nuit, il aura l'opportunité de contacter directement, un médecin anesthésiste.

³⁸ Est appelée « hospitalisation foraine », le séjour de tout patient opéré en ambulatoire, mais hospitalisé dans un service d'hospitalisation conventionnel et non pas en unité de ambulatoire. Ce patient, immergé dans un service conventionnel, ne bénéficie pas de la culture ambulatoire.

Ces patients sont issus de 11 spécialités, comme de la traumatologie- orthopédie (chirurgie de la main, arthroscopie du genou...), du vasculaire (surtout des varices), du digestif (hernies, cholécystectomies, hémorroïdes ...), de l'urologie (des lithotrities, urétéroscopies), de l'ophtalmologie (chirurgie de la cataracte, mais aussi du strabisme), de l'ORL (notamment des végétations, et drains), des extractions dentaires, de la plastique (plasties cutanées), de la gastro-entérologie, en moindre nombre de la pneumologie et de l'anesthésie (dans le cadre de la douleur).

L'équipe paramédicale est composée d'un cadre IBODE, de 6 infirmières (ETP : 5.0), et de 2 aide soignantes. Deux secrétaires médicales complètent cette équipe. L'unité est supervisée par un médecin coordonnateur qui est anesthésiste. L'équipe travaille 35h par semaine (du lundi au vendredi), et bénéficie de 4 périodes de congés imposées et disposées sur les congés scolaires.

Les décisions organisationnelles sont prises en relation entre le médecin coordonnateur et le cadre du service. La communication est essentielle pour travailler en cohérence. Une charte régit le fonctionnement de l'unité. Un tableau de bord³⁹ permet de suivre et d'analyser l'activité, d'alerter et de corriger en cas de dysfonctionnement ou de modifications inquiétantes.

La chirurgie ambulatoire, inscrite dans les priorités nationales, régionales et territoriales, perd progressivement son statut de chirurgie alternative et se voit modifiée en chirurgie de référence. L'augmentation de l'activité devient une priorité pour les établissements, mais cela induit des modifications en termes d'organisation, mais aussi en termes de représentation. Comme nous l'avons vu dans cette première partie, la mise en place et l'augmentation de la chirurgie ambulatoire est un des challenges français actuels. Lors d'une audition à l'Académie Nationale de Chirurgie en décembre 2013, la FHF a rappelé « *combien le développement de la chirurgie ambulatoire était une priorité pour les hôpitaux publics, parce qu'elle est un vecteur de qualité accrue des soins, d'amélioration des pratiques mais également parce qu'elle est un facteur d'efficience*⁴⁰ »

³⁹ Annexe 2 : Suivi du tableau de bord

⁴⁰ <http://www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire-a-l-hopital-public-vrais-enjeux-et-faux-debats>

« Il n'existe rien de constant, si ce n'est le changement »

Bouddha

Le Centre Hospitalier a décidé d'investir depuis 2007 sur la chirurgie ambulatoire. Actuellement, il doit essayer de répondre aux objectifs nationaux d'effectuer 50% des activités en ambulatoire, à l'horizon de 2016.

Nous sommes en 2014, et déjà à ce jour, il n'est pas possible d'accueillir tous les patients élus dans l'unité de soins ambulatoire. Cadre de santé de proximité de cette unité et missionnée par le directeur coordonnateur des soins, il m'a été demandé de réfléchir sur les modalités permettant de favoriser l'augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire. En effet, la pratique de l'hospitalisation foraine⁴¹ persiste par facilité, mais aussi à cause de l'incapacité de l'USA d'intégrer toute l'activité.

Toutefois, la considération organisationnelle de la chirurgie ambulatoire qui replace le patient au centre du système, en fait une innovation. Qui dit innovation implique une modification, voire un changement de pratique, et qui dit changement introduit de la résistance. Il est essentiel en appréhendant ce projet de ne pas oublier le facteur humain. L'impact sur les autres services de soins ne peut être ignoré, et c'est pourquoi, il est impératif d'avoir une vision transversale dans ce projet et de travailler en collaboration avec l'encadrement, les équipes, les médecins et la hiérarchie à la mise en place de ce projet.

De multiples spécialités, de multiples acteurs, de multiples freins... entrent en jeu.

Alors, comment puis-je, en tant que manager de l'hôpital, contribuer à aider cet établissement de santé à atteindre les objectifs nationaux d'augmentation d'activité de la chirurgie ambulatoire et assurer que ce projet se réalise dans les meilleures conditions d'organisation ?

L'étude de l'activité et l'analyse de l'organisation actuelle ainsi que l'évaluation du parcours de soins permettront d'évaluer objectivement la situation actuelle. Celles-ci me permettront d'orienter ma réflexion afin de proposer des organisations et des échéanciers pour répondre aux objectifs de l'hôpital.

En parallèle, les concepts abordés me permettront d'étudier les différentes façons d'introduire ces modalités organisationnelles et managériales au sein des équipes.

⁴¹ La chirurgie ambulatoire est qualifiée de « foraine » quand l'hébergement des patients n'est pas différencié du reste du secteur chirurgical d'hospitalisation. Ce type d'hospitalisation est problématique, car il s'oppose à la « culture ambulatoire », qui s'inscrit dans une démarche de maîtrise des risques associés aux soins et qui préconise de mettre le patient au centre de son fonctionnement.

III. LE PROJET MANAGERIAL

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à l'existant afin de délimiter le périmètre de ce projet.

A. Constat de l'existant

1. L'organisation actuelle

a. De façon générale,

Nous avons abordé précédemment la présentation architecturale du service

Pour rappel, l'unité de soins ambulatoire (USA) est située au sous-sol, à proximité du bloc opératoire. Elle bénéficie d'un bloc opératoire satellite, dont l'organisation est intégrée au sein du bloc conventionnel.

Dotée de 17 places, l'USA accueille les patients de 11 spécialités (9 Chirurgicales et 2 médicales) de 7h à 19h30.

L'équipe est réduite, travaille sur 35h, du lundi au vendredi et bénéficie de congés imposés. La connaissance des modalités de la chirurgie ambulatoire est indispensable, pour une prise en charge optimale des patients.

b. La programmation

Le chirurgien programme le patient informatiquement en fonction de sa spécialité, et coche l'option ambulatoire. Il n'a pas de regard sur les autres spécialités et peut programmer autant de patients qu'il le souhaite dans la mesure où il respecte l'amplitude de la plage opératoire qui lui est octroyée. Sur une même plage, le chirurgien peut programmer des patients dits « ambulatoires » et des patients dits « conventionnels ». Cette programmation influe sur la programmation du bloc, et parallèlement sur la programmation de l'hospitalisation en unité de soins ambulatoire, et bien entendu sur l'hospitalisation conventionnelle. L'activité étant

pluridisciplinaire, les chirurgiens doivent privilégier les patients relevant des actes marqueurs⁴², avant d'élargir la liste à d'autres actes.

Un petit saut dans l'histoire nous rappelle que dans un premier temps, le principe d'une répartition hebdomadaire des lits entre les spécialités avait été retenu, mais il a été mis en évidence que l'octroi d'un lit supposait une certaine « propriété » et que celle-ci pouvait ou non être honorée. Il en résultait que le nombre de patients était, certains jours, inférieur à la capacité d'accueil du service, voire même négative. En avril 2008, il en a été décidé autrement et depuis chaque praticien a pu programmer des interventions en fonction de ses besoins. Cela a permis d'augmenter l'activité de l'USA, de façon conséquente, mais pour certains jours, c'est aussi devenu problématique : l'USA ne peut pas recevoir la totalité des patients et doit les héberger dans des services conventionnels.

L'officialisation du programme opératoire est réalisée à J-10, lors du conseil de bloc hebdomadaire. Les difficultés d'accueil de l'USA peuvent être évoquées, mais n'influent en aucun cas sur cette dernière. Il n'y aura pas d'intervention reportée en raison d'une impossibilité d'accueil en unité de soins ambulatoires. Les chirurgiens préfèrent opter, dans ce cas, pour une hospitalisation dite « foraine »

La programmation informatique des interventions est faite par les chirurgiens en fonction de l'ouverture de leurs plages opératoires. Au bloc opératoire, la secrétaire relève l'ensemble des interventions issues des secteurs conventionnels et ambulatoires pour la réunion hebdomadaire. Cette dernière permet de valider le programme du bloc opératoire à dix jours.

La programmation des patients à l'USA : Les chirurgiens, dans la majorité des cas composent leur programme opératoire en combinant des patients issus de l'unité ambulatoire, mais aussi du secteur conventionnel. La combinaison de patients hospitalisés en chirurgie conventionnelle et en chirurgie ambulatoire dans le programme opératoire, permet de réaliser des rotations de patients en ambulatoire : L'amplitude horaire du programme opératoire⁴³ au bloc ambulatoire est de 8 à 16h pour une hospitalisation de 7h à 19h30, et il y a jusque huit spécialités, certaines journées, pour dix-sept places.

⁴² Annexe 5 : Les actes marqueurs

⁴³ Annexe 1 : Planning opératoire

Par exemple, il est possible de programmer quelques patients en ambulatoire de 8h à 10h, poursuivre sur une ou deux interventions du conventionnel et terminer par d'autres patients en ambulatoire à 13h.

C'est actuellement l'une des manières de générer du turn-over⁴⁴. Toutefois, ce dernier est soumis à la volonté médicale de venir dans l'unité, procéder à la sortie des patients. En effet, pour valider la sortie du patient, un horaire de sortie est notifié par l'anesthésiste en SSPI, et le chirurgien vient valider la sortie. La réglementation ne sollicite qu'une seule signature médicale, mais à Roubaix, c'est un choix médical.

Le cadre de santé, voire l'infirmière coordonnatrice, organise la journée opératoire en planifiant à 48h l'ordre et les horaires d'arrivée des patients. Cet exercice est difficile, car de nombreux critères entrent en ligne de compte comme le sexe, l'âge des patients, les priorités indiquées par le chirurgien qui veut fixer l'ordre de passage pour ses patients (ordre restant néanmoins négociable), la classification d'Altemeier⁴⁵, qui permet de répartir les interventions chirurgicales selon le risque de contamination et d'infection postopératoire, les délais de durée interventionnelle et d'hospitalisation, le type d'anesthésie, la possibilité de réaliser du turn-over et parfois les demandes des patients. Les patients sont convoqués une heure avant leur intervention.

Au sein du bloc opératoire, la programmation prévue est, dans la mesure du possible, respectée. Toutefois, des rajouts aléatoires ou des modifications peuvent survenir, et ceux-ci désorganisent l'unité. Parfois, elles sont trop tardives et soit les patients ne peuvent pas sortir, soit les interventions sont annulées.

c. L'accueil des patients

L'USA est dotée de 17 places réparties en 13 lits dans 9 chambres individuelles et 2 chambres doubles et une salle avec 4 fauteuils.

Dans la salle commune de places, l'utilisation des fauteuils est minorée, ce qui réduit la capacité de l'unité le plus souvent à 13 lits. En effet, suite à quelques chutes, les fauteuils sont seulement

⁴⁴ Annexe 2 : Turn over après 12h

⁴⁵ Annexe 5 : La classification d'Altemeier du risque intrinsèque d'un type d'incision particulier est basée sur celle de l'American College of Surgeons (Altemeier), qui définit 4 catégories : Chirurgie propre, Chirurgie propre-contaminée, Chirurgie contaminée, Chirurgie sale ou infectée

utilisés pour les patients éveillés ayant subi une anesthésie loco-régionale (ALR) ou une AL du membre supérieur et de l'œil. De plus, les patients doivent être valides pour se hisser sur ces fauteuils. Enfin, les 4 patients doivent être du même sexe.

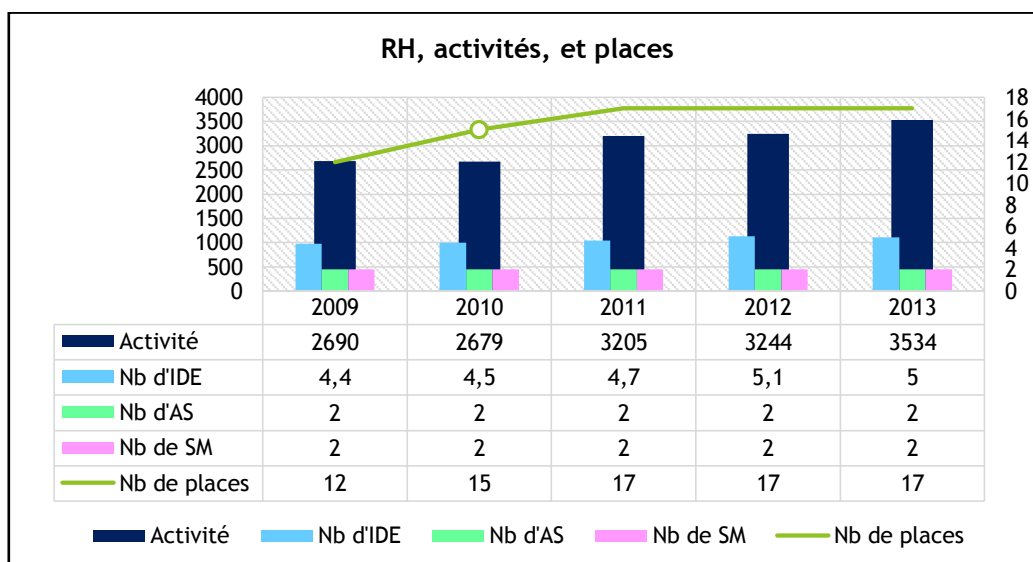
2. Activité de la chirurgie ambulatoire

a. Les données liées à l'évolution de l'activité depuis 2009

✓ Les données liées à l'activité depuis 2009

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Pneumologie | | | 1 | 2 | 1 |
| Chirurgie Plastique | | 23 | 31 | 21 | 68 |
| ORL | 144 | 174 | 193 | 185 | 182 |
| Ophtalmologie | 746 | 543 | 552 | 524 | 621 |
| Stomatologie | 303 | 287 | 427 | 394 | 310 |
| Traumatologie | 521 | 479 | 557 | 430 | 410 |
| Urologie | 85 | 120 | 194 | 243 | 222 |
| Chirurgie Viscérale | 314 | 361 | 304 | 337 | 425 |
| Chirurgie Vasculaire | 67 | 71 | 71 | 81 | 96 |
| Gastro-entérologie | 510 | 611 | 866 | 1016 | 1188 |
| Douleur SSPI | | 10 | 9 | 11 | 11 |
| Total patients | 2690 | 2679 | 3205 | 3244 | 3534 |
| | | | -11 | +526 | +39 |
| | | | | +290 | |

✓ Les données liées aux ressources humaines depuis 2009



b. Evaluation et analyse des données

En 2009, on remarque une diminution, qui est liée aux départs de praticiens en traumatologie (départ d'un chirurgien, coordonnateur de l'USA) et d'un ophtalmologue. Toutefois, bien que ces deux chirurgiens étaient de gros utilisateurs, ces départs ont été compensés par la gastro entérologie et la chirurgie viscérale avec la MSAP⁴⁶ des hernies.

En 2010, il y a une nette amélioration liée à l'agrandissement de l'USA : 5 places supplémentaires. Pratiquement toutes les spécialités ont augmenté en termes d'activités.

En 2011, l'activité s'est régularisée par rapport à l'année précédente, la situation politique du centre hospitalier étant problématique à l'époque.

En 2012, suite à une modification de la programmation opératoire et l'ouverture de salles d'intervention, l'après-midi, il y a eu un meilleur turn-over qui a permis cette augmentation.

En 2013, l'activité en chirurgie ambulatoire a continué à augmenter, le turn-over est mieux maîtrisé mais il y a des difficultés à accueillir tous les patients de chirurgie ambulatoire.

A remarquer que l'activité de la gastroentérologie est en constante progression depuis 2008.

Depuis 2009, en passant de 12 à 17 places, l'activité à l'USA a vu son activité, augmenter de 844 patients. Le personnel infirmier en place, a connu à la marge, quelques modifications de leur nombre en équivalent temps plein, selon des départs à la retraite ou des réductions de travail demandées. A ce jour, il y a 6 IDE réparties, dont 1 IDE à temps plein et 5 IDE à 0,80%.

Le nombre d'aides-soignantes et celui des secrétaires reste constant

Pourtant le nombre de patients a bien augmenté au cours de ces années, augmentant la charge de travail de façon conséquente ainsi que le turn-over.

3. Les freins relevés dans cette première analyse

De cette première lecture de l'organisation actuelle, j'ai relevé plusieurs freins qui pourraient orienter nos réflexions.

⁴⁶ MSAP : acronyme de mise sous accord préalable

a. Les freins relevés

✓ **Au niveau de la programmation :**

Il n'y a pas de places dédiées par spécialité au sein de l'unité.

La multiplicité des spécialités compliquent la prise en charge et la gestion du turn-over

Les chirurgiens préfèrent parfois, opter pour une hospitalisation dite « foraine », moins formalisée, plutôt que d'optimiser l'utilisation de l'USA.

Les capacités du système informatique sont insuffisantes. Il ne permet pas de bloquer la programmation, ni de délivrer de messages d'alerte.

Interventions ambulatoires, conventionnelles et foraines peuvent être réalisées sur une même plage opératoire.

Certaines spécialités sont en constante progression.

✓ **Au niveau du bloc opératoire**

Il existe un bloc satellite, mais qui n'est pas pris en compte par l'organisation générale du bloc.

Des désorganisations au sein du bloc opératoire (urgences, interventions tardives) peuvent survenir et compromettre l'organisation de l'USA

Le turn-over est soumis à l'autorisation médicale, car il est nécessaire que les praticiens sortent du bloc opératoire pour valider les sorties.

L'USA est dotée de 17 places, mais seulement 13 d'entre elles sont systématiquement utilisées.

Il y a plusieurs chambres communes

✓ **Au niveau du personnel**

L'activité est croissante et le nombre de personnel reste constant. La fatigabilité de l'équipe est évoquée dans les périodes difficiles où le nombre de patient est très important

Certaines compétences sont spécifiques

Les accords locaux (35h, congés imposés) figent le système

b. Prémices d'une stratégie éventuelle

Grâce à l'analyse SWOT (Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats) ou AFOM (Atouts – Faiblesses – Opportunités – Menaces), un début de stratégie de développement « *en maximisant*

les potentiels des forces et des opportunités et en minimisant les effets des faiblesses et des menaces » va se dessiner comme suit.

| | POSITIF (Pour atteindre l'objectif) | NEGATIF (Pour atteindre l'objectif) |
|--|--|--|
| ORIGINE INTERNE (Organisationnelle) | FORCES Processus maîtrisé Respect des bonnes pratiques Légitimité de cadre de l'USA (IBODE et DU) Coordonnateur anesthésiste Connaissance pointue des équipes Motivation des équipes Planification précise Proximité du bloc opératoire | FAIBLESSES Processus en lien avec le bloc opératoire Coexistence de la chirurgie conventionnelle Turn-over (Signature chirurgicale) Saturation du service (programmation) Nombre de places : utilisation sur 13 places quotidienne Equipe paramédicale réduite Annulations à J-1 et J-2 Système informatique |
| ORIGINE EXTERIEURE (Environnementale) | OPPORTUNITES Projet national Décret du 20 aout 2012 relatifs aux hospitalisations alternatives Demande institutionnelle Projets de restructurations Efficience Actes marqueurs Demande des usagers | MENACES Concurrences privées Réorganisation à moyens constants Résistance au changement médicale Sous-effectif anesthésiste Hospitalisation « foraine » |

« **Comment utiliser les forces dans le but de tirer profit des opportunités?** » Les opportunités sont essentiellement en lien avec les injonctions nationales et la législation. Dans ce cadre, les projets en lien avec la chirurgie ambulatoire sont valorisés et ces derniers préconisent l'augmentation de l'activité, mais aussi la formation pour une prise en charge optimale. La mise sous accord préalable de certains actes (MSAP) incite les chirurgiens à se tourner vers cette pratique.

« **Comment utiliser les forces afin de réduire l'impact des menaces potentielles?** » La connaissance pointue de la chirurgie ambulatoire de l'équipe et du cadre de santé favorise la prise en charge de toutes les spécialités. Le coordonnateur, qui est anesthésiste, a une vision transversale du bloc opératoire et est l'interlocuteur privilégié des praticiens.

Le processus du parcours du patient est maîtrisé par l'équipe paramédicale, toutefois celui-ci doit être évalué régulièrement.

Une communication avec le bloc opératoire, à partir de la planification précise des patients de l'USA, permet de prévenir, voire d'expliquer les difficultés ponctuelles qui pourront advenir, de façon qu'un consensus puisse être trouvé.

« Comment faire pour pallier les faiblesses qui nous empêchent de tirer profit des opportunités? » Le décret du 20 août 2012 relatifs aux hospitalisations alternatives préconise la

mise en place d'une structure dédiée avec une équipe dédiée.

Le turn-over ne peut être effectué que si le score d'aptitude à la rue est validé et si le praticien vient signer la sortie : aussi mobiliser le coordonnateur au sein du bloc, peut parfois permettre ce turn-over.

Treize places sont quotidiennement utilisées : comment modifier cela ?

L'étude du processus interne au bloc pourrait être utile.

Une meilleure appréhension des annulations à J-1 et J-2⁴⁷ doit être faite afin de ne pas pénaliser l'activité.

« Comment contrecarrer les faiblesses afin qu'elles ne donnent pas libre cours aux menaces? »

La nécessité de cadrer la chirurgie ambulatoire, ainsi que la communication et la formation des praticiens est un point essentiel afin de lever les résistances. Former les chirurgiens, les sensibiliser aux avantages de cette forme de chirurgie conditionne l'augmentation de l'activité.

L'augmentation, sans modification des pratiques, favorise la chirurgie foraine par manque de places et de turn-over insuffisant. Par ailleurs, augmenter l'activité freinerait les concurrences des établissements privés et renforcerait l'image de l'établissement de santé.

c. Propositions générales

Une réorganisation s'avère nécessaire afin de répondre à la demande de la direction et plusieurs idées sont apparues comme

- la révision du programme opératoire.

A ce jour, un programme opératoire est fixé et chaque praticien peut prévoir des patients conventionnels et ambulatoires. L'organisation au sein de leur programme est fixée à 48h et l'ordonnancement des patients est prévu en fonction des capacités d'accueil et du turn-over prévisionnel. De plus, chaque spécialité s'est vue affecter un certain nombre de plage opératoire par semaine. Ensuite, au sein de chaque spécialité, la répartition s'est faite en fonction des possibilités de chacun selon leurs contraintes personnelles et les consultations.

⁴⁷ Annexe 2 : Les annulations

Idée 1 : Meilleure répartition des spécialités ambulatoires : En prévoyant le programme opératoire ambulatoire le matin, cela faciliterait la gestion de l'activité de l'après-midi. Une prise en charge au bloc trop tardive augmente le risque de repli vers le conventionnel.

De plus, durant les congés, maintenir la plage en fonction de la présence du praticien favoriserait la programmation

Idée 2 : Mise en place de plages spécifiques en ambulatoire (avantages et inconvénients)

Si des plages ambulatoires hebdomadaires par spécialité étaient imposées, c'est-à-dire programmer tous les patients d'ambulatoire d'une spécialité sur une journée, cela permettrait il de mieux gérer l'activité ?

Toutefois dans ces 2 idées, une réorganisation des praticiens est sous entendue. En effet, la répartition s'est faite en fonction des possibilités de chacun selon leurs contraintes personnelles. Cela entraîne pour eux, au sein de chaque spécialité, une modification de leur organisation personnelle, par rapport aux consultations et à leur activité dans le service de soins conventionnel, et pour ceux qui cumulent deux postes dans le public et dans le privé, la révision de leur activité dans le privé.

De plus, chaque spécialité s'est vue affecter un certain nombre de plage opératoire par semaine. Ne pas être en osmose avec la répartition chirurgicale existante impliquerait un bouleversement organisationnel du bloc opératoire. Ce n'est pas impossible, mais cela risque d'être difficile.

- propositions de 2 services indépendants (un médical et un chirurgical) (avantages et inconvénients)

« L'ambulatoire repose sur la maîtrise des durées de prise en charge des patients ⁴⁸ ». Aussi en séparant l'activité de gastro-entérologie caractérisée par une hospitalisation courte (3h en tout) de la chirurgie, les multiples endoscopies pourraient permettre une double rotation et une plus grande productivité des équipes soignantes par rapport au nombre de patients reçus et ne pas être coincés par les hospitalisations plus longues de la chirurgie.

- meilleur turn-over et implication médicale ⁴⁹

Certains praticiens maîtrisent le turn-over, pour d'autres, c'est plus difficile (le fait de devoir changer sa tenue verte en tenue blanche, à chaque sortie est un frein).

⁴⁸ Organisation de la chirurgie ambulatoire. Développer l'activité, maîtriser les processus - Meah- Juillet 2007

⁴⁹ Annexe 2 : Turn over chiffré

Pour autant, imaginer (selon des règles) et transmettre l'autorisation entre praticiens (internes, anesthésistes, pairs) favoriseraient la sortie précoce des patients.

- agrandir à l'unité de soins ambulatoires

Une augmentation du nombre de lits mérite une étude: en effet, un service ambulatoire trop grand ne permet pas de faire du turn-over et par la même, pourrait être préjudiciable à l'efficacité, en termes de coûts. Afin de savoir s'il faut modifier l'organisation, l'architecture ou encore les pratiques, une étude du processus doit être réalisée.

Afin de réfléchir à ce sujet, je propose de réunir un groupe de travail, composé du coordonnateur, du chef de bloc qui est chirurgien, du coordonnateur de l'USA, du cadre de bloc, d'anesthésie et du trio de pôle de chirurgie qui permettrait de réfléchir à ces différentes orientations .

Entre temps, une décision directoriale impose une solution : l'unité hivernale, positionnée au 1^{er} étage dans l'aile Est du service de traumatologie ferme le 30 mars. Le 1^{er} avril, une extension de l'USA sera positionnée à cet endroit.

B. Le projet définitif

1. Présentation du contexte de cette décision.

Le 1^{er} étage de cet établissement héberge :

- **au nord**, 23 lits de la chirurgie digestive : 23 lits
- **à l'ouest**, 10 lits d'urologie, 10 lits d'HDS et 5 lits de gastroentérologie : 25 lits
- **au sud**, 25 lits de traumatologie
- **à l'est**, 18 lits de traumatologie et 5 lits de plastique



Selon les statistiques lissées sur l'année 2013, dix lits du premier étage ne sont pas utilisés malgré un consensus entre les chirurgiens, qui autorisent la mutualisation des unités en cas de besoin.

Cette constatation a initié la décision d'y installer l'unité hivernale à orientation médico-chirurgicale, du 1 janvier au 31 mars. Pour que ce projet soit possible, les 5 lits de gastroentérologie conventionnelle ont été transformés en lits de chirurgie plastique, la gastroentérologie bénéficiant de deux unités au cinquième étage et pouvant intégrer l'activité.

Logiquement, au 1^{er} avril, la traumatologie recouvrait ses lits, et les lits de gastro entérologie « redescendaient », dans leur service d'origine au 1^{er} étage ouest.

Toutefois, durant cette période d'hiver, la traumatologie n'a pas été en difficulté en termes d'hébergements. Aussi, le directeur de l'hôpital a décidé d'affecter ces lits à la chirurgie ambulatoire.

2. Présentation du groupe de travail.

Suite à cette décision, le groupe de travail que j'avais envisagé, est modifié : il est désormais composé du directeur d'établissement, du directeur des soins, du trio de pôle, du cadre de bloc, du directeur informatique et de moi-même, qui serait chef de projet.

a. Qu'est-ce qu'un chef de projet ?

« Le chef de projet est la personne chargée de mener un projet et de gérer son bon déroulement. De manière générale, il anime une équipe pendant la durée du ou des divers projets dont il a la charge. Ce rôle fait appel à des compétences de gestion de projet, de bonnes capacités relationnelles, ainsi que des connaissances techniques dans les domaines concernés. »

Titulaire d'un DU de chirurgie ambulatoire, et infirmière de bloc opératoire, les compétences techniques pour ce projet sont effectives. Par ailleurs, le master « management des organisations soignantes » m'apporte la théorie en termes de projet.

b. Quels sont les atouts de ce groupe de travail ?

Le directeur de l'établissement est un interlocuteur privilégié. Dotée d'une rigueur organisationnelle, elle détient le pouvoir décisionnel.

Le directeur coordonnateur des soins possède des capacités décisionnelles en lien avec les équipes et les organisations paramédicales. De par sa fonction, elle possède une vision transversale des projets paramédicaux et des organisations

Le trio de pôle (chirurgien, cadre supérieur de santé, et directeur) possède une vision transversale du pôle, et un lien stratégique avec la direction.

Le coordonnateur médical de l'unité de soins ambulatoire est anesthésiste. Reconnu par ses pairs il connaît et participe l'organisation de l'unité. Il travaille en collaboration étroite avec le cadre de l'unité.

La disponibilité est la principale faiblesse de ces acteurs : aussi les réunions doivent être constructives et efficaces.

La cadre de santé du bloc, IBODE, possède une connaissance pointue de l'organisation du bloc et maîtrise ses équipes. **Quant à moi**, mes formations m'ont donné une connaissance de la chirurgie ambulatoire, mais aussi du bloc opératoire.

Bien que reconnues dans nos fonctions d'encadrement et notre connaissance du terrain, notre faiblesse est essentiellement liée, à notre positionnement « hiérarchique » face aux équipes médicales.

c. L'échéancier

La première réunion a eu lieu le 20 février 2014 et lors de cette réunion, un échéancier en trois phases est proposé :

Phase 1 : ouverture de l'extension au premier, hors gynéco hors pédiatrie, au 1 avril 2014.

Phase 2 : introduction de la gynécologie dans l'unité de soins ambulatoire en 2016

Phase 3 : création d'une nouvelle unité avec introduction de la chirurgie enfant en 2017

A la réunion suivante, le 20 mars, ma mission sera de proposer une organisation pour le 1 avril. Ce projet s'intéressera essentiellement à cette première phase

Avant d'introduire une organisation, il était impératif de faire un état des lieux. De nouveau, en partant de la première analyse de SWOT et en la complétant avec les nouvelles « règles », les contraintes et les freins présentés, une stratégie nouvelle va se dessiner.

| | POSITIF (Pour atteindre l'objectif) | NEGATIF (Pour atteindre l'objectif) |
|--|--|---|
| ORIGINE INTERNE (Organisationnelle) | FORCES Processus maîtrisé Respect des bonnes pratiques Légitimité de cadre de l'USA (IBODE et DU) Coordonnateur anesthésiste Connaissance pointue des équipes Motivation des équipes Planification précise Proximité du bloc opératoire Meilleure gestion du turn over | FAIBLESSES Eloignement de l'unité (1er étage) Management organisationnel Compétences Notion de temporalité Processus en lien avec le bloc opératoire Coexistence de la chirurgie conventionnelle Turn-over (Signature chirurgicale) Saturation du service (programmation) Nombre de places Annulation à j-1et J-2 Equipe paramédicale réduite Système informatique |
| ORIGINE EXTERIEURE (Environnementale) | OPPORTUNITES Augmentation du nombre de lits Projet national Décret du 20 aout 2012 relatifs aux hospitalisations alternatives Projet institutionnel Projets de restructurations Efficience Actes marqueurs Demande des usagers | MENACES « Perte » de lits en traumatologie Coordination Mutualisation de 2 unités Réorganisation à moyens constant sur le pôle Concurrences privées Réorganisation à moyens constants Résistance au changement médicale et paramédicale Sous-effectif anesthésiste Hospitalisation « foraine » |

Il est évident que le changement, qu'il soit organisationnel, processussiel ou encore managérial, est un concept à prendre en compte. La coordination, et les compétences sont aussi des points essentiels dans ce projet.

3. Qu'est-ce qu'une organisation ?

Le Larousse définit l'organisation comme l'« action d'organiser, de structurer, d'arranger, d'aménager » mais aussi comme la « manière dont quelque chose se trouve structuré, agencé ». Mintzberg, quant à lui, précise que l'organisation est « une action collective à la poursuite de la réalisation d'une mission commune » et la structure comme « la somme totale des moyens

employés, pour diviser le travail entre tâches distinctes, et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches⁵⁰. »

L'organisation et le management dépendent de deux processus complémentaires : l'évolution de l'organisation et de sa structure, et des pratiques managériales. Ces deux processus sont étroitement liés et sous-entendent, non seulement une implication des équipes mais aussi, une révision des niveaux de la hiérarchie.

L'élément culturel de l'organisation est essentiel, pour Crozier qui caractérise l'organisation comme « *un instrument que des acteurs sociaux se sont forgés pour régler leurs interactions de façon à obtenir le minimum de coopération nécessaire à la poursuite d'objectifs collectifs, tout en maintenant leur autonomie d'agents relativement libre* ».

La structuration et le fonctionnement des organisations sont aussi guidés par les normes, valeurs et croyances, dans le cadre de la culture organisationnelle.

Jean-René Fourtou, estime qu'« *organiser, ce n'est pas mettre de l'ordre. C'est donner de la vie.* » Cette approche positive correspond bien à ma conception de l'organisation.

Organiser revient donc à définir et à implanter une structure qui convient aux objectifs de l'entreprise, en tenant compte de trois dimensions fonctionnelle, culturelle et politique.

Le fonctionnel sera étudié au travers du processus organisationnel, le culturel nous permettra de mieux comprendre les résistances au changement et trouver les moyens de les lever, d'évoquer la coordination et de décrire les compétences à maîtriser, en fonction des différents acteurs, et enfin le politique introduira la notion de rapport de force et la notion de stratégie qui peut mener à réussite ou à la défaite du projet

4. Etude de l'organisation au travers de ses dimensions

a. La dimension fonctionnelle

Lors du dimensionnement d'une unité de soins ambulatoires, une estimation des volumes d'activité doivent être appréciés prospectivement. Toutefois, ces derniers prennent du temps à être mobilisés, d'autant plus si ce sont de nouveaux praticiens qui doivent faire leur clientèle, ou de nouvelles activités qui doivent être maîtrisées. Aussi, ce dimensionnement doit être envisagé

⁵⁰ H MINTZBERG « Le management, voyage au centre des organisations », Editions d'Organisation, 2004

le plus précisément possible, afin d'éviter le surdimensionnement (qui peut engendrer des crispations relationnelles avec la direction, suite aux pertes financières) ou le sous dimensionnement (qui peut créer des mauvaises conditions de travail). Un suivi de l'activité sera indispensable pour garantir et communiquer le rythme de croissance.

✓ *Les besoins*

Afin d'évaluer les besoins, il est utile de comprendre le fonctionnement du 1er étage. Comme nous l'avons vu précédemment, le 1er étage de cet établissement héberge :

- au nord, 23 lits de la chirurgie digestive : 23 lits
- à l'ouest, 10 lits d'urologie, 10 lits d'HDS et 5 lits de gastroentérologie : 25 lits
- au sud, 25 lits de traumatologie
- à l'est, 18 lits de traumatologie et 5 lits de plastique

L'extension de l'unité de soins ambulatoires sera située dans l'aile Est, à la place des lits de traumatologie.

Toutefois, il est nécessaire de prendre en compte les modifications qui découleront de cette organisation : Afin de conserver un nombre de lits de traumatologie approprié avec l'activité, les lits de gastroentérologie conventionnels doivent rester au 5^{ème} étage et la chirurgie plastique devra maintenir ses lits au 1^{er} Ouest.

Le positionnement de la direction, à ce propos, s'avérera décisif

- En termes de places

En 2013, 3534 patients ont été reçus à l'unité de soins ambulatoire : cette activité correspond à 35% de l'activité du bloc opératoire.

Toutefois, l'organisation nous a contraints d'héberger 158 patients dans les étages par manque de places à l'unité de soins ambulatoires.

Selon les données du DIM, il y a encore 852 patients hébergés en forain (hors gynécologie, et hors chirurgie infantile).

Il y a donc eu sur l'année 2013 : 1010 patients ambulatoires « non conformes ».

En partant du principe qu'à l'USA, il y a 17 places pour 3534 passages, nous pouvons estimer que 5 lits seraient nécessaires pour accueillir ces patients forains.

Toutefois, de façon prospective, une augmentation d'activité est prévisible car,

- 150 patients sont attendus suite la mise sous accord préalable des cholécystectomies.

- 750 patients sont estimés à l'arrivée de nouveaux praticiens : un ophtalmologue et un chirurgien-dentiste sont attendus au 4eme trimestre, et leur activité est essentiellement ambulatoire.

- Des chirurgies innovantes en urologie, comme la « photovaporisation laser » de la prostate préconisée en ambulatoire, et en pneumologie, l'échoendoscopie bronchique ont été annoncées. Ces activités, déjà en place, dans d'autres hôpitaux, confirment leur progrès et leur intérêt dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

L'extension de 8 lits au 1^{er} étage est donc adéquate dans un premier temps.

- En termes de personnel

Le personnel travaille 5 jours par semaine, sur une base horaire de 35h, et bénéficie de congés imposés, pendant lesquelles, l'unité est fermée. La nouvelle unité ouvrira sur ce principe : aussi, il est nécessaire que ce soit du personnel motivé qui postule.

Mais il est aussi important de s'interroger sur l'adéquation de la fermeture des deux unités qui valident, par conséquent, l'hébergement forain.

Toutefois, le positionnement de la direction est ferme et non négociable pour l'instant.

Actuellement à l'USA sous-sol, il y a une équipe de 6 infirmières (soit 5 IDE ETP), 2 aide soignants (2 AS ETP), 2 secrétaires (2 ETP), 1 hôtesse (1 ETP).

Pour le premier étage, le calibrage⁵¹ de cette nouvelle équipe d'ambulatoire est constitué par 2IDE ETP, 2AS ETP et 1 secrétaire (0.9 ETP).

Ce personnel intégrera l'équipe de l'USA initiale .Pourquoi ?

En chirurgie ambulatoire, l'équipe doit être dédiée à l'unité, comme le préconise le décret du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures

⁵¹ Annexe 3 : Calcul des effectifs : réévalué à la baisse par la direction des soins

alternatives à l'hospitalisation. En effet, il est précisé dans l'article que *«lorsqu'il s'agit d'une prise en charge (...) en chirurgie ambulatoire, les membres de l'équipe mentionnée au troisième alinéa n'intervenant pas à titre principal en secteur opératoire sont affectés à la seule structure (...) de chirurgie ambulatoires pendant la durée des prises en charge.»*

Par ailleurs, la mutualisation des équipes de ces deux services permettra sur le plan humain, d'apporter de la cohérence et de la lisibilité en termes d'organisation et de se créer une identité professionnelle commune.

Sur le plan pratique, cela permettra de partager les tâches et les responsabilités de l'unité, de partager des compétences et d'uniformiser les pratiques inhérentes à la chirurgie ambulatoire. Par contre, comme ce recrutement doit se faire à effectif constant sur le pôle, cela lève des difficultés en regard de l'organisation spécifique de l'ambulatoire. En effet, comme le précise l'article 2 régissant les structures ambulatoires. Toutefois lorsqu'il s'agit d' *« une prise en charge en **anesthésie ou chirurgie ambulatoire**, les membres de l'équipe (...) sont affectés à la seule structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires pendant la durée des prises en charge »*. Aussi l'organisation existante, pour les infirmières de traumatologie, s'avère bouleversée.

- En termes de circuits

Faire évoluer le travail et ses missions, définir les tâches et les fonctions de chacun, expliquer l'objectif de l'équipe et favoriser la transmission de l'information, entre dans le cadre de la dimension fonctionnelle.

Et c'est au travers du processus que nous allons aborder cette partie. P. Lorino définit le processus comme *«un ensemble d'activités reliées entre elles par des flux d'information ou de matière significatifs, et qui se combinent pour fournir un produit matériel ou immatériel important et bien défini »*.

Dans notre sujet, le processus décrit la prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire, permet de faire l'analyse de son parcours et des interactions humaines et logistiques qui en découlent, et ainsi de repérer les points critiques qu'il faudra ajuster pour fluidifier la nouvelle organisation.

Le schéma suivant (schéma 1), **illustre le parcours de soins du patient en chirurgie ambulatoire**, tel qu'il est préconisé par les sociétés savantes et, tel qu'il est effectué, à l'unité de soins ambulatoires à Roubaix dans les conditions actuelles. Toutefois, dans le cadre de l'extension de l'USA, ce parcours va connaître quelques modifications que nous allons expliciter ultérieurement.

Dans le secteur du soin, où le facteur humain est le facteur essentiel de production, les variations des processus et de l'organisation du travail agissent sur la productivité. Il est donc impératif d'agir sur les « **coûts inutiles** ». Parmi les « coûts inutiles », nous pouvons citer le temps perdu, les doublons de tâches, les relations du travail conflictuelles, la perte de temps en lien avec une mauvaise circulation de l'information ... qui pénalisent l'organisation.

Le schéma 2⁵² souligne les points critiques ou les points de vigilance qui doivent être étudiés. L'observation critique de chaque séquence du processus est un moyen de les localiser.

⁵² Annexe 4 : Le processus et ses points critiques

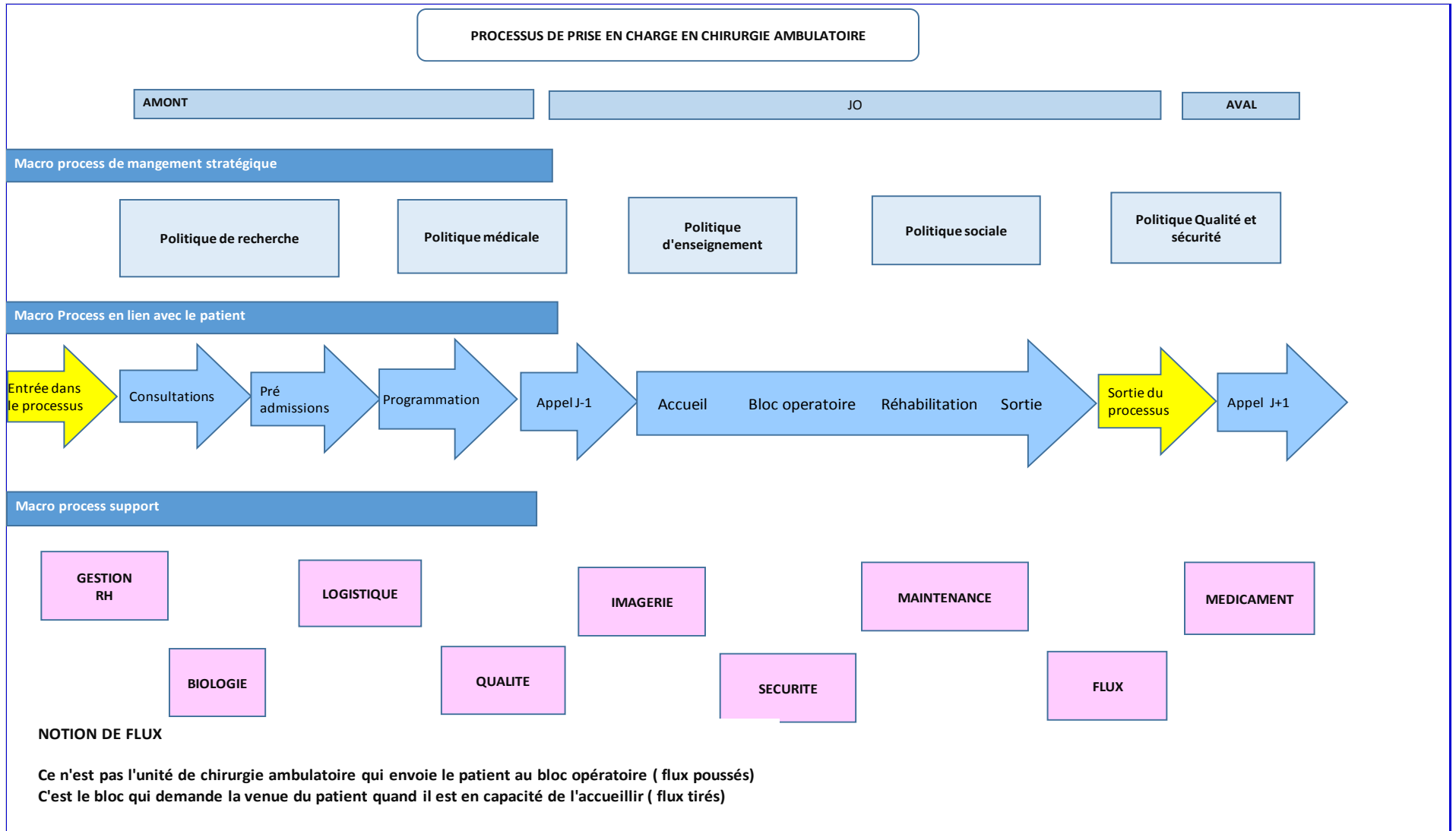


Schéma 1 : Parcours de soin actuel

Un processus est défini comme un enchaînement d'étapes successives au service d'un objectif. Chaque étape doit être identifiée en termes d'enjeux, de contenu et de pertinence. L'objectif est de reconnaître les étapes à risque

La 1^{ère} étape est la consultation : celle-ci chirurgicale (ou médicale), puis anesthésique consiste à l'indication de l'intervention et du type d'anesthésie, et la validation de l'éligibilité. La programmation sur le logiciel informatique doit être exhaustive.

Si l'éligibilité n'est pas entérinée, elle sera vérifiée à posteriori (très souvent, la présence d'un accompagnant reste à organiser) lors de l'appel téléphonique de la veille : il est important, dans ce cas que les patients aient bien compris les indications médicales.

Le fonctionnement optimal de l'informatique est indispensable et le consentement du patient est primordial à ce stade. L'éligibilité doit être finalisée au moment de la consultation d'anesthésie.

La 2^{ème} étape est la préadmission : cette dernière permet la fluidité du circuit, le patient entrant directement dans l'unité de soins ambulatoires, sans démarche à faire le matin de l'intervention. **Aussi l'orientation vers le service des entrées doit être systématique.**

La 3^{ème} étape se déroule au secrétariat de l'ambulatorio : La secrétaire, s'assure que tous les dossiers soient réceptionnés l'avant-veille de l'intervention. C'est elle qui se met en contact avec l'ensemble des secrétariats pour solliciter les dossiers absents.

La charge de travail du secrétariat est conséquente et nécessite une rigueur et une coordination absolue de chaque secrétaire en termes de temporalité. **En effet, tous les dossiers seront regroupés au secrétariat du sous-sol pour l'IDE coordonnatrice, quel que soit l'étage affecté par la suite.**

La 4^{ème} étape consiste la programmation : le cadre de santé, et parfois l'infirmière coordonnatrice prévoit l'ordonnancement de la journée opératoire du lendemain, et la répartition des patients dans les lits, ainsi que l'organisation du turn-over. Un horaire est ainsi prévu pour chaque patient en fonction des contraintes citées précédemment. **La répartition entre le 1^{er} étage et le sous-sol sera organisée à ce moment par le cadre de l'unité**

La 5^{ème} étape correspond à l'appel des patients à J-1 : Les dossiers sont étudiés et les patients sont contactés. Outre l'intérêt purement organisationnel de cet appel, celui-ci permet aussi d'individualiser et de matérialiser la prise en charge spécifique du patient. Une nouvelle vérification de l'éligibilité est effectuée. Cette étape nécessite des compétences spécifiques de l'infirmière qui doit appréhender l'intervention du lendemain et s'assurer qu'il n'y aura aucun frein à son déroulement

Dans le cadre de l'extension, il a été prévu que l'IDE coordonnatrice devait contacter l'ensemble des patients du sous-sol et du 1^{er} étage.

Les étapes 6 à 11 concernent l'hospitalisation du patient. Néanmoins, certains points sont à soulever.

- **L'étape 6 consiste à l'accueil du patient :** Suite à l'appel téléphonique, celui-ci se présentera, muni de sa carte d'identité, à l'heure indiquée à l'accueil de l'établissement où il sera ensuite accompagné par l'hôtesse dans le service attendu. Vu que le chemin amenant à l'USA sous-sol est compliqué, l'hôtesse priorisera ces patients par rapport à l'USA 1^{er} étage qui a un accès plus facile. **Le fichier d'accueil de l'hôtesse doit être actualisé.** Le patient est installé en chambre, et son entrée est informatisée. Lors de l'entretien pré opératoire en chambre, l'IDE s'assure de l'identité, fait nommer la personne de confiance si elle est nommée, demande le nom de l'accompagnant, et s'assure que les consignes pré opératoires aient bien été suivies. Elle réalise les soins pré opératoire prescrits et coche la check lit opératoire.

Dans cette étape, le point fondamental s'avère être l'accès au bon étage, dans les temps impartis, une réactualisation systématique du fichier quotidien et un fléchage adapté.

- **L'étape 7 est le transport des patients au bloc opératoire :** Ce n'est pas l'unité de chirurgie ambulatoire qui envoie le patient au bloc opératoire (flux poussés). C'est le bloc qui demande la venue du patient quand il est en capacité de l'accueillir (flux tirés).

Au sous-sol, un brancardier est normalement affecté à l'unité de 7h30 à 10h. C'est lui, en compagnie d'une aide-soignante, qui amène le patient au bloc opératoire en 5 minutes. Pour le 1^{er} étage, c'est un brancardier « du bloc ». Deux brancardiers sont normalement affectés « au bloc », c'est-à-dire, qu'ils sont sollicités pour la descente de tous les patients.

Toutefois, trois points sont à soulever : le premier est l'organisation roubaisienne qui impose deux personnes pour descendre un patient : aussi, la présence d'un brancardier est impérative, pour ne pas démunir le service. Le deuxième concerne la temporalité qui est un critère critique, car il faut 15 à 20 minutes pour aller du service au bloc opératoire (ou retour) par l'ascenseur. Ce critère a une conséquence sur l'organisation du bloc, ou la SSPI lors du retour. Il est nécessaire de se pencher sur les flux internes de transports et se pencher sur l'amélioration des circuits afin de rendre optimal celui du bloc qui est impacté directement par l'éloignement de l'USA. Quant au troisième, il s'agit des téléphones internes (DECT) très souvent hors service. **Optimiser l'organisation du transport interne est un enjeu essentiel dans le flux des patients, car chaque retard impacte la chaîne des soins et désorganise l'ensemble des services.**

L'étape 8 correspond à la prise en charge au sein du bloc opératoire : il s'agit donc de l'anesthésie, de l'intervention et du séjour en SSPI. Nous n'évoquerons pas cette étape dans ce projet managérial.

L'étape 9 correspond à la frappe du courrier et du compte rendu opératoire que le praticien doit dicter, dès la fin de son intervention. Tout retard dans la dictée, ou dans la retranscription a un effet nuisible sur les sorties des patients. **La réactivité humaine ou informatique est une exigence inévitable.**

L'étape 10 est le retour des patients dans le service et sa réhabilitation en vue de son départ. Pour cela, la problématique du brancardage, citée ci-dessus, est la même que pour le départ, aussi nous n'y reviendrons pas. Par ailleurs, la prise en charge post-opératoire nécessite des compétences majoritairement issues « du tronc commun » de la formation des infirmières. **Par compte, la réhabilitation en termes de mobilisation ou encore l'utilisation du score d'aptitude à la rue nécessite une formation particulière.** Par ailleurs, avant d'autoriser la sortie, il est systématiquement proposé, une collation ou un repas. Ces derniers diffèrent de ceux qui sont proposés aux patients conventionnels **et il est nécessaire de prévenir le service de restauration et les services logistiques.**

L'étape 11 correspond à la validation de la sortie des patients : celle-ci nécessite la signature du praticien. Il est prévu, dans la charte de l'unité, que le médecin doit s'organiser afin d'éviter tout retard à la sortie, mais c'est rarement fait. Il doit donc être appelé dès que le patient peut rentrer à son domicile. **Toutefois, l'éloignement de l'unité par rapport au bloc opératoire risque de conforter encore plus, ce manque de réactivité.** Les règles imposées par la nouvelle programmation (rotation programmée sur les lits d'une même spécialité qui doit être anticipée par le praticien) pourraient être efficaces si la gende médicale joue le jeu. Chaque patient sort obligatoirement de l'hôpital, avec un accompagnant, muni de sa lettre de sortie, son compte rendu opératoire, ses ordonnances, ses rendez-vous et les consignes post opératoires, sur lequel est noté le numéro de téléphone d'urgence. **Les secrétaires du sous-sol et du premier étage doivent être formées et réactives**

L'étape 12 est la remise en état de la chambre. La journée, au sous-sol, en cas de turn over, l'aide-soignante et l'infirmière réalisent le bio nettoyage de la chambre. Le soir, c'est un agent de la société d'entretien, qui vient nettoyer les sols et les sanitaires, ainsi que l'ensemble des locaux.

Au 1er étage, la journée, en cas de turn over, c'est le même cas de figure qu'au sous-sol. Par contre, la société n'ayant pas de contrat au niveau des étages, c'est une ASH qui doit effectuer l'entretien des chambres et des locaux du service. Or non seulement, c'est un métier en tension, car il subit un absentéisme conséquent, mais leur temps de présence est concentré essentiellement sur la matinée. **Dans le cadre de l'ambulatorio où l'organisation est différente, la négociation d'une adaptation d'horaire s'avèrera nécessaire.**

L'étape 13 est l'appel des patients à J+1 par l'hôtesse ou à défaut par l'infirmière : munie d'une check-list, l'hôtesse effectue un contrôle de l'état de santé des patients. En fonction des réponses, ces patients sont rappelés soit par l'infirmière, soit par le praticien, ou alors, ils sont orientés vers les urgences. Elle consacre 5 à 10 minutes par patient mais l'activité est croissante. **Cette étape étant indispensable, les modalités d'appel devront être revues.**

✓ *Mise en place de l'organisation*

Le repérage des différentes étapes et l'identification des pertes de temps étant faites, une organisation qui tient compte de ces freins peut être proposée. Celle-ci va être envisagée de façon thématique

En ce qui concerne la planification⁵³

La planification des patients est actuellement irrégulière. Des journées d'une trentaine de patients succèdent à des journées d'une dizaine de patients.

Sous l'impulsion du directeur au travers du groupe de travail, le service informatique a été sollicité pour formaliser le système de planification, déjà demandé depuis deux ans.

Ensuite, il sera nécessaire d'impliquer les praticiens afin de « repenser » avec eux un planning pour lisser l'activité à partir de données réalisées en 2013 et en tenant compte de leurs besoins futurs. La gestion du turnover devra être envisagée dans leur demande : de cette manière, ils devraient être plus sensibilisés et impliqués dans la signature de leurs sorties

En ce qui concerne les flux des patients : (étapes 6, 7 et 9)

A l'entrée des patients, le point fondamental s'avère être l'accès au bon étage, dans les temps impartis. La répartition des patients est effectuée la veille par le cadre de l'unité. Aussi la communication de son lieu d'hospitalisation au patient lors de l'appel de l'appel de la veille, sur le listing de l'hôtesse, et sur le programme opératoire devra être exhaustive. Il est également impératif de prévenir le personnel du 1^{er} étage.

La conduite au bloc opératoire et le retour des patients nécessitent l'implication de la centrale de brancardage. Indispensable en tant qu'activité au sein de l'hôpital, l'organisation de cette prestation de service doit être optimale. Or, ce n'est pas le cas à l'hôpital de Roubaix, pour des raisons techniques (ascenseurs en panne ou utilisés à mauvais escient, prise de rendez-vous peu efficace, téléphone déficients), personnelles (absentéisme importante supérieur à 20%), mais aussi humaine (refus de brancarder

⁵³ Annexe 1 : La planification proposée à l'USA

seul malgré des technologies efficaces comme le bed-mover). Dans un premier temps, il serait intéressant de

Sensibiliser l'équipe du brancardage sur les difficultés inhérentes au transport interne et les inciter à modifier leurs habitudes

Mettre en place un logiciel de rendez-vous pour organiser les transports

Revoir l'organisation telle que le préconise l'ANAP afin de **cibler les flux sensibles** et impliquer les brancardiers, doit être une priorité pour travailler sur « les bons flux, au bon moment⁵⁴ ».

Règlementer, de façon plus formelle, **l'accès aux ascenseurs** par l'éducation de l'ensemble du personnel

Améliorer la **maintenance** des ascenseurs et des téléphones (voire du réseau)

En ce qui concerne le flux des dossiers : Dans le cadre de l'extension, il a été prévu que l'IDE coordonnatrice devait contacter l'ensemble des patients du sous-sol et du 1^{er} étage. Aussi, l'ensemble des dossiers devra être entreposé, après la consultation d'anesthésie, au secrétariat du sous-sol. Avant les appels, l'infirmière doit étudier les dossiers et pendant ces derniers, des annulations sont annoncées par les patients. L'infirmière coordonnatrice devra dans ce cas, réorganiser les horaires ainsi que les lieux d'hospitalisation. La secrétaire du 1^{er} étage affectée à l'unité ambulatoire viendra chercher les dossiers par la suite.

Une véritable communication, voire coordination, entre l'ensemble des secrétariats des spécialités de l'USA devra être mise en place pour favoriser la communication (annulations, consignes..).

Le repérage de la position des dossiers, via l'informatique, devra être systématique

L'accumulation des dossiers va nécessiter la mise en place de **rangements supplémentaires** car il est impossible d'agrandir les locaux de l'unité des soins ambulatoire. Les responsables des services techniques ont été sollicités à ce propos.

En ce qui concerne la logistique, il existe plusieurs différences notables entre les prestations des services conventionnels et l'USA

En effet, **l'accès à la télévision** est gratuit à l'USA, car il dépend de l'établissement. Par contre, cela devient un service payant dans les étages, car il dépend d'un prestataire. Or,

⁵⁴ http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Transport_interne_chap3_1.pdf

certain patients reviennent régulièrement comme par exemple lors d'ablation de matériel, lors d'une deuxième intervention (cataracte, varices) ou encore de multi gestes comme lors des ligatures des varices œsophagiennes. La direction a été interpellée à ce propos.

En ce qui concerne les repas, **le service de restauration** a été interpellé pour mettre en place une organisation qui permette de commander les repas et de les faire livrer à l'étage. Ce sont les aides-soignantes du sous-sol qui prévoit les commandes pour le lendemain. Ainsi, le service restauration reçoit et peut préparer les deux armoires affectées à l'USA. Par ailleurs, les dotations, de façon générale (linges, dispositifs médicaux) vont être augmentées.

Enfin, **informatiquement**, il sera nécessaire de repérer l'unité fonctionnelle pour recueillir informatiquement une activité précise, mais de modifier la localisation de l'unité de soins. Un gros travail de régularisation et d'exhaustivité est attendu de ce service

✓ *Evaluation de cette organisation*

La planification sera évaluée de façon semestrielle et systématiquement révisée en termes de plages, à partir du taux de remplissage des places demandées à l'unité. En effet, les mouvements des ressources humaines médicales comme ceux de l'activité peuvent modifier la donne, tant vers l'augmentation que la diminution. De cette manière, nous devrions pouvoir avoir une meilleure visibilité et efficacité de l'activité de la chirurgicale ambulatoire. De plus, le mauvais remplissage des places proposées pourra également modifier la planification générale.

Le temps d'attente des patients avant leur départ sera également évalué et transmis régulièrement aux praticiens. En cas de pratique inapproprié, un réajustement des pratiques sera demandé. Le coordonnateur et le chef de pôle seront les interlocuteurs privilégiés de leurs pairs.

Le brancardage sera évalué grâce à un audit ponctuel trimestriel. Celui-ci appréciera le nombre de transport effectué par un brancardier et le temps de transport.

Par ailleurs, nous intéresserons également à la bonne utilisation des **ascenseurs**

L'activité (le nombre de patients par spécialités, le nombre d'annulation à J0 et J-1, de report et l'activité de l'après-midi, le ratio patient/infirmier) est relevée quotidiennement.

Outil d'aide à la décision, **un tableau de bord à visée stratégique et prospective** permet d'analyser l'activité, de mesurer la performance et d'appréhender les évolutions. C'est également un moyen d'apprécier nos pratiques en termes de programmation et de prise en charge des patients, et ainsi de corriger notre ligne de conduite. Enfin, en termes de ressources humaines, il donne une vision détaillée de l'organisation quotidienne (Ratio patients IDE), mais précise également les besoins en compétences et en développement identifiés lors des entretiens ainsi que les départs ou mobilités effectives ou prévues.

Dans cette organisation, il est une dimension qu'il ne faut pas négliger, c'est la vision culturelle. Celle-ci organise les relations internes, et définit les interactions au sein de l'équipe

b. La dimension culturelle

C'est au travers des règles, des valeurs, mais aussi de la façon, dont on peut aborder les problèmes que la culture organisationnelle se définit. « *La culture caractérise l'entreprise et la distingue des autres, dans son apparence et, surtout, dans ses façons de réagir aux situations courantes de la vie de l'entreprise comme traiter avec un marché, définir son standard d'efficacité ou traiter des problèmes de personnel.*⁵⁵ »

Intégrée dans la vie des organisations, « *la culture est* » selon le sociologue québécois Guy Rocher, « *un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte.* » (Guy Rocher, 1969, 88) »⁵⁶. Ce sont donc les situations vécues (réussites, difficultés...) et les conséquences (solutions, comportements) qui en résultent, qui créent cette culture.

Il y a plusieurs niveaux dans la culture. Tout d'abord, on peut considérer la pratique au travers du management quotidien, avec la mise en place de procédures et de comportements, qui peut être appréhendée rapidement. Puis, moins visibles, peuvent être repérées les notions de normes et de valeurs, c'est-à-dire ce que le groupe considère comme juste et bien, voire même idéal idéal et qui caractérise la conception sociale du groupe dans le travail et les relations interpersonnelles. Enfin, en termes de ressentis, la théorie de sa légitimité et de son rôle essentiel

⁵⁵ http://fr.wikipedia.org/wiki/Culture_d'entreprise

⁵⁶ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Culture>

au sein d'une société renforcent les liens et justifient son existence. « *La culture d'entreprise est donc un univers, où les acteurs de l'entreprise peuvent communiquer et repérer ce qui les unit et percevoir ce qui les distingue des autres groupes d'acteurs*⁵⁷. »

A l'USA, l'équipe a intégré ses nouveaux locaux en 2008. Petite équipe homogène d'une dizaine d'agents, celle-ci a contribué à la mise en place d'une organisation qui s'est formalisée au fur et à mesure des années, et qui est devenue performante. C'est une équipe dynamique, qui a compris l'intérêt de la chirurgie ambulatoire, et, qui s'est donné les moyens de répondre aux demandes d'évolution ... Mais ces transformations étaient internes.

La nouvelle organisation introduit un nouveau service, qui est situé à un niveau différent, qui possède une configuration propre et qui doit être partagé avec un autre service. De plus, afin d'uniformiser les pratiques et de développer un sentiment d'appartenance, j'ai demandé que l'équipe « tourne » sur les deux sites.

La dimension culturelle bouleversée, introduit une résistance au changement qui doit être absolument prise en compte.

1/ La résistance au changement

Avant d'aborder la planification d'un changement, il me semble important de définir ce qu'est le changement et ce qui le provoque.

Le dictionnaire du Larousse définit « *Le **changement** désigne le passage d'un état à un autre.* ». Toutefois « *changer* » intègre plusieurs idées, « *c'est tout à la fois devenir, s'ajuster, s'adapter et transformer* » (Beaudoin, 1990, p. 43). Existant à des niveaux et dans des domaines divers, le changement peut être caractérisé par une transformation plus ou moins profonde, selon sa nature et sa durée. Au niveau humain, les réactions induites par le changement sont aussi variées allant de l'attente ou du besoin à l'appréhension, voire à son refus.

Toutefois, le changement est inévitable, et dans le changement, non seulement il y a aussi l'idée de continuité, mais aussi celle de rupture avec les habitudes.

⁵⁷ Olivier Meier - Management interculturel. Stratégie - Organisation – Performance - 5e édition .Dunod, Paris, 2013

Selon Laurent Bélanger : « *le changement est le passage d'un état actuel à un état désiré, d'une situation originale actuelle jugée inadéquate, à une autre considérée comme étant plus adaptée, qui répond mieux aux exigences du milieu ou aux nouvelles aspirations des personnes concernées*⁵⁸ ».

(1) Le changement organisationnel

Le changement organisationnel peut être défini de manière multiple. Toutefois, la définition suivante qui le qualifie comme « *toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce système*⁵⁹» (p. 20) me semble intéressante, car elle réunit non seulement la notion d'organisation, mais aussi la perception humaine au sein de ce changement. Or, c'est en prenant conscience de l'importance de la dimension humaine au sein de l'organisation. Cette conscience sera le point de départ d'acquisition de nouvelles compétences qui permettront l'épanouissement des ressources les plus précieuses de l'organisation: les ressources humaines. Trois idées qualifient le changement organisationnel :

- Tout d'abord, il y a celle qui admet que le changement organisationnel est externe à l'organisation et que « *l'environnement reste la première cause du changement organisationnel*».
 - Ensuite, il y a celle qui « *attribue les causes du changement organisationnel aux actions et choix stratégiques des managers et aux processus de décisions associés à ces actions et à ces choix* ».
- Le changement organisationnel est donc interne à l'organisation.
- Enfin, il y a celle, plutôt transversale, qui estime que « *les causes du changement organisationnel ne sont ni internes, ni externes* », mais elles découlent de leur interférence.

Cette dernière introduit le cadre de la réorganisation de l'unité de soins ambulatoire.

Mais, comment introduire les changements auprès des équipes alors que ces dernières sont déjà au sein de nombreuses réorganisations et restructurations, sans avoir, au final été préparées à cela ?

⁵⁸ Nicole Coté, Laurent Bélanger et Jocelyn Jacques, La dimension humaine des organisations, édition Morin, 1994, p.357

⁵⁹ Pierre Colletette, Gilles Delisle, Richard Perron, Le Changement Organisationnel: Théorie et Pratique, Presse de l'université du Québec, 1997

Lors d'un changement, chaque acteur anticipe les conséquences pour lui-même : de fait, les enjeux peuvent être positifs ou négatif en fonction de chacun.

Pour l'unité de soins ambulatoires, il est possible de synthétiser les enjeux en fonction des acteurs comme suit

- **pour la direction générale** : Les enjeux positifs sont budgétaires (moins de personnel pour plus d'actes), et politiques (mise en place d'une organisation en réponses aux injonctions des tutelles) et aussi concurrentielles. Les enjeux négatifs sont essentiellement culturels (revendications syndicales en lien avec les modifications des organisations) et de pouvoirs (les médecins doivent modifier leur habitudes de travail et « perdre de lits »).

- **pour la direction des soins** : Les enjeux sont axés sur la qualité des soins et l'efficacité en réponse à la demande de la direction générale.

- **pour l'encadrement** : La mise en place d'une organisation en lien avec un objectif d'efficacité est un enjeu positif, mais elle s'oppose aux résistances des équipes et à leur habitude face à une innovation organisationnelle règlementée dans une restructuration du pôle à effectifs constants.

- **pour l'équipe** : Les enjeux positifs sont l'acquisition de nouvelles compétences, mais ces enjeux se confrontent au changement des habitudes de travail, à l'augmentation de l'activité attendue sur deux services au lieu d'un seul, ainsi qu'à l'intégration de nouveaux agents et la nécessité de les former au sein de l'organisation.

Il est important de différencier le factuel du ressenti afin d'anticiper les blocages qui entraverait le changement proposé

(2) Introduction au changement

Fondateur du « planned change » ou changement planifié, et initiateur de la théorie de la « dynamique de groupe » K. Lewin, souligne l'importance du groupe dans l'atteinte de l'efficacité individuelle et sociale par le groupe. Il démontre par ailleurs que « la dynamique des groupes » est élaborée sur l'idée d'une appartenance et d'une homéostasie du groupe. Ce statu quo doit être maintenu afin de déclencher moins de résistances. Pour K. Lewin, trois phases sont à respecter :

- **le dégel** qui correspond à la phase de sensibilisation de ceux qui vont être concernés par le changement dans le but d'une adhésion aussi bien affective que cognitive. Le moyen est ici la communication
- **le mouvement** correspond à l'apprentissage et à l'expérimentation de nouvelles cultures et de nouveaux comportements. Dans cette phase, ce sont plutôt « *les orientations normatives* » c'est à dire les attitudes, valeurs, savoir-faire et relations interpersonnelles qui jouent un rôle critique dans le changement.
- **le regel** qui correspond à l'installation du changement.

Selon K Lewin, le rôle du leader dans sa posture de « leader démocratique » (c'est-à-dire en incitant ses subordonnés à prendre part au processus décisionnel) favorise la coopération, la cohésion et la collaboration des équipes tant du point de vue de l'efficacité du travail que dans la volonté de travailler ensemble.

Dans le cadre d'un changement organisationnel, et en tenant compte de la dynamique de groupe, l'influence du groupe agira sur les actions individuelles, chaque membre tenant compte de l'attitude des autres. Aussi, pour modifier la structure d'ensemble et introduire un changement, il est intéressant d'agir sur un petit groupe, en travaillant ensemble. Ce changement engendra la nécessité d'un rééquilibrage et ce changement sera naturellement généralisé à un plus grand groupe.

Ainsi comme le préconise K Lewin, je prends note que pour faire évoluer les agents, il vaut mieux agir sur le groupe qu'individuellement, « *le groupe agissant comme un réducteur d'incertitude* ».

Il est indispensable de relever les « *zones d'incertitudes*⁶⁰ » de l'organisation et de rechercher « *les types de pouvoir en présence*⁶¹ », de façon à introduire le partage des connaissances. Toutefois, j'ai conscience que dans toute organisation, même la plus structurée, des zones d'incertitude existeront toujours, mais c'est aussi à l'intérieur de ces zones que chaque personne pourra disposer d'une certaine marge de liberté. Ainsi, en bon

⁶⁰ Une zone d'incertitude, au sens stratégique de M Crozier, c'est le fait qu'un individu puisse maîtriser un point particulier de l'organisation et que la maîtrise de cette compétence lui confère du pouvoir dans sa relation. Plus la zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera crucial pour la réussite de l'organisation, plus celui-ci disposera de pouvoir.

⁶¹ Les 4 sources du pouvoir selon Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977) sont la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle (expertise du soin), la maîtrise des relations avec l'environnement (expertise environnemental), la maîtrise de la communication et des flux d'information (transmission des informations) et enfin la maîtrise de la pratique des règles organisationnelles (hiérarchie).

stratège, il faudra laisser le collectif travailler de façon participative pour faire émerger un raisonnement commun, et des solutions à mettre en place progressivement.

(3) La conduite du changement

La conduite du changement vise à maîtriser le processus de transformation de l'entreprise dans un contexte de changement, qu'il soit désiré ou non. « *En tant que situations de changement majeur pour les organisation, les restructuration requièrent des modalités de pilotage et de management qui renvoient à la gestion du changement en général*⁶² ». Elle est évoquée selon quatre points :

L'anticipation, c'est associer l'ensemble des acteurs « *pour construire du sens « afin de créer des compréhensions ordonnées et cohérentes qui permettent le changement* ⁶³» Elle renvoie à « un partage de l'information » et à la préparation des salariés et des territoires aux conséquences des restructurations

La formation : « *Pour les salariés, elle renvoie notamment au recours à des formations professionnelles, voire à des démarches de développement d'employabilité*⁶⁴. »

La négociation et/ ou la coopération dans le cadre du dialogue social recommande « *la transparence des décisions prises, des négociations sur la nature des solutions et sur la manière dont elles devraient être mises en œuvre, et l'implication de toutes les parties prenantes et institutions concernées par le problème*⁶⁵ »

L'évaluation des dispositifs et pratiques correspond à la nécessité d'évaluer les dispositifs et de profiter collectivement des avantages et des inconvénients, mais « *cette évaluation vaut aussi lorsque les restructurations sont moins formelles*⁶⁶ »

On parle donc bien d'un changement de comportement collectif, qui réside en une transformation des règles qui régissent ce comportement.

En résumé, pour favoriser l'adaptation à une nouvelle organisation, il est nécessaire pour le manager de tenir compte de la stratégie du passé, d'introduire progressivement le changement dans le présent en l'explicitant et d'envisager l'organisation dans le futur, tout en tenant compte des forces internes et externes. La perception du changement doit être construite en équipe

⁶² Rachel BEAUJOLIN-BELLET, Géraldine SCHMIDT, *Les restructurations d'entreprises*, Collections Repères, La Découverte, 2012

⁶³ Ibid. : page 90

⁶⁴ Ibid. : Page 99

⁶⁵ Ibid. : Page 101

⁶⁶ Ibid. : Page 102

suivant une réalité, faisant sens pour nous. En effet, dans un environnement perçu illogique, la nécessité du changement ne pourrait être ressentie, car elle ne pourrait pas être comparée à ce qui existait précédemment.

Il est donc indispensable d'accompagner les équipes dans le changement, avant même que celui-ci n'ait lieu. De fait, l'information et la communication sont essentielles pour introduire une base de travail. Malheureusement, le changement est bien souvent imposé lors d'une décision verticale et toute la préparation, qui devrait faciliter le changement et sa mise en place est oubliée. C'est pourquoi, à mon avis, qu'il ne faut pas figer l'organisation mais la rendre évolutive, en mettant en place des réunions d'échange des pratiques et en tenant compte quand c'est possible et judicieux, les idées proposées.

Le changement peut être caractérisé par 3 dimensions⁶⁷ comme **la profondeur du changement** qui porte notamment sur la partie structurelle, stratégique et culturelle de l'organisation, **la rapidité du changement**, qui combine la durée, la profondeur et l'adaptabilité au changement de l'entreprise **et son mode d'imposition** qui peut être consensuel ou autoritaire. Mais plus ou moins imposé au départ, le changement devra, pour être efficace, devenir consensuel.

(4) Les résistances au changement

«*Expression implicite ou explicite de réactions de défense à l'endroit de l'intention de changement*», la résistance au changement correspond à une réaction négative à l'égard de ce dernier. Individuelles ou collectives, actives ou passives, les résistances au changement peuvent s'exprimer de manière diverses. Sous sa forme active, il y a les refus, les critiques, les plaintes et même le sabotage tandis que sous sa forme passive, on trouvera l'immobilisme, les rumeurs et la lenteur. Un seul individu (individuel) peut résister ou il peut s'agir d'un mouvement de groupe (collectif).

En effet, plus le consensus est fort, moins il y aura de résistances, que celles-ci soient d'origine organisationnelles (employabilité, capacité de changer, leadership...), politiques (enjeux de

⁶⁷ David Autissier, Jean-Michel Moutot, La Boîte à outils de la Conduite du changement, Dunod

pouvoir ou de contrôle...), culturelles (acquis, normes et valeurs...), structurelles (restructuration, déménagement...), techniques (innovation...) ou encore social (adaptabilité...)

Au niveau individuel, il est donc opportun de s'intéresser aux comportements selon la trame de la matrice **D.R.A.S (Discours, Routines, Actions, Symboles)**, outil d'analyse de la résistance au changement.

- **Les actions** sont visibles car elles se matérialisent par des faits précis avec des conséquences très concrètes. Elles sont le plus souvent le fait d'acteurs opposants.
- **Les routines** sont les « manières de faire », construites dans le temps et spécifiques à l'organisation qui ont tendance à orienter le comportement des individus. La difficulté est qu'elles ne sont pas toujours formalisées.
- **Les symboles** sont un concept très proche de celui de routine. Ils correspondent à des codes portés par des objets, des langages, des vêtements, etc...
- **Les discours** sont faciles à repérer, car ils sont formalisés et communiqués. L'émetteur et le contenu sont facilement identifiables, mais il est plus difficile de remonter à la source de certaines rumeurs. Les cibles et la nature des messages induisent les actions de conduite du changement.

| | | |
|-----------------------|---|--------------------|
| <i>Comportemental</i> | ACTIONS | ROUTINES |
| <i>Etat d'esprit</i> | DISCOURS « On n'a pas le temps » « On ne sait pas à qui s'adresser » « On va nous demander du travail en plus » « Nous ne sommes pas aidés » « Ce truc n'est pas pertinent » « On n'arrête pas de réinventer la roue » « Les arguments ne tiennent pas » « Vous ne connaissez pas la réalité de terrain » « Vous allez tout casser » « Votre projet n'est pas adapté » | SYMBOLES |
| | <i>Visible</i> | <i>Non Visible</i> |

Comme l'indique Rondeau « *le succès d'une transformation n'est pas qu'une question de disposition positive des acteurs concernés, il faut aussi développer les capacités individuelles et organisationnelles nécessaires à sa réalisation. L'habilitation permet d'équiper les acteurs pour réaliser le changement* ».

(5) Les leviers de la conduite du changement

Si le frein majeur est le changement, la conduite du changement permet de repérer les leviers et de contribuer à essayer de les lever. La conduite du changement, c'est la fois anticiper, définir et mettre en place cette démarche.

De façon pratique, les leviers de la conduite du changement au niveau individuel sont la nécessité d'expliquer et de donner du sens au changement, de former les équipes, de communiquer sur les actions et les succès, de souligner les opportunités et les gains permis au niveau individuel, de façon à faciliter le passage de l'individu au collectif et à lever les préjugés.

Au niveau collectif, la nécessité de faire participer, de débattre et échanger collectivement, de partager des objectifs clairs et d'organiser des points d'avancement avec l'équipe est essentiel. Parallèlement, impliquer et convaincre la hiérarchie permettra de lever les conflits d'intérêt et les freins liés aux enjeux politiques.

En résumé, les leviers du changement relèvent, donc, d'une **communication adaptée** envers les équipes et la hiérarchie, **d'une formation** en lien avec les besoins et l'analyse des impacts sur le fonctionnement et les performances.

Au niveau de l'unité de soins ambulatoire et de l'ensemble du pôle, j'ai pu relever comme freins

- **au niveau individuel**, le sentiment d'impuissance face aux décisions prises de façon verticale, la peur de l'inconnu par rapport à la nouvelle organisation qui serait mise en place et la remise en cause de leurs habitudes de travail.

- **au niveau collectif**, le manque de vision et de transparence ressenti comme une agression, la notion d'intégration insuffisante et un manque de clarification des missions dans les priorités des équipes.

Pour lever ces freins, il sera absolument nécessaire d'expliquer les enjeux, les missions et de travailler ensemble sur l'organisation. En effet, faire participer les équipes en débattant

et en échangeant collectivement autour d'objectifs clairs favorisera leur adhésion à cette organisation. **De plus tenir compte de leur connaissance de terrain est un moyen pour rechercher l'efficacité et créer une véritable unité qui travaille ensemble** et non, côte à côte. Par ailleurs, la nécessité de former aux nouvelles pratiques est indispensable pour développer les compétences spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

2/ Le développement de la compétence

« **La compétence** est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donné⁶⁸ » (G. Le Boterf, 2004).

Les trois « savoirs » qui permettent, en partie d'aboutir à la notion de compétence sont, le savoir (c'est-à-dire les connaissances), le savoir-faire (c'est-à-dire la capacité à exécuter un acte), et le savoir être (c'est-à-dire le comportement).

Mais la compétence est la mobilisation de ces savoirs en situation, c'est-à-dire être capable de réagir de façon adéquate en fonction de ses connaissances dans des circonstances différentes et au moment opportun. Elle est réalisée dans l'action : « *L'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte particulier (marqué par des relations de travail, une culture institutionnelle, des aléas, des contraintes temporelles, des ressources...) est révélatrice du " passage " à la compétence* ».

Toutefois, Guy Le Boterf⁶⁹ précise que le concept de la compétence, rend compte « *de la double dimension individuelle et collective de la compétence* ». Il précise notamment qu' « *Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui* ». Au niveau individuel, les compétences sont toujours attribuées à des personnes singulières, car il n'existe pas de compétences sans individus. Les compétences réelles sont donc des constructions singulières, spécifiques à chacun. Pour autant, « *toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective* ». En effet, pour agir avec compétence « *une personne devra de plus en plus combiner et mobiliser non seulement ses propres ressources (en l'occurrence ses connaissances) mais également des ressources de son environnement (comme des procédures...)* ».

⁶⁸ G Le Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives, Editions d'Organisation, 2004

⁶⁹ G Le Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives. Le modèle : agir avec compétence en situation .Editions Eyrolles 2013

L'ensemble du personnel de l'unité de soins ambulatoire doit être compétent pour prendre en charge les patients dits « ambulatoires ». Aussi, l'intégration de nouveaux personnels nécessite de les former aux particularités de la chirurgie ambulatoire. Innovation organisationnelle, la chirurgie ambulatoire nécessite des compétences infirmières, issues du socle commun, mais aussi des compétences spécifiques à cette spécialité. La brièveté du séjour du patient modifie le paradigme de sa prise en charge. En effet, si l'intervention, l'anesthésie et la surveillance médicale ne se différencient pas de la pratique classique, en contrepartie, la prise en charge ambulatoire suppose une organisation précise centrée sur le patient. L'anticipation et la synchronisation du parcours doit permettre à la personne opérée de sortir en toute sécurité.

En effet, l'infirmier de chirurgie ambulatoire se situe au carrefour de la technicité et de l'accompagnement relationnel. La nécessité absolue de connaître les particularités chirurgicales et anesthésiques, mais aussi de travailler en amont, modifie les pratiques : la compréhension du fonctionnement du système et de ses principes (éligibilité, recherche des contre-indications), ainsi que la surveillance post opératoire et post anesthésique sont obligatoires, car elles conditionnent la bonne prise en charge et la recherche de l'efficacité.

De plus, l'équipe soignante doit déployer des compétences sur l'évaluation que celle-ci se fasse en pré opératoire en appréciant l'aptitude du patient à subir l'acte chirurgical, en post opératoire immédiat, ou encore lors de l'évaluation du score d'aptitude à la rue. Ce gage de qualité et de sécurité de l'accompagnement légitime l'exigence, que l'équipe paramédicale de l'unité ambulatoire soit dédiée, et proscrit par évidence le forain.

Par ailleurs, l'optimisation de la gestion des flux, qui peut s'avérer complexe, nécessite une compétence particulière. La notion de « diagnostic infirmier » s'éclaire dans la mesure où les infirmières doivent établir des scores, évaluer l'état du patient par téléphone le lendemain et répondre à ses questions.

L'unité de soins ambulatoire se complexifie en termes de flux. Par ailleurs, l'accueil de onze spécialités dans un service réclame une maîtrise des procédures. Il est essentiel que chacun favorise la transmission de ses savoirs tout en implantant des relations de confiance. Le métier individuel est au carrefour de trois dimensions : sa reconnaissance par autrui, sa transmission et sa professionnalisation. Il s'insère et évolue dans un collectif

qu'il convient d'analyser. La réussite du transfert des connaissances résulte, en partie, de la qualité de la relation existante entre les deux parties.

Par ailleurs, il faut prendre conscience que c'est un nouveau métier qui apparaît en intégrant des compétences dans un milieu de travail en évolution.

Ces compétences nouvelles vont initier l'apparition d'une compétence collective « *au travers des processus d'apprentissage, de recherche de solutions, de partage de points de vue et de modèles d'action, de conversion de savoirs tacites et explicites, ou encore de transmission de routines* ».

C'est cette compétence collective qui réintroduira la notion d'équipe au sein de l'USA et qui lui permettra de s'inscrire dans une nouvelle histoire. En effet, en regard des propos de Louart ⁷⁰ « le défaut d'histoire empêche de donner du sens (ou une visée) à ce qu'on observe. Il amène à confondre les niveaux de contextes et les échelles de temporalités ».

L'identification de certaines situations de travail permet de s'interroger sur le poids de la coordination dans l'organisation comme par exemple le travail effectué indépendamment et « parallèlement » des autres, la poursuite du travail de ceux à qui ils succèdent, ou encore le fait de pallier l'absence de leur collègue, de l'aider si une difficulté survient, voire de l'assister.

Aussi, il est intéressant de s'interroger sur l'intérêt de la coordination, de la coopération et de la collaboration. Mais comment différencier ces vocables ?

3/ La coordination, la coopération et la collaboration

Selon le dictionnaire du Larousse, la coordination est « *l'action de coordonner, c'est-à-dire combiner ou agencer en vue d'obtenir un ensemble cohérent* », la coopération « *c'est agir conjointement* », tandis que la collaboration, « *c'est travailler avec* » dans le sens de la coopération. Ces vocables, étroitement liés, sont difficilement discernables entre eux.

La coordination est une préoccupation majeure au sein des organisations, dès lors que le travail à accomplir est divisé entre plusieurs individus. Synonyme de travailler ensemble, la

⁷⁰ Boyer .P Louart - Les avènements de la GRH : Introduction Générale au cahier spécial -Publié dans Management & Avenir -Éditeur Management Prospective Ed .2005.

collaboration indique plutôt un processus interactif qui mène à un résultat, non prévu à l'avance. La coopération s'appuie essentiellement, au travers d'une attitude positive sur le groupe afin d'accéder à un objectif commun. La coordination est définie, quant à elle, par la notion d'un ajustement harmonieux de l'organisation par des arrangements pour aboutir à un objectif commun.

Selon Mintzberg⁷¹, toute activité humaine peut être caractérisée par la « *division du travail entre différentes tâches et la coordination de ces tâches pour accomplir une activité* ». Six mécanismes de coordination en résultent qui sont, au niveau d'un service de santé

1. « *L'ajustement mutuel* » : Lors des transmissions, la communication informelle permet au personnel paramédical, de se transmettre les informations en lien avec leur activité. « La coordination par échange continu d'informations est l'activité la plus importante
2. « *La supervision directe* » : La cadre (ou l'infirmière coordonnatrice) peut communiquer des instructions à plusieurs agents travaillant en relation.
3. « *La standardisation des procédés de travail* » : La transcription écrite de procédures, de protocole et de fiches techniques permet d'uniformiser et de normaliser les pratiques
4. « *La standardisation des résultats* » : La réalisation d'audits permet d'évaluer les pratiques de façon, de les corriger si nécessaire, et finalement de les standardiser, quand c'est possible, au niveau de l'établissement. Les résultats orientent la pratique
5. « *La standardisation des qualifications et du savoir* » : Au travers de formations diplômante, ou non, les pratiques sont interrogées et rationalisées.
6. « *La standardisation des normes* » : Les sociétés savantes, les règles de bonnes pratiques, et la législation édictent des normes qui normalisent de façon globale le travail à effectuer.

Dans le cadre de l'unité de soins ambulatoires, coordination, collaboration et coopération prennent toutes leurs valeurs. De façon pratico-pratique, la collaboration permet de répondre ensemble aux besoins des patients comme à ceux du service, en utilisant toutes les ressources du groupe, quelles qu'elles soient, en termes de connaissances ou d'informations. Quant à la coopération, celle-ci introduit l'esprit d'équipe et l'entraide, indispensable pour gérer au mieux l'activité intense d'une unité ambulatoire. La coordination, c'est à dire le fait d'ordonner l'activité, est représentée en majeure partie par la planification des interventions dans un objectif de fluidité.

⁷¹ H MINTZBERG « Le management, voyage au centre des organisations », Editions d'Organisation, 2004

La phrase suivante « *Coordonner, dans une organisation, c'est, au sein de celle-ci, répartir les ressources et les tâches, harmoniser les actes et orchestrer les activités* ⁷² » représente parfaitement les tâches inhérentes à l'organisation d'un service de soins, et encore plus particulièrement, de celle existante en unité de chirurgie ambulatoire.

En effet, la **répartition** des ressources et des tâches sur les deux étages consistera à évaluer le travail à accomplir, et à **repartir** les activités, de façon équitable. **L'harmonisation** des pratiques sur les deux étages, de façon à standardiser les savoirs être et les savoirs faire afin de travailler ensemble de la même manière et aboutir à la même finalité permettra d'**orchestrer** les actes individuels de façon que les efforts s'additionnent et concourent de manière efficiente au résultat final.

La coordination est tout compte fait, une éternelle synchronisation. Mintzberg nous explique qu'« *à mesure que le travail d'organisation devient plus difficile, les moyens de coordination employés de façon préférentielle semblent passer [...] de l'ajustement mutuel à la supervision directe, puis à la standardisation des procédés, à celle des résultats, à celle des qualifications et enfin retourner à l'ajustement mutuel dans les situations complexes.* ».

La coordination, tout comme la collaboration et la coopération, est un sujet essentiel dans notre projet. Non seulement, cela contribue à l'harmonie des pratiques, à la fluidité de l'organisation, mais cela renforce aussi l'unité de l'équipe. Gittel ⁷³, en évoquant la coordination relationnelle, comparé à celui d'ajustement mutuel, caractérise l'interaction spontanée existante entre les agents.

Coordonner, ou se coordonner au sein d'une organisation peut dépendre de différents mécanismes de coordination (comme l'ajustement mutuel, la standardisation) ou des moyens ou dispositifs (comme les procédures, la hiérarchie ...).

⁷² E Alsène .F Pichault, La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel -Gérer et comprendre • mars 2007

⁷³ J. Hoffer Gittel, High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. Ed.McGraw-Hill, 2009

La cohésion de l'équipe dépend d'une bonne collaboration, coopération et coordination à l'intérieur de l'unité et vers l'extérieur. Ceci engage son entière implication, et celle-ci ne pourra être entière que si on intègre l'équipe dans le projet.

4/ La dimension culturelle en chirurgie ambulatoire

Nous avons pu ressentir au fil des mots, que l'équipe de l'unité de soins ambulatoire a du potentiel, c'est-à-dire qu' « *elle est en capacité d'entrer dans une démarche projet, capable d'apprendre et a bien perçu la cible*⁷⁴ », qui est l'augmentation de l'activité . Nous avons compris que cette équipe, qui a connu de nombreuses modifications d'organisation internes craint, pour des raisons diverses comme l'intégration de nouveaux agents (cette minuscule équipe sera quasiment doublée), la répartition sur deux étages (quid de la vision générale et quotidienne de l'activité ?), que la qualité des soins soit moins importante, voire que son rôle soit moins reconnu.

Certes, la posture managériale consiste à prescrire le travail, à créer les bonnes conditions de travail et juger le travail réel⁷⁵. **Renforcer le savoir-faire** (en expliquant et à révisant les procédures avec elle), **favoriser la coordination, communiquer, et ainsi décloisonner l'équipe** sera l'un des rôles essentiel du manager dans ce projet. « *La cohérence d'une communauté de pratique dépend du groupe* », et donc de l'équipe et c'est pourquoi, il est essentiel de l'intégrer dans les groupes de travail de ce projet.

La communauté de pratique est un « *groupe de personnes engagées dans la même pratique, communiquant régulièrement les unes avec les autres à propos de leurs activités* » (Lave et Wenger, 1991). Dans ce contexte, en échangeant et en cultivant la cohérence, l'équipe pourra se forger « *une identité au travail, en appartenant à un groupe social par intériorisation des valeurs et pratiques de ce groupe, en conjuguant les finalités du salarié et les finalités de l'organisation*⁷⁶ »

⁷⁴ MTMOS@13-14 - Cours de Mr X. Marchand – « Gérer les compétences : la communauté de pratique »

⁷⁵ MTMOS@13-14 - Cours de Mr X. Marchand – « Analyser l'existant : les métiers. Elaborer une cartographie des métiers »

⁷⁶ MTMOS@13-14 - Cours de Mr X. Marchand – « Gérer les compétences : la communauté de pratique ». Citation de M. Kaddouri, Professeur en Sciences de l'éducation, Université Lille 3

C'est pourquoi, je préconise de **procéder au plus vite au recrutement**, sachant que celui-ci doit s'effectuer à effectifs constants, et de créer cette équipe afin de pouvoir mettre en place, dans les meilleures conditions, la réorganisation proposée. Même si cette dernière doit être modifiée sur la forme, elle le sera à la marge, car le fond de l'objectif est d'augmenter l'activité ambulatoire à moindre coût, et à mon sens, dans les meilleures conditions possibles.

Mais pourquoi est-ce si difficile de mettre ce projet en place alors que des directives nationales ont orienté la direction de l'établissement de donner des moyens aux praticiens d'augmenter l'activité, en termes de places et que certains praticiens sont demandeurs ?

Selon l'intérêt qu'ils trouvent, les risques qu'ils encourent et le besoin qu'ils expriment, les acteurs influenceront les prises de décisions stratégiques de l'organisation

c. La dimension culturelle

La dimension politique suggère la notion de jeux d'acteurs, mais aussi celui des résistances (que l'on a abordé précédemment).

Les jeux d'acteurs introduisent la notion d' « acteurs » et celle de « jeux »

- les acteurs correspondent aux hommes dans l'organisation, qui disposent d'un rôle différent, avec des objectifs complémentaires ou antagonistes, qui nécessitent leur mise en adéquation.

- les jeux concernent, à mon sens, les stratégies individuelles des acteurs construites en fonction des situations qu'ils rencontrent, pour s'aménager cette marge de manœuvre, qui en fait une zone d'incertitude pour les autres et qui lui permet d'avoir du pouvoir.

Dans le cadre de notre sujet, et donc de l'hôpital, il y a la direction, les médecins, l'encadrement du pôle, l'encadrement de proximité, les salariés et les acteurs sociaux. Chaque individualité est soumise à une hiérarchie verticale ou à une hiérarchie horizontale, voire aux deux.

Par ailleurs, dans notre propos, il est important de ne pas oublier ceux qui bénéficient des prestations offertes (les patients et leur entourage).

Il y a donc, au niveau politique et en termes de pouvoir de multiples acteurs, et donc de multiples freins qui vont concourir à ne pas modifier l'existant, pour des raisons diverses **La gente chirurgicale** peut être réactive à l'injonction directoriale d'ôter huit lits à une spécialité et à sa demande de réorganisation avec cette directive qui impactera l'organisation de l'ensemble des spécialités .

L'encadrement va ralentir la mise en place de la restructuration dans la mesure où celle-ci doit s'effectuer à moyens constants, alors que l'organisation spécifique de l'ambulatorio ne peut se mutualiser avec les organisations conventionnelles

L'équipe de l'USA voit modifier son organisation dans le fond et dans la forme.

Les équipes collatérales subissent une augmentation d'activité selon les modalités de l'ambulatorio (par exemple le brancardage).

Les acteurs sociaux souhaitent le lissage du temps horaire de l'USA sur celui des services conventionnels.

Ces différents acteurs peuvent introduire des jeux de pouvoir pour légitimer le système existant.

En effet, les jeux de pouvoirs vont se matérialiser au travers des règles plus ou moins explicites, comme par exemple

Le jeu de l'insoumission qui concerne bien souvent les niveaux bas de l'organisation, et qui se révèle par la contestation, voire la rébellion.

Le jeu de la construction d'alliances qui est « *joué entre pairs qui se soutiennent « afin de construire les bases du pouvoir pour avancer ensemble dans l'organisation »* ».

Le jeu de la compétence spécialisée où l'expertise est de mise et devient irremplaçable

Le jeu de l'autoritarisme qui consiste à utiliser son pouvoir légitime de façon abusive voire illégitime

Le jeu de la rivalité entre deux camps : « *il s'agit là aussi de vaincre un adversaire. C'est peut-être le jeu le plus conflictuel. Il apparaît notamment dans les configurations professionnelles et innovatrices »* ».

Le jeu des candidats à des postes stratégiques : « il est joué « *pour effectuer des changements dans l'organisation »* et combine souvent des éléments des autres jeux : le jeu de la construction d'empire (comme but du jeu), le jeu de la construction d'alliance (pour gagner le jeu) ».

Il est normal que ces jeux de pouvoirs existent au sein d'une organisation. C'est pourquoi, il est nécessaire de les connaître et de les reconnaître afin d'essayer, non pas de les contrecarrer, mais de les utiliser pour légitimer le projet.

Toute organisation peut voir naître un conflit et c'est sa capacité à maintenir son équilibre dynamique lui permettra de la contenir, voire de la réduire. En général, cela se déroule en trois phases, **l'impulsion, le développement et le dénouement**.

La naissance du conflit est souvent issue d'une pression par les détenteurs d'influence qui souhaitent prendre le pouvoir, s'ensuit le développement plus ou moins long en fonction de la résolution du conflit, qui se termine soit par un vainqueur (l'organisation poursuit son évolution) soit par la mort de l'organisation, ou enfin par la pérennisation d'un conflit moins agressif de sorte que l'organisation survive.

Toutefois, il faut noter que la politique organisationnelle peut aussi avoir un rôle fonctionnel, car elle permet d'appréhender un problème et d'en débattre en tenant compte de tous ses aspects. C'est aussi un moyen pour introduire des changements qui ne seraient guère possible autrement. Enfin, elle facilite la "création d'une méthode pour l'exécution des décisions".

Pour appréhender la dimension politique, il faut identifier **les parties prenantes** c'est-à-dire toutes les personnes et organisation, impactées directement ou qui sont impactées par l'organisation, qui ont des attentes ou des interactions et **le réseau d'influence**, c'est-à-dire qui se base sur l'opinion de qui pour juger le projet et sa réussite. Ensuite il est nécessaire de repérer le détenteur du pouvoir et d'analyser et son influence en termes de réseaux, son type de pouvoir, c'est-à-dire quelle est la capacité à modifier directement le projet. Enfin, il faut, en tenant compte des éléments décrits, définir le plan du projet pour maximiser la satisfaction les parties prenante

Aussi, dans le groupe de travail instauré, les membres de la direction ont le pouvoir décisionnel. Les praticiens quant à eux, étaient représentés par le médecin du pôle (qui n'a pas assisté aux réunions) et le coordonnateur de l'USA, absent lui aussi à l'une des deux réunions. Le non présentisme involontaire médical durant ces deux réunions est un problème que seule une communication franche claire, et concise pourra pallier. Le travail que j'effectue en étroite collaboration avec le coordonnateur de l'USA, lui permet d'échanger avec ses pairs et d'adapter les organisations quand cela est possible.

Les « *théories de la complexité*⁷⁷ » envisagent l'hôpital comme « *un système complexe, adaptatif et dynamique qui tend à s'auto organiser et à faire émerger des processus complexes à partir de règles simples*⁷⁸ ». Elles précisent, qu'il faut faire participer un maximum d'individus d'origine médicale ou non, impliqués dans l'organisation ou affectés par celle-ci, de façon à conceptualiser les arrangements internes et interconnecter les sous unités de l'organisation. Les organisations augmentent, donc, leurs capacités d'adaptation en fonction du nombre variés d'aléas. « *En somme, selon les théories de la complexité, le changement sera encouragé en favorisant la complexification de l'organisation interne, la communication et la participation, de façon à stimuler l'auto-organisation, l'adaptation à la diversité environnementale et l'apprentissage*⁷⁹ ». Les approches politiques se simplifient.

⁷⁷François Champagne, Ph.D.- Université de Montréal Etude canadienne La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Ibid.

« Les espèces qui survivent ne sont pas les espèces les plus fortes, ni les plus intelligentes, mais celles qui s'adaptent le mieux aux changements »

Darwin

IV. CONCLUSION

Au vu de ce qui a été décrit dans ce document, ce projet managérial, tel qu'il est présenté ce jour, est une initiation à sa mise en place définitive dont le délai a été finalement négocié au 1^{er} septembre. Actuellement, les patients programmés au 1^{er} étage, sont considérés comme hébergés, dans le service de traumatologie. Le délai rajouté est une opportunité de bien installer le projet dans l'établissement et dans le temps.

Ma première réflexion est en lien avec le recrutement. Sans équipe, il n'est pas possible, à mon sens de travailler sur les valeurs et les compétences ... sur l'essence même de l'organisation. C'est pourquoi, j'ai sollicité plus fermement la mise en place d'un appel à candidature sur le pôle, étant donné que ce projet doit s'effectuer à moyens constants. La formation de l'équipe me semble impérative actuellement, et elle pourrait se mettre en place, et à bon escient, dans les périodes creuses de l'été.

Ma deuxième réflexion interroge l'organisation. La partie organisationnelle est certes formalisée : Toutefois, si les différents points importants ont été abordés, ils devront être assimilés par l'équipe. Etant convaincue qu'une réorganisation doit être travaillée en interne, je prends le risque de revoir la totalité contenu de l'organisation avec l'équipe et ses corollaires, tout en conservant le schéma initial.

En effet, l'implication des services collatéraux ne doit pas être négligée et il est important de se rencontrer, afin de formaliser les aménagements en lien avec l'organisation de l'unité de soins ambulatoires.

Ma troisième et dernière remarque concerne la communication et l'information régulière qui devra être mise en place afin de souligner la pertinence du projet et ses effets. Cette communication peut être le moyen de lever certains freins évoqués dans la dimension politique.

Nous ne sommes qu'à la première partie de ce projet.

Bientôt, en septembre 2016, aura lieu le déménagement du pôle mère-enfants et la gynécologie intègrera la chirurgie ambulatoire.

Dans une unité de chirurgie ambulatoire, aucun taux de rotation n'est réellement fixé, car il est dépendant de la typologie des interventions et du nombre de spécialités présentes. Aussi, avec

ses onze spécialités, et bientôt douze, l'USA recherche un taux de rotation de 1,2% avec l'espoir d'atteindre les 1,5%.

La planification proposée, l'agrandissement et l'activité estimée nous permet de penser que la chirurgie ambulatoire va poursuivre son évolution au sein de l'établissement, comme le préconise les orientations nationales de la santé.

La **rentabilité**, la **qualité des soins** et la **performance** sont les enjeux de la chirurgie ambulatoire. **Rentabilité**, car elle améliore l'efficacité de son organisation et d'optimise l'utilisation des plateaux techniques, **qualité des soins**, car elle permet de repenser le parcours de soins et **performante**, car elle implique une organisation sans faille, centrée sur le patient.

La chirurgie ambulatoire est un concept innovant d'organisation : « *L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation* ». ⁸⁰ Elle induit une nouvelle approche dans la prise en charge des patients, une mise en œuvre des mécanismes de coordination et de coopérations pour le bénéfice pour le patient.

« Le management et la culture ambulatoire sont synonymes d'harmonisation des pratiques professionnelles, de définition partagée des fonctions managériales et de pilotage, de formalisation de coopérations professionnelles et de formation à la gestion des flux⁸¹. »

C'est un défi lancé par la santé que l'on doit relever: passer des mots aux actes et souscrire à ce changement de paradigme qu'est la chirurgie ambulatoire

⁸⁰ Recommandations AFU/SFAR/AFCA/ANAP, Chirurgie ambulatoire en urologie, Progrès en urologie (2013), 23, hors- série 6 Ed Elsevier Masson

⁸¹ Ibid

BIBLIOGRAPHIE

Publication ANAP-HAS

- ✓ ANAP - Piloter et manager les projets au sein du pôle – Juin 2012
- ✓ Chirurgie Ambulatoire – Mode d’emploi – Novembre 2013
- ✓ Chirurgie Ambulatoire -Recommandations Organisationnelles - mai 2013
- ✓ Chirurgie Ambulatoire - Outils et guides : Guide de gestion de projet chirurgie ambulatoire - mai 2013
- ✓ Chirurgie Ambulatoire - Pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre – 15 fiches techniques explicatives, évaluatives, de mise en œuvre - mai 2013
- ✓ Chirurgie Ambulatoire - Guide diagnostic externe de chirurgie ambulatoire - mai 2013
- ✓ Chirurgie Ambulatoire - Inter diagnostic interne de chirurgie ambulatoire - mai 2013
- ✓ Organisation de la chirurgie ambulatoire. Développer l’activité, maîtriser les processus- - Meah- Juillet 2007
- ✓ ANAP - Piloter et manager les projets au sein du pôle – Juin 2012

Ouvrages

- ✓ David Autissier, Jean-Michel Moutot, *La Boîte à outils de la Conduite du changement*, Dunod
- ✓ Didier Noye, *Résoudre un problème, Démarche et outils*, Insep consulting -2009
- ✓ Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives. Le modèle : agir avec compétence en situation*, Eyrolles - 2013
- ✓ Henry MINTZBERG , *Le management, voyage au centre des organisations* ,, Editions d’Organisation, 2004
- ✓ Jean Nizet, François Pichault, *La coordination du travail dans les organisations*, Dunod – 2012
- ✓ K. McCreadie, *Sun TZU : Leçons de stratégie appliquée, 52 règles à connaître et mettre en œuvre*, Laurent du Mesnil Edition – 2011
- ✓ Nicole Coté, Laurent Bélanger et Jocelyn Jacques, *La dimension humaine des organisations*, édition Morin, 1998, p.357
- ✓ Olivier Meier - *Management interculturel. Stratégie - Organisation – Performance* - 5e édition, Dunod, Paris, 2013
- ✓ Rachel BEAUJOLIN-BELLET, Géraldine SCHMIDT, *Les restructurations d’entreprises*, Collections Repères, La Découverte, 2012
- ✓ Roger Aïm, *L’essentiel de la théorie des organisations* - Lextenso éditions - 2013

Articles

- ✓ A. Prigent pour Le Figaro Santé -"Chirurgie sans hospitalisation : les raisons du retard français" - 05.05.2014

- ✓ L. Boyer .P Louart - Les avènements de la GRH : Introduction Générale au cahier spécial -Publié dans Management & Avenir -Éditeur Management Prospective Ed .2005
- ✓ Bulletin d'information en économie de la santé n° 30 - mai 2000 - Questions d'économie de la santé
- ✓ Communiqué de presse - ARS Nord-Pas-de-Calais : publication le 13 janvier 2012 du PRS (projet régional de santé) 2012 – 2016
- ✓ Chirurgie ambulatoire: la Cour des comptes épingle la politique française - PARIS, 17 septembre 2013 (APM)
- ✓ DPC & Pratiques n° 60 – Décembre 2011 - Pr Corinne Vons – Chirurgie ambulatoire
- ✓ J. Hoffer Gittell, High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience – Ed.McGraw-Hill, 2009
- ✓ Le Lettre DPC & Pratiques n° 60 – Décembre 2011 - Pr Corinne Vons – Chirurgie ambulatoire
- ✓ Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Texte long. Paris: SFAR 2009

Rapports

- ✓ Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé - CLS de Roubaix - juin 2012
- ✓ François Champagne, Ph.D.- Université de Montréal Etude canadienne La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé
- ✓ La loi HPST à l'hôpital - Les clefs pour comprendre
- ✓ Laurent HENART- Yvon BERLAND - Danielle CADET, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer- Janvier - 2011.
- ✓ Le maillage des pôles d'offre - Éléments de la problématique, sensibilité des acteurs et potentialités régionales. ORS. Nord – Pas de calais - Août 2013
- ✓ Meah- Organisation de la chirurgie ambulatoire. Développer l'activité, maîtriser les processus- - Juillet 2007
- ✓ Outils et recommandations économiques – Note de cadrage – HAS-ANAP – Avril 2012
- ✓ Pierre Collerette, Gilles Delisle, Richard Perron, Le Changement Organisationnel: Théorie et Pratique, Presse de l'université du Québec, 1997
- ✓ Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)- Zeynep Or, Thomas Renaud - IRDES – Mars 2009
- ✓ Recommandations AFU/SFAR/AFCA/ANAP, Chirurgie ambulatoire en urologie, Progrès en urologie (2013), 23, hors- série 6 Ed Elsevier Masson
- ✓ Schéma régional d'organisation des soins du Nord Pas-de-Calais pour 2012 – 2016

Textes de loi

- ✓ Code de la santé publique - Article D. 6124-301 du CSP du décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation
- ✓ Code de la santé publique - L'article 1111-2 du code de la santé publique (version consolidée au 27 mars 2014) Droits des personnes malades et des usagers du système de santé
- ✓ Circulaire N° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- ✓ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- ✓ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST)
- ✓ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- ✓ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

Sites internet

- ✓ http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201204/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf
- ✓ <http://www.fhf.fr/Actualites/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire-a-l-hopital-public-vrais-enjeux-et-faux-debats>
- ✓ http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Transport_interne_chap3_1.pdf
- ✓ http://fr.wikipedia.org/wiki/Culture_d'entreprise
- ✓ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Culture>

Cours

- ✓ Cours MTMOS@13-14 - C De Martigny - Anglais Médical
- ✓ Cours MTMOS@13-14 - F Minet - Restructuration, mobilité, changement de carrière dans la fonction publique hospitalière : obligation, envie, opportunité et moyens d'agir?
- ✓ Cours MTMOS@13-14 - D. Letourneau – Hôpital, patient, santé, et territoire
- ✓ Cours MTMOS@13-14 - T Collet – Le consentement des patients aux soins
- ✓ Cours MTMOS@13-14 - M Papin-Morardet - Le recueil de données - Cadre exploratoire du projet managérial Diagnostic / Etat des lieux
- ✓ Cours MTMOS@13-14 - X. Marchand - Séance 2 – « Analyser l'existant : les métiers »
- Unité de compte de la GRH : vers un changement de paradigme
- ✓ Cours MTMOS@13-14 - X. Marchand - Séance 3 – « Analyser l'existant : les situations de travail »

- Place de la notion de situation dans l'analyse du travail
- Composantes de la compétence
- Facteurs de la performance
- ✓ Cours MTMOS@13-14-X. Marchand – Séance 4 – «Analyser l'existant: les pratiques professionnelles »
 - Evaluer les pratiques professionnelles
- ✓ Cours MTMOS@13-14 - X. Marchand - Séance 7 – « Développer les compétences »
 - Accompagner le changement
- ✓ Cours MTMOS@13-14 - X. Marchand – « Gérer les compétences : la communauté de pratique»
 - Intégrer un nouvel arrivant,
 - Jeux d'acteurs et sources de pouvoir,
 - La compétence collective mythe ou réalité ?
- ✓ Cours MTMOS@13-14 - A. Benmakhlouf – Ethique soignante et anthropologie des soins
- ✓ DU Chirurgie ambulatoire Paris XI –Dr Gilles Bontemps L'hôpital public verra-t-il sa chirurgie programmée disparaître ? - -Chef de projet national chirurgie ambulatoire –CNAMTS
- ✓ DU Chirurgie ambulatoire Paris XI – Cours du Dr Gilles Bontemps - Elargir la maîtrise médicalisée à l'hôpital - Le plan d'action 2007

Les fiches de lecture de la chaire « Développement des systèmes d'organisation » (CNAM) :

- ✓ Y Attal : Michel Crozier, Erhard Friedberg "L'ACTEUR ET LE SYSTÈME : Les contraintes de l'action collective" Editions du Seuil, 1981.Première parution en 1977, dans la collection "Sociologie politique"
- ✓ G. KERVELLA GUENNOC : Henry MINTZBERG "Structure et dynamique des organisations"

Mémoire

- ✓ E Alsène .F Pichault, La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel -Gérer et comprendre • mars 2007

| | |
|--|-----------|
| SOMMAIRE | |
| ABREVIATIONS | |
| I. INTRODUCTION | 1 |
| II. LE CADRE CONTEXTUEL | 3 |
| A. Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ? | 3 |
| 1. Un peu d'histoire | 3 |
| 2. Définition | 4 |
| 3. La prise en charge des patients en ambulatoire | 5 |
| 4. La chirurgie ambulatoire en termes de maîtrise des coûts | 6 |
| 5. Que dit la législation ... | 8 |
| 6. Et l'éthique dans tout cela ? | 11 |
| B. La chirurgie ambulatoire selon la vision nationale | 12 |
| C. La chirurgie ambulatoire selon la vision régionale | 13 |
| D. Et au niveau institutionnel, qu'en est-il ? | 15 |
| 1. Le Centre Hospitalier de Roubaix | 15 |
| 2. L'unité des Soins Ambulatoires | 18 |
| III. LE PROJET MANAGERIAL | 23 |
| A. Constat de l'existant | 23 |
| 1. L'organisation actuelle | 23 |
| 2. Activité de la chirurgie ambulatoire | 26 |
| 3. Les freins relevés dans cette première analyse | 27 |
| B. Le projet définitif | 32 |
| 1. Présentation du contexte de cette décision. | 32 |
| 2. Présentation du groupe de travail. | 33 |
| 3. Qu'est-ce qu'une organisation ? | 35 |
| 4. Etude de l'organisation au travers de ses dimensions | 36 |
| IV. CONCLUSION | 65 |
| BIBLIOGRAPHIE | |
| TABLE DES MATIERES | |
| ANNEXES | |

LES ANNEXES

ANNEXE 1

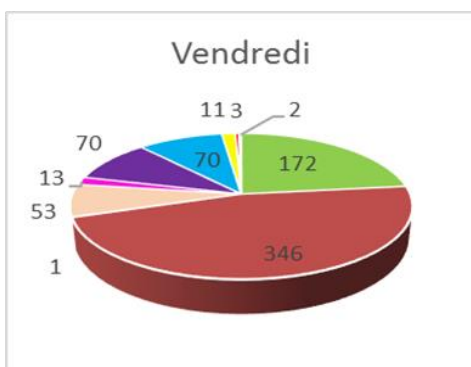
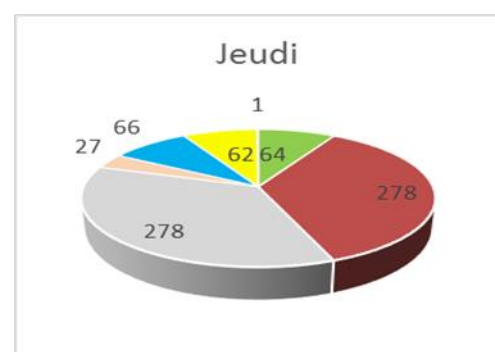
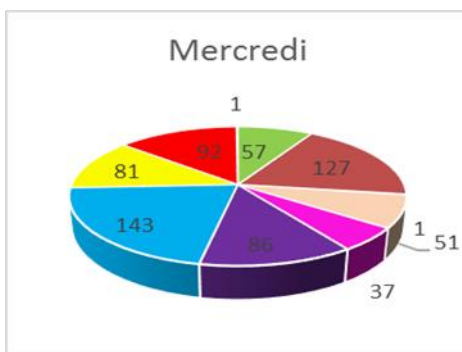
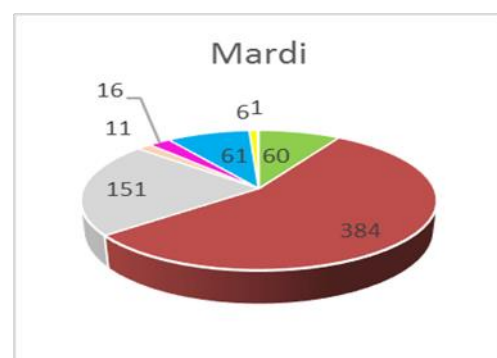
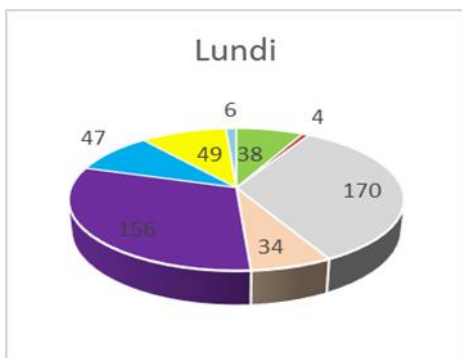
- ✓ La programmation au bloc
- ✓ La programmation à l'USA
- ✓ Les critères du tableau de bord
- ✓ L'activité 2013

LE PLANNING OPERATOIRE

| FEVRIER 2013 V5 | Semaine paire | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|------------|-------------------|------------------|----------------------|----------------|-----------------|---------|----------------------------|-----------------|
| | Lundi | | Mardi | | Mercredi | | Jeudi | | Vendredi | |
| Hyper aseptique | OT 8h30/16h30 | U16h30/ | | | | | | | | |
| | | | OT 8h/16h | U16h/18 | OT 8h/16h | U16h/18 | OT 8h/16h | U16h/18 | OT 8h/16h | U16h/18h |
| | VASC 8h30/16h30 | | | | VASC 8h30/16h30 | | | | VASC 8h30/16h30 | |
| | VASC 8/1 | | | | VASC 8/1 | | | | VASC 8/1 | |
| Aseptique | VISC 8/16 | | VISC 8/16 | | VISC 8/16 | | VISC 8/16 | | VISC 8/16 | |
| | CHIR ENFT 8h30/16h30 | | CHIR Eft 8h30/12h | | Plastique 8h30/16h30 | | | | CHIR Eft 8h30/12h | |
| | URO 8/16h | | | | URO 8h30/16h30 | | URO 8h30/16h30 | | | |
| | ORL 8h30/13h30 | | ORL/ ou plastique | | ORL 8h/13h | | ORL 8h/16h | | ORL 8h30/13h30 | |
| | | U14h30/18h | U 8h30/18h | | U14h/18h | | U 8h30/18h | | U14h30/18h | |
| Ambulatoire | | | GAST 8/16h | | | | GAST 8h30/16h30 | | GAST 8/16h | |
| | | | | GAST 13h | | GAST 13h | | | GAST 8/2 | |
| | OPHT 8h/16h | | OPHT 8h30/16h30 | | | | OPHT 8h/16h | | | VISC 14h/18 PAC |
| | STO 8/16 | | | | | | | | STO 8/16 | |
| FEVRIER 2013 V5 | Semaine impaire | | | | | | | | | |
| | Lundi | | Mardi | | Mercredi | | Jeudi | | Vendredi | |
| Hyper aseptique | OT 8h30/16h30 | U16h30/ | | | | | | | | |
| | | | OT 8h/16h | U16h/18 | OT 8h/16h | U16h/18 | OT 8h/16h | U16h/18 | OT 8h/16h | U16h/18h |
| | VASC 8h30/16h30 | | | | VASC 12h/16 | | | | VASC 8h30/16h30 | |
| | VASC 8/1 | | | | VASC 8/1 | | | | VASC 8/1 | |
| Aseptique | VISC 8/16 | | VISC 8/16 | | VISC 8/16 | | VISC 8/16 | | VISC 8/16 | |
| | CHIR ENFT 8h30/16h30 | | CHIR Eft 8h30/12h | | Plastique 8h30/16h30 | | | | CHIR Eft 8h30/12h30 | |
| | URO 8/16h | | | | URO 8/16h | | URO 8h30/16h30 | | Chir reconstructive 8h/18h | |
| | ORL 8h30/13h30 | | ORL/ ou plastique | | ORL 8h/13h | | ORL 8h/16h | | URO 8/16h | |
| | | U14h30/18h | U 8h30/18h | | U14h/18h | | U 8h30/18h | | U14h30/18h | |
| Ambulatoire | | | GAST 8/16h | | VASC 8/12 | | GAST 8h30/16h30 | | GAST 8/16h | |
| | | | | GAST 13h30/16h30 | | GAST 13h30/16h | | | GAST 8/2 | |
| | OPHT 8h/16h | | OPHT 8h30/16h30 | | | | OPHT 8h/16h | | | VISC 14h/18 PAC |
| | STO 8/16 | | | | | STO 8h30/16h30 | | | | |

REPARTITION DE L'ACTIVITE JOURNALIERE

| Spécialité | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|-----------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| Digestive | 38 | 60 | 57 | 64 | 172 |
| Exploration Digestive | 4 | 384 | 127 | 278 | 346 |
| Ophthalmologie | 170 | 151 | 1 | 278 | 1 |
| ORL | 34 | 11 | 51 | 27 | 53 |
| Plasticien | | 16 | 37 | | 13 |
| Stomatologie | 156 | | 86 | | 70 |
| Traumatologie | 47 | 61 | 143 | 66 | 70 |
| Urologie | 49 | 6 | 81 | 62 | 11 |
| Vasculaire | | | 92 | | 3 |
| SSPI | 6 | 1 | 1 | 1 | 2 |



Activité par jour

Il y a entre 6 et 8 spécialités différentes par jour du lundi au vendredi

Certaines spécialités sont spécifiques à certains jours, d'autres interviennent chaque jour comme l'urologie et la traumatologie

La gastroentérologie reflète une très forte activité, et cette activité est constante

Le mercredi, les spécialités ont une activité pratiquement identique

Afin de proposer une planification, l'activité par jour et par spécialité a été relevée sur l'année 2013

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|-----------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| Digestive Max | 4 | 6 | 5 | 5 | 8 |
| Digestive Min | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Digestive médiane | 1 | 1,5 | 2 | 2 | 4 |
| Ophtalmologie Max | 10 | 8 | 1 | 10 | 1 |
| Ophtalmologie Min | 2 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| Ophtalmologie médiane | 7 | 5 | 1 | 7 | 1 |
| Traumato Max | 5 | 5 | 10 | 4 | 4 |
| Traumato Min | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Traumato médiane | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| Stomato Max | 8 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| Stomato Min | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Stomato médiane | 4 | | 4 | | 4 |
| Vasculaire Max | 0 | 0 | 5 | 0 | 1 |
| Vasculaire Min | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Vasculaire médiane | | | 4 | | 1 |
| Urologie Max | 5 | 2 | 6 | 5 | 3 |
| Urologie Min | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Urologie médiane | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| Gastro Max | 4 | 14 | 6 | 10 | 13 |
| Gastro Min | 4 | 8 | 3 | 7 | 8 |
| Gastro médiane | 4 | 8 | 3 | 7 | 8 |
| Plastique Max | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 |
| Plastique Min | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Plastique médiane | | 2 | 1 | | 2 |
| ORL Max | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 |
| ORL Min | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ORL médiane | 2 | 1 | 1,5 | 1 | 2 |
| SSPI Max | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| SSPI Min | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| SSPI Max | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Ces données ont été communiquées aux chirurgiens, qui ont ensuite évalué et transmis leurs besoins. Réalisée avec le coordonnateur de l'unité, la programmation ci-après va leur être soumise, avec notamment les règles en rapport avec le turn-over

PROGRAMMATION PROPOSEE

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | | | JEUDI | | VENDREDI | |
|----|-----------|-----------|-----------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | Paire | Paire avec LEC | Impaire | Paire | Impaire | Paire | Impaire |
| 1 | URO | URO | URO | LEC | URO | URO | URO | DIG | URO |
| 2 | URO | URO | URO | LEC | URO | URO | URO | DIG | URO |
| 3 | URO | URO | URO | LEC | URO | URO | URO | DIG | URO |
| 4 | DIG | DIG | DIG | LEC | DIG | DIG | DIG | ORL | DIG |
| 5 | DIG | DIG | DIG | LEC | DIG | DIG | DIG | ORL | DIG |
| 6 | DIG | DIG | DIG | LEC | DIG | DIG | DIG | ORL | DIG |
| 7 | ORL | ORL | ORL | ORL | ORL | ORL | ORL | STO | ORL |
| 8 | ORL | ORL | ORL | ORL | ORL | ORL | ORL | STO | ORL |
| 9 | ORL | ORL | ORL | ORL | ORL | ORL | ORL | STO | ORL |
| 10 | STO | TRAU | TRAU | TRAU | STO | TRAU | TRAU | STO | TRAU |
| 11 | STO | TRAU | TRAU | TRAU | STO | TRAU | TRAU | STO | TRAU |
| 12 | STO | TRAU | TRAU | TRAU | STO | OPH | TRAU | STO | TRAU |
| 13 | STO | TRAU | TRAU | TRAU | STO | OPH | TRAU | GASTRO | TRAU |
| 14 | STO | PLASTIQUE | TRAU | TRAU | STO | OPH | TRAU | GASTRO | PLASTIQUE |
| 15 | STO | PLASTIQUE | TRAU | TRAU | STO | OPH | OPH | GASTRO | PLASTIQUE |
| 16 | STO | OPH | TRAU | TRAU | GASTRO | OPH | OPH | GASTRO | GASTRO |
| 17 | STO | OPH | PLASTIQUE | PLASTIQUE | GASTRO | OPH | OPH | GASTRO | GASTRO |
| 18 | TRAU | OPH | PLASTIQUE | PLASTIQUE | GASTRO | OPH | OPH | GASTRO | GASTRO |
| 19 | TRAU | OPH | GASTRO | DIG | GASTRO | OPH | OPH | GASTRO | GASTRO |
| 20 | OPH | OPH | GASTRO | DIG | GASTRO | GASTRO | OPH | GASTRO | GASTRO |
| 21 | OPH | OPH | GASTRO | DIG | VASC | GASTRO | OPH | GASTRO | GASTRO |
| 22 | OPH | GASTRO | GASTRO | GASTRO | VASC | GASTRO | OPH | GASTRO | GASTRO |
| 23 | OPH | GASTRO | GASTRO | GASTRO | VASC | GASTRO | GASTRO | DIG (PAC) | GASTRO |
| 24 | OPH | GASTRO | 23 | GASTRO | VASC | GASTRO | GASTRO | DIG (PAC) | GASTRO |
| 25 | OPH | GASTRO | | GASTRO | VASC | 24 | GASTRO | DIG (PAC) | GASTRO |
| 26 | OPH | GASTRO | | GASTRO | VASC | | GASTRO | DIG (PAC) | DIG (PAC) |
| 27 | 26 | GASTRO | | 26 | 26 | | GASTRO | 26 | DIG (PAC) |
| 28 | | GASTRO | | | | | 27 | | DIG (PAC) |
| 29 | | 28 | | | | | | | DIG (PAC) |
| | | | | | | | | 29 | |

Les chirurgiens bénéficieront de ces plages opératoires : ils disposeront des places sur laquelle ils devront faire des rotations

Les places sont proposées en regard de la programmation (Cf. programme opératoire)

ANNEXE 2

- ✓ Les critères du tableau de bord
- ✓ L'activité 2013

TABLEAU DE BORD DE L'UNITE DE SOINS AMBULATOIRES

1/Taux d'activité

- ✓ Nb de patients à l'USA/spécialité
- ✓ Nb de patients forain / spécialité
- ✓ Nb de patients programmés après 12h
- ✓ Type d'anesthésie

2/Taux de réhospitalisations

- ✓ Problème de place
- ✓ Taux de conversion

3/ Taux d'annulation et motifs (J 0 à J-48h)

4/ Temps d'attente avant et après intervention

5/ Taux de gestes marqueurs

6/ Appels de la veille et du lendemain

7/ Suivi des évènements indésirables

- ✓ Eligibilité
- ✓ Plainte
- ✓ Identitovigilance

Suite à l'utilisation du 1^{er} étage, il me semble judicieux de rajouter les items suivants

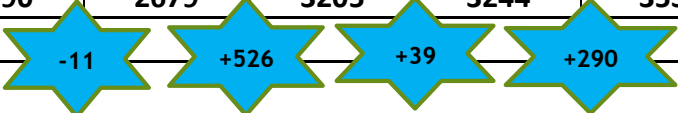
8/ Le temps de brancardage

9/ La satisfaction des patients

10/ Le temps d'appels téléphonique

L'évolution de l'activité

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Pneumologie | | | 1 | 2 | 1 |
| Chirurgie Plastique | | 23 | 31 | 21 | 68 |
| ORL | 144 | 174 | 193 | 185 | 182 |
| Ophtalmologie | 746 | 543 | 552 | 524 | 621 |
| Stomatologie | 303 | 287 | 427 | 394 | 310 |
| Traumatologie | 521 | 479 | 557 | 430 | 410 |
| Urologie | 85 | 120 | 194 | 243 | 222 |
| Chirurgie Viscérale | 314 | 361 | 304 | 337 | 425 |
| Chirurgie Vasculaire | 67 | 71 | 71 | 81 | 96 |
| Gastro-entérologie | 510 | 611 | 866 | 1016 | 1188 |
| Douleur SSPI | | 10 | 9 | 11 | 11 |
| Total patients | 2690 | 2679 | 3205 | 3244 | 3534 |
| | | | | | |



Les annulations

| 2013 | J0 | J-1 | J-2 |
|-----------|----|-----|-----|
| Janvier | 8 | 20 | 54 |
| Février | 5 | 3 | 37 |
| Mars | 16 | 12 | 53 |
| Avril | 4 | 8 | 29 |
| Mai | 7 | 11 | 42 |
| Juin | 8 | 20 | 54 |
| Juillet | 17 | 17 | 42 |
| Août | 2 | 5 | 10 |
| Septembre | 6 | 12 | 65 |
| Octobre | 3 | 13 | 50 |
| Novembre | 7 | 11 | 45 |
| Décembre | 6 | 9 | 40 |

Les annulations à J0 sont correctes : sauf en mars, où le nombre d'annulations est dû, pour 10 patientes aux intempéries immobilisant la région .En juillet, cela correspond aux patients non joints lors de l'appel de la veille mais qui ne peuvent pas être considérés comme annulés

Par contre, les annulations à J-1 doivent être un point d'attention car il s'agit d'annulations non transmises à l'USA découvertes lors de l'appel de la veille, alors que les patients ont prévenu le service de consultations d'origine

Hébergement, réhospitalisations et patients après 13h

| | Nombre de patients programmés en USA | Nombre de patients hébergés "programmés" | Nombre de transformation en hospitalisation complète en post opératoire | Nombre de patients programmés en USA après 13h |
|----------|--------------------------------------|--|---|--|
| janv.-13 | 376 | 11 | 13 | 88 |
| févr.-13 | 240 | 8 | 7 | 42 |
| mars-13 | 355 | 13 | 5 | 70 |
| avr.-13 | 274 | 12 | 4 | 60 |
| mai-13 | 288 | 16 | 6 | 54 |
| juin-13 | 340 | 8 | 7 | 61 |
| juil.-13 | 273 | 7 | 7 | 32 |
| août-13 | 176 | | 0 | 6 |
| sept.-13 | 282 | 14 | 8 | 53 |
| oct.-13 | 316 | 18 | 5 | 52 |
| nov.-13 | 335 | 15 | 4 | 74 |
| déc.-13 | 276 | 25 | 5 | 52 |

Le nombre de réhospitalisations est correct et correspond aux chiffres décrits dans les autres établissements (<3%)

Les hébergements :

Le nombre d'hébergement en 2013, est conséquent. Or un patient est hébergé quand toutes les solutions de turn-over sont épuisées : cela indique soit une mauvaise planification, soit un manque de place (3 à 9%)

Après 13h

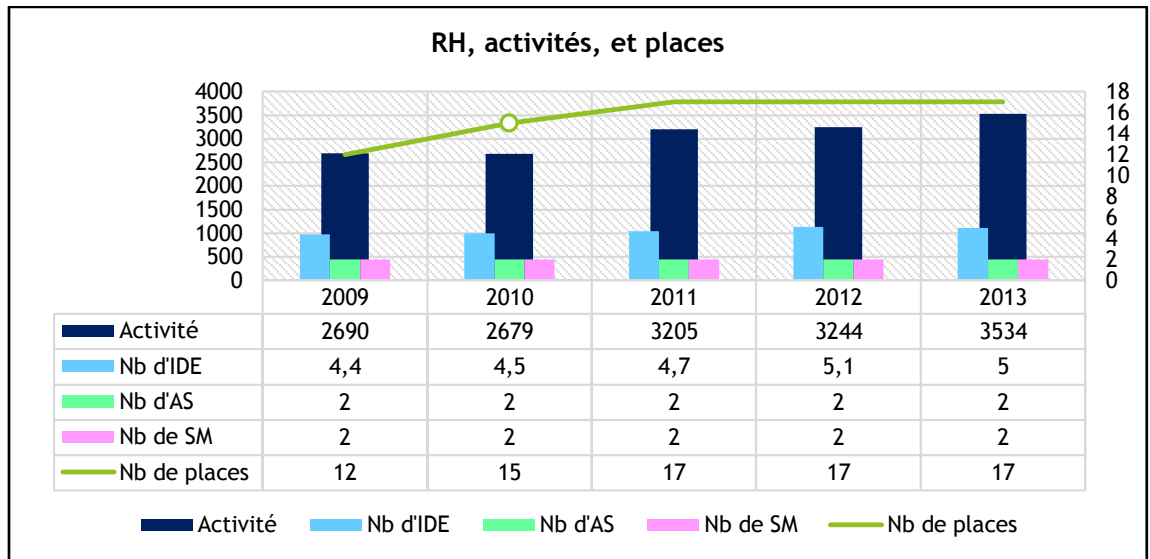
En 2012, il y avait 5 à 15 patients qui arrivaient après 13h

En 2013, le nombre a sérieusement augmenté, si l'on sait la programmation des derniers patients est à 16h : cela prouve qu'il y a une meilleure gestion de la rotation

ANNEXE 3

- ✓ Les ressources humaines
- ✓ Problématique du service de traumatologie
- ✓ Calcul de l'effectif nécessaire

✓ Les ressources humaines actuelles face à l'activité



✓ Problématique du service de traumatologie

| | Matin | jour | AM | Nuit |
|-------------------------------|-------|----------------------|----|------|
| Traumatologie 23 lits | 2 | 0.5 Absentéisme ! | 2 | 1 |
| Lors de l'extension, soit | | | | |
| Soit 15 lits Traumatologie | 1 | 1 Absentéisme ! | 1 | 1 |
| 8 lits USA 1er | 1 | | 1 | |
| Ou soit | | | | |
| Soit 13 lits traumatologie | 1 | Non nécessaire | 1 | 1 |
| 10 lits USA 1er | 1 | | 1 | 1 |

Au vu de cette maquette, il serait plus judicieux de proposer 10 lits au lieu de 8, mais l'efficacité du service ambulatoire serait mise en cause, en regard des calculs ci-après en termes de lits et d'effectifs

USA : 3534 patients en 2013
 17 places
 5 IDE, 2 AS, 1SEC

1er Etage ? 1010 patients prévus en fonction de l'activité foraine
 Nb de place ?
 Nb de personne ?

Evaluation du nombre de lits

| | |
|----|----------------------------|
| 17 | 3534 |
| x | 1010 (852 et 158 hébergés) |

5 soit 5 places

MAIS MSAP pour les cholecystectomies : 178 en 2013
 Innovation en pneumologie
 nouveaux praticiens en ophtalmologie, urologie et
 stomatologie
 Soit 8 places

Evaluation du nombre de personnel

| | | |
|------------|----|---|
| IDE | 17 | 5 |
| | 8 | x |

2,35 soit 3 IDE

CAR augmentation de 1000 dossiers en termes de charge de travail (appel, preparation des dossiers) pour l'IDE coordonatrice

| | | |
|-----------|----|---|
| AS | 17 | 2 |
| | 8 | x |

0,94 soit 1AS

ou repartition de la charge de travail differente avec ASH

ou

| | | |
|------------|----|---|
| ASH | 17 | 2 |
| | 8 | x |

0,94 soit 2ASH

soit ASH interne : possibilité de faire une ASH + et remplacer une AS pour l'environnement immediat

soit ASH de la societe : avenant exigeant la présence de l'agent pour favoriser le turn vers de 10h à 20h et pouvant faire l'environnement immediat

| | | |
|------------------|----|---|
| SECRETARE | 17 | 2 |
| | 8 | x |

0,94 soit 1 secrétaire

AS = aide soignant, il réalise sous la responsabilité de l'infirmière divers soins de base (depilation...), notamment les toilettes et aide à la mobilisation, à l'alimentation et distribution des repas...

ASH = agent des services hospitaliers, ce sont les femmes de ménage en fait, responsable du ménage de l'ensemble des locaux des hôpitaux et du sol des chambres des malades, mais pas de leur environnement immédiat (table, lit...) qui sont nettoyés par l'aide-soignant.

et 1 hotesse : attention amplitude horaire

Conduite vers les unités

MODELE DE CALCUL

| IDE | du L au V | | | nb de jour | | |
|------|-----------|----------|---------|------------|--------------------------------------|--------------|
| IDE1 | 6:30:00 | 14:00:00 | 7:30:00 | 5 | 37:30:00 | |
| IDE2 | 7:00:00 | 14:00:00 | 7:00:00 | 5 | 35:00:00 | |
| IDE3 | 12:30:00 | 19:30:00 | 7:00:00 | 5 | 35:00:00 | |
| IDE4 | 8:00:00 | 15:00:00 | 7:00:00 | 5 | 35:00:00 | |
| IDE5 | 10:30:00 | 17:30:00 | 7:00:00 | 5 | 35:00:00 | |
| IDE6 | 7:00:00 | 14:00:00 | 7:00:00 | 5 | 35:00:00 | |
| IDE7 | 13:30:00 | 20:30:00 | 7:00:00 | 5 | 35:00:00 | |
| | | | | | COORD | |
| | | | | | 247:30:00 | 47 |
| | | | | | nb d'h par sem | nb de sem/an |
| | | | | | nb d'heure par année pour le service | 11632:30:00 |
| | | | | | nb d'h par année pr le service | 11632:30:00 |
| | | | | | nb de heurstravaillé/an | 1650 |
| | | | | | 7:03 | ETP |
| | | | | | 6% | absenteisme |
| | | | | | 0:25 | absenteisme |
| | | | | | soit | 7:28 etp |

PROPOSITION

| | | IDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------------|------------|------------|--|--|--|--|--|--|-----------|------|------------|
| | | 06:30 | 07:00 | 07:30 | 08:00 | 08:30 | 09:00 | 09:30 | 10:00 | 10:30 | 11:00 | 11:30 | 12:00 | 12:30 | 13:00 | 13:30 | 14:00 | 14:30 | 15:00 | 15:30 | 16:00 | 16:30 | 17:00 | 17:30 | 18:00 | 18:30 | 19:00 | 19:30 | 20:00 | 20:30 | | | | | | | | | | | | | |
| COORD | 8h | Appel | | | | | | | | | | R | Coordonatrice | | | | | | | | | | 8/15h30 | 7h00 | Repas: 30' | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | USA | pure du service | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | 6h30/14h | 7h30 | Pause: 20' | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | USA | 7h | | | | | | | | | | | R | | | | | | | | | | | 07h/14h30 | 7h00 | Repas: 30' | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | USA | 10h Appel | | | | | | | | | | R | | | | | | | | | | | 10h/17h30 | 7h00 | Repas: 30' | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | USA | | | | | | | | | | | 12h30 | P | | | | | | | | | | 12h30/19h30 | 7h00 | Pause: 20' | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1er/USA | 7h | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | 07h/14h30 | 7h00 | Repas: 30' | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1er | | | | | | | | | | | 13h30 | P | | | | | | | | | | 13h30/20h30 | 7h00 | Pause: 20' | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | AS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 06:30 | 07:00 | 07:30 | 08:00 | 08:30 | 09:00 | 09:30 | 10:00 | 10:30 | 11:00 | 11:30 | 12:00 | 12:30 | 13:00 | 13:30 | 14:00 | 14:30 | 15:00 | 15:30 | 16:00 | 16:30 | 17:00 | 17:30 | 18:00 | 18:30 | 19:00 | 19:30 | 20:00 | 20:30 | | | | | | | | | | | | | |
| USA | 7h | | | | | | | | | | | R | | | | | | | | | | | 07h/14h30 | 7h00 | Repas: 30' | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1er/USA | 10h00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R | | | | | | | | | | | 10h00/17h30 | 7h00 | Repas: 30' | | | | | | | | | |
| | | ASH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 06:30 | 07:00 | 07:30 | 08:00 | 08:30 | 09:00 | 09:30 | 10:00 | 10:30 | 11:00 | 11:30 | 12:00 | 12:30 | 13:00 | 13:30 | 14:00 | 14:30 | 15:00 | 15:30 | 16:00 | 16:30 | 17:00 | 17:30 | 18:00 | 18:30 | 19:00 | 19:30 | 20:00 | 20:30 | | | | | | | | | | | | | |
| 1er/USA | | | | | | | | | | | 13h | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 13h00/20h30 | 7h00 | Repas: 30' | | | | | | | | | |
| | | Secrétaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 06:30 | 07:00 | 07:30 | 08:00 | 08:30 | 09:00 | 09:30 | 10:00 | 10:30 | 11:00 | 11:30 | 12:00 | 12:30 | 13:00 | 13:30 | 14:00 | 14:30 | 15:00 | 15:30 | 16:00 | 16:30 | 17:00 | 17:30 | 18:00 | 18:30 | 19:00 | 19:30 | 20:00 | 20:30 | | | | | | | | | | | | | |
| USA | 8h30 | | | | | | | | | | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 08h30/16h | 7h00 | Repas: 30' | | | | | | | | | | |
| USA | | | | | | | | | | | 10h30 | | | | | | | | | | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10h30/18h | 7h00 | Repas: 30' |
| 1er étage | | | | | | | | | | | 13h00 | | | | | | | | | | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 13h00/18h | 5h00 | Repas: 30' |
| | | Hôtesse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 06:30 | 07:00 | 07:30 | 08:00 | 08:30 | 09:00 | 09:30 | 10:00 | 10:30 | 11:00 | 11:30 | 12:00 | 12:30 | 13:00 | 13:30 | 14:00 | 14:30 | 15:00 | 15:30 | 16:00 | 16:30 | 17:00 | 17:30 | 18:00 | 18:30 | 19:00 | 19:30 | 20:00 | 20:30 | | | | | | | | | | | | | |
| et 1 h | h | 6h45 | | | | | | | | | | 13h45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6h45/13h45 | 7h00 | Pause: 20' | | | | | | | | | |

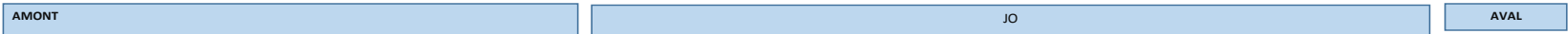
ANNEXE 4

- ✓ Description du processus
- ✓ Grille d'évaluation du processus

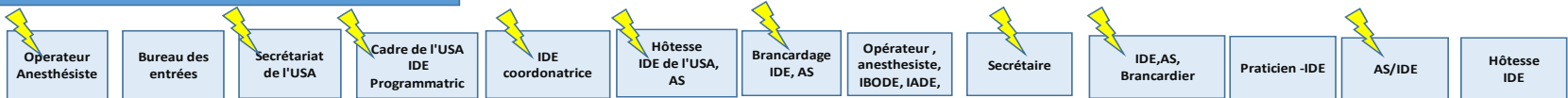


= Risques identifiés

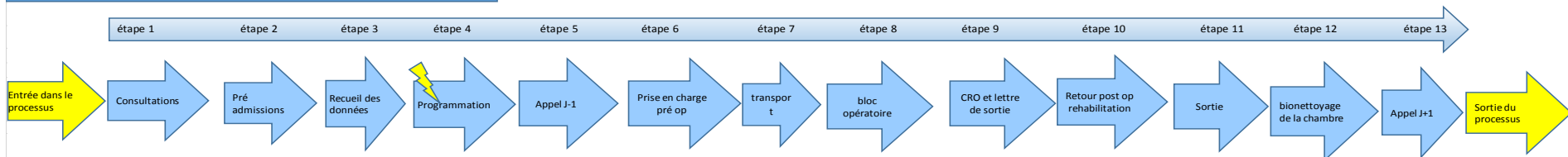
PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE



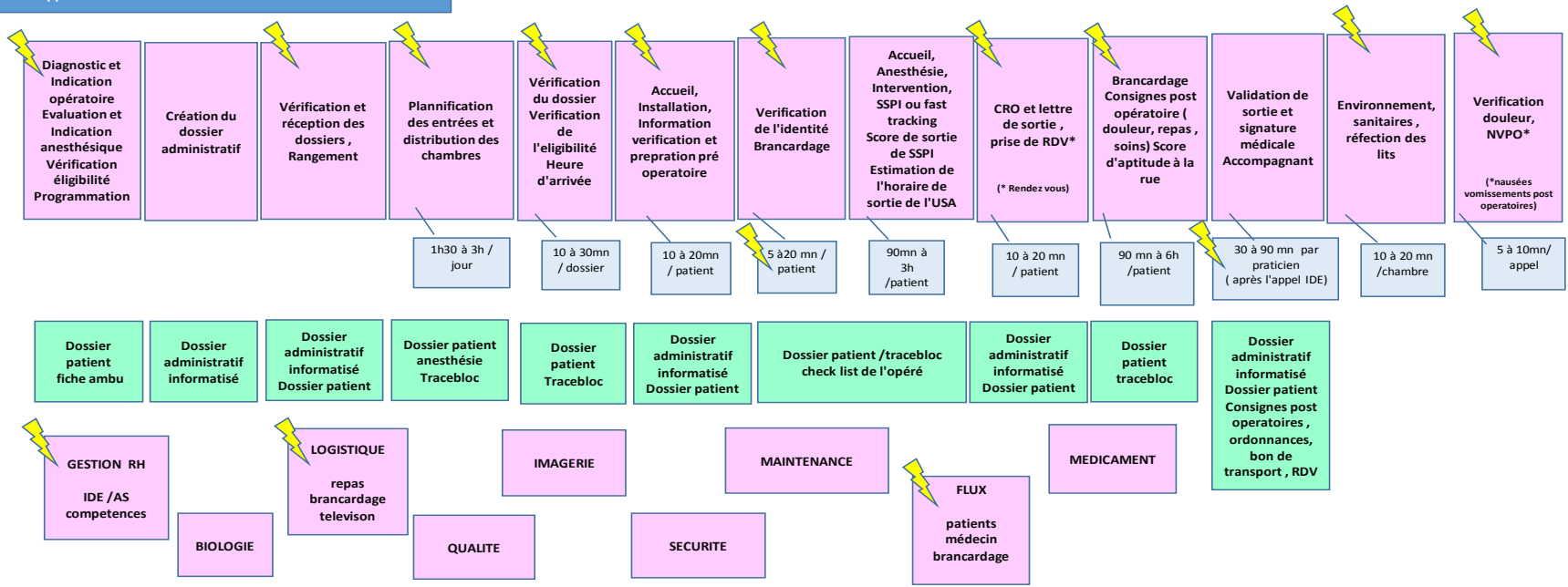
Macro process de mangement stratégique



Macro Process en lien avec le patient



Macro process support



| Étape du Processus | Jour | Patient? | lieu UCA mobilisé | DUREE | | CHARGE | | RESSOURCES | | | | | | | | |
|--|------|----------|-------------------|----------|-------|----------|-------|------------|-----|----|-------|-----|------|------|------|------|
| | | | | Actuelle | Cible | Actuelle | Cible | SM | IDE | AS | Cadre | MAR | CHIR | BRAN | BLOC | SSPI |
| Récupérer la liste des patientes | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vérifier les pré-admissions | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparer les dossiers medicaux | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verification dossier médical | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sortir les dossiers d'anesthésie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparer les dossier medicaux | | | | | | | | | | | | | | | | |
| faire valider les dossiers d'anesthésie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analyser le programme et fixer les heures de rDV | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vérification ultime du dossier | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Appeler le patient, donner l'heure et les consignes | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accueillir les patients dans le service | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accueil hotesse | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accueil paramedical | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prémédiquer perfuser | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Préparer pour la chirurgie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Attendre passage au bloc | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brancarder vers bloc | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retour vers le service (sortie directe ou transfert via SSPI) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dictée du CRO et Lettre de sortie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accueillir en post op | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frappe CRO et lettre de sortie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prendre les rendez vous | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autoriser la sortie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Refection de la chambre | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Donner les courriers | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Appeler le lendemain | | | | | | | | | | | | | | | | |

Evaluation du processus en chirurgie ambulatoire

ANNEXE 5

- ✓ La classification d'Alteimeier
- ✓ Les actes marqueurs
 - Définition
 - Procédure
 - liste des 38 gestes marqueurs

CLASSIFICATION D'ALTEMEIER

Classe de contamination d'Altemeier : système de classification des interventions chirurgicales selon leurs caractères : propre (classe I), propre-contaminé (Classe II), contaminé (Classe III), sale/infecté (Classe IV).

| Classes de contamination | |
|--|---|
| Classe 1 Chirurgie propre | <ul style="list-style-type: none">☞ Incisions primitivement fermées non drainées, non traumatiques, sans inflammation☞ Pas de faille dans la technique d'asepsie☞ Pas d'ouverture de l'oropharynx, du tube digestif, de l'appareil génito-urinaire ou des voies respiratoires |
| Classe 2 Chirurgie propre contaminée | <ul style="list-style-type: none">☞ Ouverture de l'appareil génito-urinaire en l'absence d'uroculture positive☞ Ouverture des voies respiratoires, du tube digestif dans de bonnes conditions et sans contamination anormale☞ Ouverture de l'oropharynx ou des voies biliaires en l'absence de bile infectée ;☞ Ruptures minimales d'asepsie et drainages mécaniques |
| Classe 3 Chirurgie contaminée | <ul style="list-style-type: none">☞ Plaies traumatiques récentes (moins de 4 heures)☞ Ouverture du tractus biliaire ou génito-urinaire en présence de bile ou d'urines infectées☞ Contaminations importantes par le contenu du tube digestif☞ Ruptures majeures d'asepsie☞ Interventions en présence d'inflammation aiguë sans pus |
| Classe 4 Chirurgie sale et infectée | <ul style="list-style-type: none">☞ Plaies traumatiques souillées ou traitées de façon retardée (plus de 4 heures)☞ Présence de tissus dévitalisés, d'inflammation bactérienne avec pus, de contamination fécale ou de corps étrangers☞ Viscères perforés |

LA MISE SOUS ACCORD PREALABLE des ACTES MARQUEURS

La procédure de MSAP, issue de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008, permet d'encourager le développement des opérations chirurgicales courantes en ambulatoire, et s'adresse aux hôpitaux et cliniques qui présentent un fort potentiel dans ce domaine. Elle concernait 5 gestes marqueurs en 2008, puis 17 à partir de 2009 et elle s'élargit à une liste de 38 gestes en 2012.

Après l'ophtalmologie avec les cataractes, la chirurgie vasculaire avec les varices, la procédure de mise sous accord préalable, concerne depuis début 2014, les cholécystectomies en chirurgie digestive

LA PROCEDURE :

Rappel au sujet de la procédure :

- ✓ La MSAP d'actes de chirurgie avec hébergement se déroule de la manière suivante :
- ✓ La mise sous accord préalable, décidée au terme d'une procédure contradictoire avec l'Agence Régionale de Santé, vise certains gestes chirurgicaux pour une période de 6 mois maximum.
- ✓ Pendant l'application de la procédure, chaque séjour avec hébergement pour un geste marqueur ciblé doit bénéficier d'un accord préalable explicite de l'Assurance Maladie pour pouvoir être facturé.
- ✓ Pour cela, il convient que des informations médicales et sociales soient transmises par l'établissement au Service Médical avant l'opération, puis qu'un accord soit transmis à l'établissement sur le principe de l'hébergement.
- ✓ Il s'agit d'un dispositif particulièrement incitatif, car les séjours avec hébergement (et les honoraires afférents en clinique) **non autorisés ne sont facturables ni à l'Assurance Maladie, ni au patient**. De plus, ils peuvent être contrôlés à distance par l'Assurance Maladie.

Pour le bon fonctionnement de ce dispositif, l'Assurance Maladie met en place une organisation particulière. En effet, elle doit garantir **une réponse en 24H** aux demandes d'autorisation (hors week-ends). De plus, elle apporte également une information préalable aux équipes de l'établissement et reste disponible pour expliquer la procédure tout au long de sa période d'application

| Liste des actes et gestes. ⁸² : En bleu et gras : nouveaux actes et gestes | | |
|--|---|--|
| GESTE | CODE | |
| Accès vasculaire | EBLA003 | |
| Adénoïdectomies | FAFA001 FAFA002 FAFA008 FAFA013 | |
| Angioplasties membre supérieur | EFAF002 EZAF001 EZJF002 EZPF004 | |
| Angioplasties périphériques | EZAF002 | |
| Arthroscopie de la cheville | NGJC001 | |
| Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties | NFEC001 NFEC002 NFFC003 NFFC004 NFJC001 NFJC002 NFPC001 NFQC001 | |
| Avulsion dentaire | HBED022 HBGD003 HBGD004 HBGD007 HBGD010 HBGD016 HBGD017 HBGD018 HBGD021 HBGD025 HBGD026 HBGD029 HBGD038 HBGD042 HBGD045 HBPA001 HBPD002 | |
| Chirurgie anale | EGFA005 EGJA001 HJAD001 HKFA001 HKFA008 HKFA009 HKPA003 HKPA006 HKFA002 HKFA004 QBFA004 | |
| Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS) | AHPA009 AHPA021 AHPA022 AHPA023 AHPA028 AHPC001 | |
| Chirurgie de l'avant pied | NDFFA002 NGFA002 NHMA002 | |
| Chirurgie de la conjonctive (pterygion) | BCFA003 BCFA004 BCFA005 BCFA006 | |

⁸² http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ListeDesActesEtGestesActualisee.pdf

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| | BCFA008 BCFA009 | |
| Chirurgie de la main | MHFA001 MDFA002 MHDB001 MHPA004 MJFA012 MJFA015 MJPA002 MJPA009 MJPA011 | geste isolé |
| Chirurgie de la main Chirurgie de la maladie de Dupuytren | MJFA006 MJFA010 MJPA005 MJPB001 | |
| Chirurgie de la main Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main) | MHCA002 MHCA003 MJPA013 PCPA006 | |
| Chirurgie des bourses | EGFA008 EGFA010 EGFC001 EGSA001 EGSA002 EGSF001 EGSF002 EGSF003 JHBA001 JHDA001 JHEA002 JHFA001 JHFA004 JHFA014 JHSA001 | |
| Chirurgie des bourses de l'enfant | ELSA001 ELSC001 JHEA001 JHFA013 JHFA019 | >=1an et <=16 ans |
| Chirurgie des hernies de l'enfant | LMMA011 LMMA014 LMMA018 LMMC004 | >=1an et <=16 ans |
| Chirurgie des hernies abdominales | LMMA006 LMMA009 LMMC020 | acte isole |
| Chirurgie des hernies inguinales | LMMA008 LMMA012 LMMA016 LMMA017 LMMC002 LMMC003 | |
| Chirurgie des maxillaires | LAGA003 LAGA005 LBFA023 LBFA030 | |

| | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------|
| Chirurgie des varices | EJFA002 EJFA004 EJFA006 EJFA007 EJFB001 EJGA001 EJGA002 EJGA003 EJSA001 | |
| Chirurgie du cristallin | BFEA001 BFGA001 BFGA002 BFGA003 BFGA004 BFGA005 BFGA006 BFGA007 BFGA008 BFGA009 BFGA010 BFKA001 BFLA001 BFLA002 BFLA003 BFLA004 | |
| Chirurgie du nez | GAMA007 GBPE001 LAEA007 LAEP002 | |
| Chirurgie du sein / tumorectomie | QEFA004 | Hors racine GHM '09C05' |
| Chirurgie l'épaule | MEMA006 MEMC001 MEMC002 MEMC003 MEMC004 | |
| Chirurgie du strabisme | BJDA001 BJDA002 BJEA001 BJMA001 BJMA002 BJMA003 BJMA004 BJMA005 BJMA006 BJMA007 BJMA008 BJMA009 | âge > 7 ans |
| Chirurgie utérus | JKFE001 JKFE002 JKGD002 JKGD003 JKND001 JKNE001 JKPE001 JKQE001 JNBD001 JNJD002 JNMD001 | |
| Cholécystectomie | HMFC004 | racine GHM = 07C14 |
| Cure de paraphimosis | JHEA003 | >=1an et <=16 ans |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Exérèses de kystes synoviaux | MGFA004 MGFA007 MHFA002 | |
| Fistules artérioveineuses | EPLA002 EZFA002 EZMA001 | si veine céphalique du patient |
| Geste sur l'uretère | JCAE001 JCGE001 JCKE002 | uniquement en acte isole uniquement en acte isole |
| Geste sur l'urètre | JEFA003 JEMA013 JEMA017 | |
| Geste sur la vessie | JCLE004 JDNE001 | >= 2 ans |
| Interruption tubaire | JJPA004 JJPC003 JJPE001 | |
| LEC | JANM001 JANM002 JCNM001 JCNM002 | |
| Prélèvement d'ovocyte | JFJ001 | |



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes
MTMOS@13-14**

**La chirurgie ambulatoire...
Quand l'organisation conduit à la révolution culturelle ...**

SABINE LEBACQ

RESUME

Objectif

Comment puis-je, en tant que manager de l'hôpital, contribuer à aider cet établissement de santé à atteindre les objectifs nationaux d'augmentation d'activité de la chirurgie ambulatoire et assurer que ce projet se réalise dans les meilleures conditions d'organisation

Conception

Evaluation de l'activité de la chirurgie ambulatoire : évaluation et analyse des données

Evaluation et analyse de l'organisation actuelle

Propositions d'organisation et échéanciers pour répondre aux objectifs de l'hôpital

Cadre

Le service de chirurgie ambulatoire d'un centre hospitalier public

Sujet

Le Centre Hospitalier a décidé d'investir depuis 2007 sur la chirurgie ambulatoire. Actuellement, il doit répondre aux objectifs nationaux d'effectuer 50% des activités en ambulatoire. A ce jour, il n'est pas possible d'accueillir tous ces patients dans l'unité de soins.

De multiples spécialités, de multiples acteurs, de multiples freins...entrent en jeu. L'étude de l'activité et l'analyse de l'organisation a ainsi que l'évaluation du parcours de soin, pourraient permettre d'évaluer objectivement la situation actuelle, et s'orienter vers une nouvelle organisation tout en tenant compte des demandes institutionnelles et nationales

Organisation et management, processus différents mais complémentaires, permettront de concrétiser ce projet

ABSTRACT

Objective :

How can I, as a hospital manager, contribute to help this healthcare facility to achieve the national objective to increase day surgery unit's activity and to ensure that this project, is organized in the best possible conditions for the organisation

Design

Evaluation of the current day surgery activity : data evaluation and analysis

Evaluation of the current organization and analysis

Proposals of organization and timescale to reach the hospital's objectives

Setting :

A public hospital's day surgery unit

Subject :

Since 2007 The hospital has decided to invest on day surgery. Currently, it must reach the national objectives to perform 50 % of the activities in ambulatory. To date, it is not possible to welcome all these patients in the care unit.

Multiple specialities, multiple actors, multiple obstacles ... come into play. The study of the activity and the analysis of the organization as well as the evaluation of the care pathway could allow to estimate objectively the current situation and turn to a new organization while taking into account institutional and national requests.

Organization and adapted management, which are complementary processes will support the implementation of this project.