



MTMOS@11-12



Master 2

Management des Organisations Soignantes

EVALUATION DU PARCOURS PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Nicole MARUANI
Année 2011 – 2012

INTRODUCTION

1. CONTEXTE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	PAGE 5
1.1. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE	PAGE 5
1.2. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL	PAGE 9
1.3. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LE CONTEXTE DE L'HOPITAL NECKER	PAGE 9
1.4. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LE CONTEXTE DU POLE PEDIATRIQUE	PAGE 11
1.5. LE PARCOURS PATIENT	PAGE 11
2. « ÉVALUATION DU PARCOURS PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE »	PAGE 14
2.1. LA METHODOLOGIE DU PROJET MANAGERIAL	PAGE 14
2.1.1. LES ETAPES DU PROJET	PAGE 14
2.1.2. L'IDENTIFICATION ET LES OBJECTIFS DU PROJET	PAGE 15
2.1.3. LES ACTEURS	PAGE 18
2.1.4. LA REVUE DE LITTERATURE	PAGE 20
2.1.5. LA COMMUNICATION	PAGE 20
2.1.6. LE CALENDRIER DES ETAPES	PAGE 21
2.2. LE RECUEIL DES DONNEES	PAGE 22
2.2.1. LE PARCOURS PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE	PAGE 22
2.2.2. L'ACTIVITE	PAGE 25
2.2.3. L'ENQUETE DE SATISFACTION	PAGE 25
2.2.4. LES ENQUETES	PAGE 28
2.2.4.1. LE PROGRAMME OPERATOIRE	PAGE 28
2.2.4.2. L'AUDIT DU PROCESSUS « PARCOURS PATIENT »	PAGE 35
2.2.4.3. LA DEMARCHE DE BENCHMARKING	PAGE 37
2.3. L'ANALYSE DES ÉCARTS DANS :	PAGE 41
2.3.1. L'ENQUETE DE SATISFACTION	PAGE 41
2.3.2. L'ÉTUDE DES PROGRAMMES OPERATOIRES	PAGE 42
2.3.3. L'AUDIT	PAGE 43
2.4. LES DYSFONCTIONNEMENTS IDENTIFIÉS SUR LE PARCOURS PATIENT	PAGE 46
3. LES AXES D'AMÉLIORATIONS ET LA NOUVELLE PERSPECTIVE	PAGE 48
3.1. LES AXES D'AMÉLIORATIONS	PAGE 48
3.2. LA PERSPECTIVE	PAGE 51
4. LES ACTIONS DE PROGRES ET LES INDICATEURS DE SUIVI	PAGE 52

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

Liste des abréviations

AFCA : association française de chirurgie ambulatoire

AFNOR : association française de normalisation

AG : anesthésie générale

AL : anesthésie locale

ALR : anesthésie locorégionale

ANAP : agence nationale d'appui à la performance

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARH : agence régionale d'hospitalisation

ARS : agence régionale de santé

AS : aide soignant

CHU : centre hospitalier universitaire

CNAMTS : La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés :

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

HAS : haute autorité de la santé

HC : hospitalisation conventionnelle

IADE : infirmière anesthésiste diplômée d'état

IBODE : infirmière de bloc opératoire diplômée d'état

IDE : infirmière diplômée d'état

MeaH : mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

MSA : mutualité sociale agricole

SSPI : salle de surveillance post-interventionnelle

UCA : unité de chirurgie ambulatoire

INTRODUCTION

Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, la chirurgie ambulatoire apparaît comme une alternative avantageuse à l'hospitalisation conventionnelle.

Son développement, encouragé par l'ensemble des tutelles, inscrit dans les projets d'établissements et les contrats de pôle, fait l'objet d'études méthodologiques et structurées.

Les soins ambulatoires, c'est-à-dire une prise en charge du patient pendant une durée inférieure à vingt-quatre heures, sont une réalité médicale incontournable. Ils constituent une alternative à l'hospitalisation classique. Toutes les disciplines sont concernées. Le concept de chirurgie ambulatoire est né d'une triple exigence: améliorer la qualité des interventions chirurgicales, réduire le coût de ces interventions et rendre possible l'innovation en matière chirurgicale en partant d'un concept d'organisation radicalement nouveau qui bouleverse les modes de fonctionnement traditionnels. Les avantages de la chirurgie ambulatoire sont nombreux, entre autres : la dédramatisation de l'acte opératoire pour le patient, la réduction du risque d'infections nosocomiales, une meilleure organisation du travail et une valorisation des compétences des personnels hospitaliers¹.

Mes fonctions de cadre supérieur de bloc opératoire à l'hôpital Necker-enfants malades m'ont conduit naturellement à réfléchir sur le circuit patient en chirurgie ambulatoire. Un projet de grande ambition composé, d'une part de l'ouverture d'un pôle d'excellence mère-enfant comportant un bloc de 13 salles d'opérations, et d'autre part, de la restructuration et l'augmentation de l'activité de l'unité de chirurgie ambulatoire, oblige à redéfinir et repenser les organisations, notamment les circuits.

Dans le cadre de la formation Master 2, «Management des Organisations Soignantes» de l'Ecole Supérieure Montsouris en partenariat avec l'IAE de

¹ Ensemble modernisons l'hôpital, nouvelles organisations et architectures hospitalières. Ministère

l'université Paris-Est Créteil Val de Marne, nous avons à mener un projet managérial.

Le thème du projet est l'évaluation du parcours patient en chirurgie ambulatoire, dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins et de structurer une offre de soins efficiente.

Ainsi, le premier temps de ce travail, dont je dirige le groupe projet, est consacré à la présentation du contexte de la chirurgie ambulatoire et au parcours patient.

Puis, nous exposons le projet managérial : sa mise en œuvre, l'évaluation de l'existant, l'analyse des processus et leurs dysfonctionnements.

Après cette étude qualitative et quantitative nous permettant de classer et de hiérarchiser ces résultats, nous proposons des actions correctives afin d'optimiser la fluidité du parcours patient par le biais d'axes d'amélioration mesurables dans un temps défini.

1. Contexte de la chirurgie ambulatoire

1.1. la chirurgie ambulatoire dans le contexte réglementaire

Le secteur de la santé vit depuis quelques années une mutation à mettre en perspective avec des budgets de plus en plus contraints : le progrès des techniques médicales et la croissance de la demande en soins évoluent simultanément à la restructuration de l'offre de soins et aux modes de prises en charge.

Dans cette conjoncture de refonte globale du système de santé, de maîtrise administrative et financière, la chirurgie ambulatoire s'impose comme une des réponses.

Si la notion de chirurgie ambulatoire apparaît à l'aube du XXème siècle, il faudra attendre les années soixante-dix pour qu'elle prenne son essor et les années quatre-vingt, en particulier aux États-Unis, pour qu'elle connaisse une évolution rapide.

Plusieurs facteurs décisifs ont contribué à l'accélération de cette prise en charge chirurgicale : les avancées en matière d'anesthésie, le développement de nouvelles technologies médicales et chirurgicales et les incitatifs d'ordre social et économique.

En France, la loi n°91-748 du 31 juillet 1991² donne une assise juridique à la chirurgie ambulatoire qui se développait antérieurement en dehors de tout cadre formalisé et données statistiques. Cette loi, portant réforme hospitalière, a permis le suivi et l'évaluation des structures de soins alternatives à l'hospitalisation conventionnelle par plusieurs organismes dont la Direction des Hôpitaux, la DRASS, la CNAMTS et la MSA.

Progressivement la réglementation précise les conditions de mise en place des activités de chirurgie ambulatoire au cours des années 90³.

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

³ Décret n°92.1101 du 2.10.92 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712.2 du code de la santé publique.

Décret n°92.1102 du 2.10.92 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Arrêté du 7.01.93 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D.712.31 CSP pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.

Enfin, la conférence de consensus du 22 au 24 mars 1993⁴ définit la chirurgie ambulatoire comme "l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigation, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon les modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission".

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans une dynamique, obligeant les établissements de santé à optimiser leurs coûts de production tout en répondant aux attentes des patients.

D'ailleurs, depuis la loi 2002-303 du 4 mars 2002⁵ relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier, les intérêts du patient sont devenus une donnée essentielle prise de plus en plus en compte.

La loi du 18 décembre 2003 (art. 22 à 34)⁶ modifie les modalités de financement des établissements de santé avec la réforme dite de la Tarification à l'Activité (T2A). La T2A permet en théorie d'orienter l'activité des établissements de santé en agissant sur les tarifs. Par ce biais, le ministère en charge de la santé a ainsi cherché à favoriser des modes de prise en charge des patients jugés efficaces. Ce mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé⁷.

Décret n°99.444 du 31.05.99 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 31.05.99 portant application de l'article D.712.13.1 du code de la santé publique et relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou renouvellement d'autorisation de structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

⁴ Conférence de Consensus, « La chirurgie sans hospitalisation », Fondation de l'Avenir pour la recherche médicale appliquée. Paris 22, 23, 24 mars 1993.

⁵ La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé aussi appelée loi Kouchner.

⁶ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

⁷ Ars Picardie, Espace des acteurs en santé - Secteur hospitalier - Tarification à l'activité.

Son principe est la mise en place d'un cadre unique - de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé publics et privés, quels que soient leur statut et leur spécialité - dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume des activités de ces établissements.

Cette réforme introduite dans les établissements publics en 2004 et dans les établissements privés en 2005, met en place un système tarifaire basé sur le recueil médicalisé qu'est le PMSI. Chaque séjour est groupé dans un Groupe homogène de malades (GHM) auquel un tarif forfaitaire est attribué (groupe homogène de séjours ou GHS). La construction des tarifs repose avant tout sur les données de coûts de l'Etude nationale de coûts (ENC) qui permet de fixer les positions relatives des valeurs de GHS, toutefois le Ministère de la Santé oriente le système tarifaire de façon volontariste en fonction d'options de santé publique et/ou d'organisation des soins. Une politique de développement incitative de la chirurgie ambulatoire a en effet nivelé les tarifs des séjours en hospitalisation complète et des séjours en chirurgie ambulatoire pour 5 GHM en 2007 et a rapproché les tarifs de 15 autres GHM.

Par ailleurs, dans le cadre de la loi 2008-1330 du 17 décembre 2008⁸ de financement pour la sécurité sociale, l'Assurance Maladie met en place un dispositif innovant et opérationnel pour inciter les établissements de santé à pratiquer la chirurgie ambulatoire. Cette démarche initie la mise sous accord préalable, pour certaines interventions ciblées dans les établissements de santé dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à la moyenne (régionale et nationale). La mise sous accord préalable consiste à subordonner à l'avis du service médical, l'accueil d'un patient en hospitalisation complète, c'est-à-dire comprenant au moins 1 nuitée, pour un acte couramment pratiqué en chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire sans nuitée.

Initialement portée sur 5 gestes chirurgicaux en 2008, cette procédure est élargie significativement en 2009 en intégrant 12 nouveaux actes. Les 17 gestes marqueurs sélectionnés représentent 2 millions d'interventions et 84% des

⁸ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

opérations réalisées en ambulatoire en France.

L'Assurance Maladie a souhaité juger l'impact dans la durée du dispositif de mise sous accord préalable pour évaluer son effet à plus long terme et a constaté la progression persistante au-delà de la mise en place du dispositif.

Une directive de la DGOS du 27 décembre 2010⁹ précise que :

« La chirurgie ambulatoire, priorité nationale, est un enjeu majeur de la structuration de l'offre de soins, son développement pourrait permettre de libérer, à terme, environ 48 000 lits en France ».

Les Agences Régionales de Santé, mises en place en 2010 consécutivement à la loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009¹⁰ relative aux patients, à la santé et au territoire, confirment la priorité du programme pluriannuel de gestion du risque (GDR) de développement de la chirurgie ambulatoire.

Le 12 septembre 2011, la présentation du programme de gestion des risques par l'ARS Ile-de-France débute par un « Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire en Ile-de-France » puis se poursuit autour de « la vision sur le programme chirurgie ambulatoire » et ses objectifs.

En ce qui concerne « la vision sur le programme chirurgie ambulatoire » il s'agit de développer les alternatives à l'hospitalisation, penser le développement de l'ambulatoire au-delà des 17 gestes marqueurs proposés au niveau national, être restructurant dans les projets de développement de chirurgie ambulatoire et accompagner les établissements dans ces projets compliqués.

Les objectifs à atteindre sont : développer l'ambulatoire, faire de l'ambulatoire un levier d'optimisation des services d'hospitalisation complète, améliorer la qualité de l'organisation en diminuant les déprogrammations et les transformations en hospitalisation complètes et améliorer la satisfaction des patients et des opérateurs.

Pour l'ARS Ile-de-France, **l'AP-HP** semble la clé pour atteindre l'ambition régionale en matière de chirurgie ambulatoire.

⁹ Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.

¹⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

1.2. La chirurgie ambulatoire dans le contexte institutionnel

Parmi les objectifs fixés par la directrice générale de l'AP-HP, figure le développement de la chirurgie ambulatoire.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) prenant conscience des retards en matière de chirurgie ambulatoire, Mireille Faugère, directrice générale de l'institution, a décidé d'en faire une de ses priorités. L'AP-HP devrait atteindre 30% de son activité chirurgicale réalisée en ambulatoire et parvenir à 80% en moyenne pour les 17 gestes marqueurs fixés par l'assurance maladie d'ici la fin 2012.

Il convient pour Mireille Faugère, d'initier une organisation pour que cette discipline soit un acte fort des missions du CHU : ainsi l'AP-HP doit devenir un centre moteur de développement, de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation de la chirurgie ambulatoire.

L'AP-HP, premier CHU européen, se donne comme ambition de développer la dimension « universitaire » de la chirurgie ambulatoire et veut devenir un centre de référence des progrès médicaux permettant d'élargir le champ des applications de la chirurgie ambulatoire. Les chirurgiens pratiquant en ambulatoire des actes de plus en plus complexes, l'AP-HP souhaite renforcer ses missions de formations et ambitionne également d'atteindre un taux de satisfaction des patients en ambulatoire de plus de 90%.

Enfin, pour accompagner le développement de cette prise en charge, l'AP-HP entend aussi travailler sur des perspectives nouvelles d'amélioration du déroulement de la chaîne du soin autour du patient depuis l'amont jusqu'à l'aval de la prise en charge : ainsi le temps de séjour à l'hôpital devrait être à l'avenir principalement concentré sur les actes techniques.

1.3. La chirurgie ambulatoire dans le contexte de l'hôpital Necker

Après avoir été acté par le Conseil d'Administration du 28 juin 2002, puis adopté, le 7 juillet 2005, par le biais du Plan Stratégique 2004/2009 de l'AP-HP, le redéploiement des activités pédiatriques de l'hôpital Saint Vincent de Paul est

entré dans sa phase de réalisation concrète, en juillet 2010, avec le transfert vers Necker, de la quasi totalité des activités de pédiatrie de Saint Vincent de Paul. L'intégration de nouvelles activités, dans le même périmètre, a impliqué une réflexion sur une nouvelle répartition.

Dans ce cadre, il a fallu pour pouvoir fusionner les activités pédiatriques de Necker et de Saint Vincent de Paul, créer une unité de chirurgie ambulatoire de 10 places. Cette activité a été introduite dans le bloc Hamburger initialement à vocation essentiellement adulte (transplantation rénale adulte, obstétrique, chirurgie ophtalmologique adulte et pédiatrique). La chirurgie conventionnelle pédiatrique a été regroupée sur un bloc pédiatrique existant : la clinique chirurgicale infantile (CCI).

La création fin 2012 d'un nouveau bâtiment dénommé Laennec permettra de rassembler les différents services pédiatriques et la maternité. Ce pôle mère-enfant regroupera les activités médicales et chirurgicales conventionnelles, actuellement dispersées sur le site, celles de l'Institut de Puériculture de Paris, et accueillera les services d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital pédiatrique Armand Trousseau. L'objectif de ce projet est d'offrir aux enfants malades et à leurs familles une prise en charge performante, fonctionnelle et humanisée.

Cette restructuration s'accompagnera d'une diminution du nombre de lits de chirurgie conventionnelle (20%) alors que l'activité devrait augmenter (30%) compte tenu de l'accueil des nouveaux services.

Dans ces conditions, la seule solution pour absorber la totalité de l'activité est le projet de développement de l'unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique pluridisciplinaire avec un potentiel d'activité estimé à 6000 séjours par an soit une augmentation de 40%. Aux services pédiatriques de l'unité de chirurgie ambulatoire existante (chirurgie ORL, viscérale, stomatologique, maxillo-faciale et ophtalmologique) s'ajouteront dès septembre 2012, la chirurgie orthopédique ambulatoire foraine de Necker et les activités ambulatoires de Trousseau.

1.4. La chirurgie ambulatoire dans le contexte du pôle pédiatrique

Le contrat de pôle a été renouvelé en 2011 et, comme prévu institutionnellement, la chirurgie ambulatoire en est une priorité comme cela a été notifié dans l'extrait suivant :

« Tous les services du pôle ont une activité de chirurgie ambulatoire. Depuis 2010, une structure regroupée de chirurgie ambulatoire prend en charge les enfants des services de chirurgie viscérale, d'ORL, de stomatologie, de chirurgie maxillo-faciale et plastique. Cette unité sera reconfigurée à l'ouverture du bâtiment Laennec à proximité d'un bloc opératoire dédié, permettant une progression significative de l'activité, conforme aux objectifs institutionnels (projet prioritaire) A compter de septembre 2010, la création de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) a permis au pôle de disposer officiellement de 10 places, sur le bâtiment Hamburger, dédiées aux activités de chirurgie viscérale, ORL, stomatologie/maxillo-faciale, plastie ainsi qu'à l'ophtalmologie pédiatrique, en lien avec les vacations opératoires attribuées sur le bloc Hamburger situé au premier étage. L'activité ambulatoire de l'orthopédie est située sur la CCI au 2ème étage (4 lits d'HC lui sont dédiés).....

Une unité de chirurgie ambulatoire est en place depuis septembre 2010 au 7ème étage du bâtiment Hamburger

Le pôle doit poursuivre sa démarche de développement de la chirurgie ambulatoire entre 2011 et 2014.

La liste des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire devra être régulièrement mise à jour ».

1.5. Le parcours patient

La chirurgie ambulatoire se définit comme la prise en charge d'un patient entrant et sortant le jour même de l'acte chirurgical ou médico-technique dont il bénéficie, cet acte nécessitant obligatoirement la sécurité d'un bloc opératoire.¹¹

¹¹ Giordan J, Président de l'AFCA, Organisation de la chirurgie ambulatoire. Développer l'activité, maîtriser les processus. Retours d'expériences 2007

Cette définition met en exergue l'opportunité et l'importance de la dimension organisationnelle : la maîtrise du parcours de soins est fondamentale.

Le parcours du patient en chirurgie est une trajectoire unique constituée «d'un enchaînement d'interactions relevant d'un réseau de décisions assurant une hospitalisation cohérente»¹².

Le parcours de soins en chirurgie ambulatoire est un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la journée, depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa sortie, en passant par les différents structures et professionnels qui assureront sa prise en charge. Ce parcours organisé et opérationnel assure la cohérence de la prise en charge et, la qualité des prestations et des services rendus au patient. Le manque d'organisation du parcours de soins est générateur d'évènements indésirables qui ont un impact sur la qualité des soins et génèrent des risques pour les patients, sources de non qualité¹³.

Pour la Haute autorité de la santé¹⁴, centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient.

Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable.

Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles.

Dans le manuel de certification V2010¹⁵ révisé en avril 2011, les références concernant le parcours patient sont regroupées dans le chapitre 2 : prise en charge du patient. La qualité et la sécurité des prestations délivrées tout au long du parcours du patient sont abordées dans les références 16 à 24. La continuité et la coordination des soins doivent être assurées depuis l'accueil jusqu'au retour à domicile ou au transfert vers une autre structure de soins. La prise en charge spécifique au bloc opératoire est déclinée dans la partie 4 du chapitre 2. Le parcours du patient est au cœur de l'organisation. Des circuits spécifiques sont

¹² Fantan G, Durou D, Merle C., 2004 «Analyse et modélisation du parcours du patient». Logistique & management, numéro spécial, p113

¹³ Caillavet-Bachellez V, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. 2010

¹⁴ HAS, Le chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité. 2004

¹⁵ HAS, Manuel de certification V2010 révisé 2011.

définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées). La charte de fonctionnement, définie et validée par un conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.

Dans le rapport de la MeaH, « L'organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques » en Avril 2006¹⁶, il apparaît clairement que l'amélioration du circuit du patient pris en charge dans une structure de chirurgie ambulatoire est une clef majeure de la capacité de développement cette activité.

En résumé, le parcours patient doit être formalisé pour identifier les étapes de la prise en charge du patient, pour permettre d'assurer la continuité des soins et la coordination des professionnels, pour respecter les orientations stratégiques et optimiser le management du secteur d'activité.

2. « Évaluation du parcours patient en chirurgie ambulatoire »

¹⁶ MeaH, Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et les cliniques. Rapport final. 2006

Ce projet managérial, au regard du contexte précédemment décrit, de mon positionnement au sein de l'institution, et de mon intérêt particulier, s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations proposées aux patients en UCA et vise à promouvoir la performance de l'organisation au bloc opératoire.

Un projet est défini dans le dictionnaire Larousse comme une étude de conception de quelque chose, en vue de sa fabrication.

La norme AFNOR¹⁷ définit le projet comme une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir.

Un projet est mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur et pour JP Boutinet¹⁸ : « Le projet, c'est l'intention d'un individu d'atteindre un objectif explicite et énoncé, une interrogation sur les moyens de parvenir à cet objectif, et éventuellement, une programmation de démarches précises à effectuer en vue de sa réalisation ».

Ces définitions font apparaître la notion de démarche méthodologique et de ses étapes.

2.1. Méthodologie du projet managérial

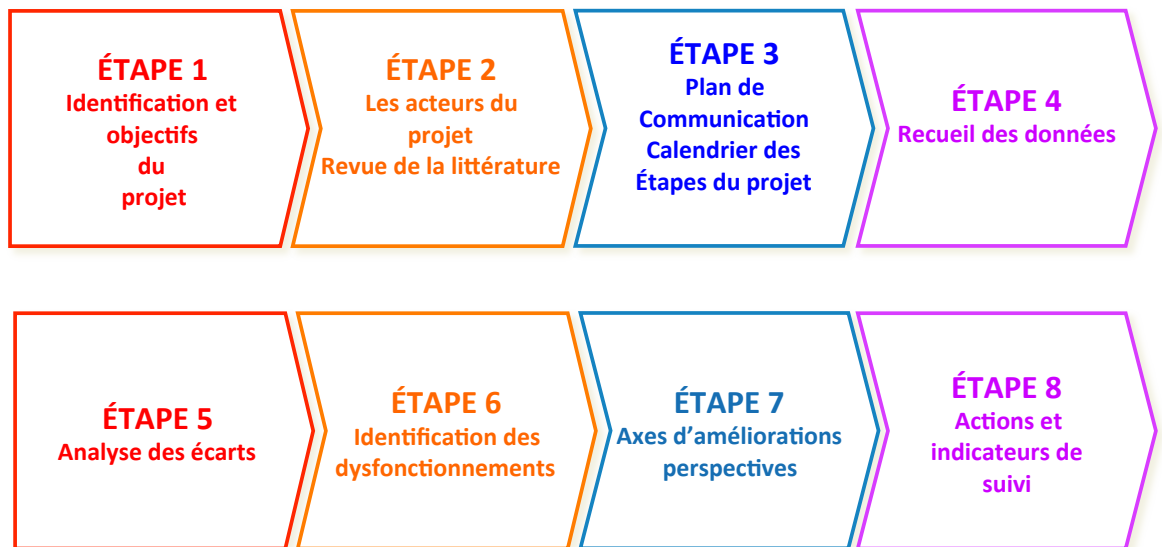
Le choix d'une méthodologie pour conduire un projet, est un atout permettant à tous les acteurs de projet de mener conjointement une action organisée selon des règles clairement exprimées.

2.1.1. Les étapes du projet managérial

La phase initiale du projet consiste en la planification des étapes :

¹⁷ Norme AFNOR X50-105

¹⁸ Boutinet JP, Anthropologie du projet, 1991.



2.1.2. L'identification et les objectifs du projet

Le coordonnateur des soins responsable du projet global de restructuration de la chirurgie ambulatoire a contractualisé ce projet managérial par une lettre de mission¹⁹. Cette étape est importante car elle délimite le projet, ses objectifs, ses composantes techniques et me positionne sur cette mission transversale.

Après la lettre de mission, nous avons élaboré ensemble une note de cadrage²⁰ qui a permis de formaliser les éléments suivants :

➤ Les objectifs du projet managérial

- ✓ **L'objectif primaire** est d'évaluer le parcours patient pour proposer des axes d'amélioration. Ces propositions permettront d'augmenter l'activité tout en améliorant la qualité de la prise en charge des patients
- ✓ L'objectif secondaire est de fédérer les équipes de cadres autour d'un projet commun dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

¹⁹ Annexe 1 : lettre de mission

²⁰ Annexe 2 : note de cadrage

➤ Les périmètres du projet managérial :

- ✓ Le périmètre institutionnel : développement de la chirurgie ambulatoire comme projet institutionnel prioritaire.
- ✓ Le projet d'établissement : poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire avec intégration de nouvelles activités.
(Accueil de la chirurgie ambulatoire de l'hôpital Trousseau sur le site Necker)
- ✓ Le Pôle : restructuration de l'unité de chirurgie ambulatoire.

➤ Les contraintes :

Elles sont liées au périmètre du projet UCA qui n'est pas encore entièrement défini.

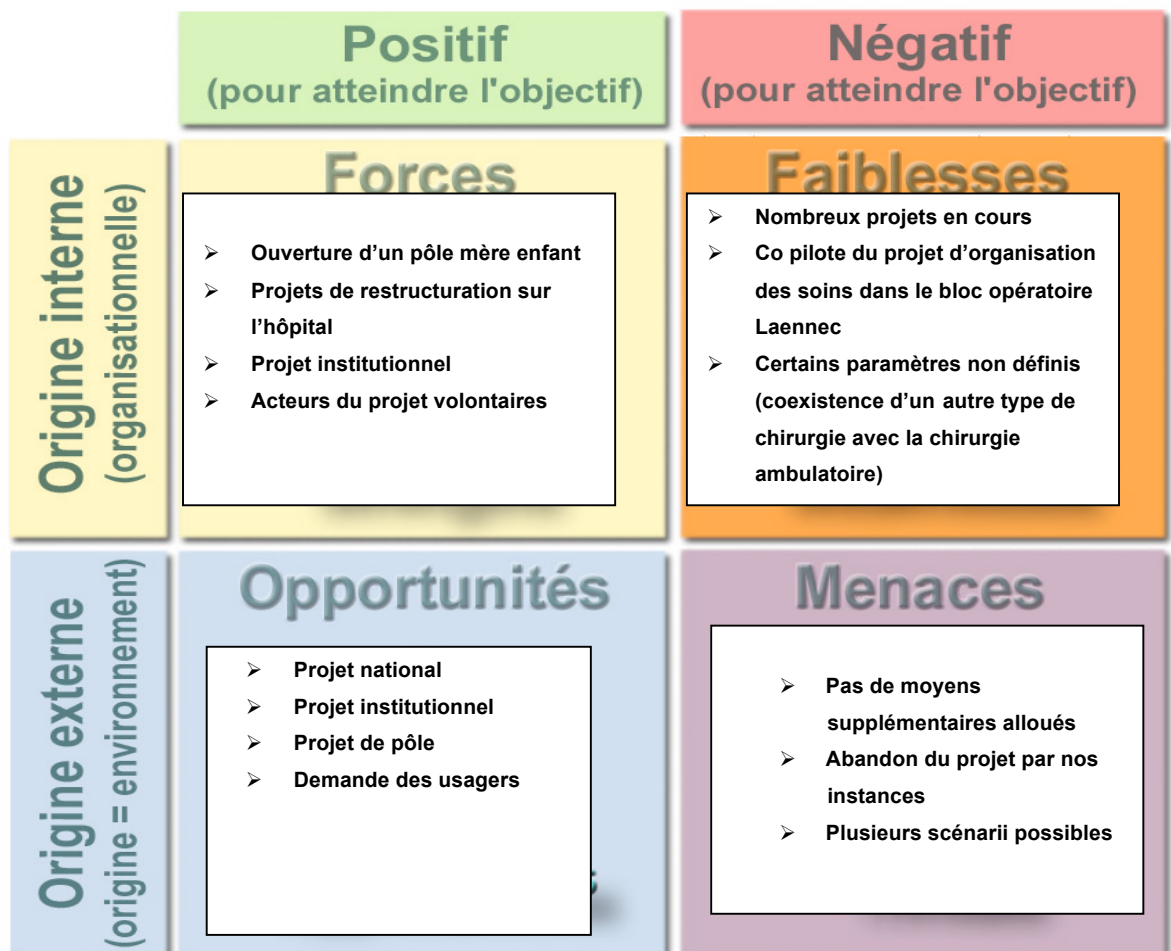
Ce projet du développement architectural de l'UCA n'est pas entièrement défini et nous oblige à prévoir des axes d'amélioration transposables dans 2 scénarios en cours d'étude :

⇒ Le bloc opératoire Hamburger reste dans la même configuration et continue à réunir la chirurgie ambulatoire pédiatrique et la transplantation rénale adulte. L'unité ambulatoire reste dans le bâtiment Hamburger avec un accueil des patients, une hospitalisation au 7ème étage et le bloc opératoire au 1er étage.

⇒ L'unité ambulatoire se restructure, l'accueil des patients et l'hospitalisation de jour sont contigus au bloc opératoire au 1er étage. Cette configuration nécessite que des travaux soient réalisés.

➤ Les forces et faiblesses du projet managérial

La matrice de Swot permet d'identifier les forces et faiblesses du projet managérial



2.1.3. Les acteurs du projet

Manager un projet, c'est mobiliser sur un même objectif et pour une durée déterminée des hommes et des ressources consacrés le plus souvent à d'autres activités.

Un projet managérial permet de développer des complémentarités, de favoriser un fonctionnement décloisonné entre les secteurs et les services, de réunir les conditions pour permettre des regroupements d'activités. Associer des acteurs, concernés par les applications du projet, le plus en amont possible, favorise la réussite de la mise en œuvre de l'organisation projet.

La composition du groupe a été évidente, il s'agissait de réunir les acteurs identifiés dans l'organisation du parcours patient.

En ma qualité de cadre supérieur du bloc opératoire Hamburger et de chef de projet, j'ai sollicité :

- ✓ les cadres d'hospitalisation d'UCA, de bloc et de SSPI,
- ✓ le médecin référent du projet ambulatoire,
- ✓ le coordonnateur anesthésiste,
- ✓ la secrétaire régulatrice du bloc.

Les cadres supérieurs hiérarchiques des cadres d'UCA et de SSPI ont été informés du projet.

Une collaboration s'est immédiatement établie avec le responsable de la qualité de l'établissement qui a toujours répondu à nos interrogations et nous avons informé simultanément après chaque réunion le commanditaire du projet et le cadre paramédical du pôle pédiatrique.

Les acteurs du projet ont eu la possibilité de désigner des référents au sein de leur service et de se faire seconder dans les différentes étapes.

Dans un projet managérial, il est indispensable de définir les attentes par rapport aux différents acteurs (cf. tableau ci-dessous) :

Acteurs	Attentes/projet managérial	Limites ou contraintes
Le commanditaire : coordonnateur des soins	Lettre de mission Note de cadrage Soutien actif du projet Accord pour implication des cadres	Projet global non complètement défini Divers projets en cours
Collaborateur : Cadre d'hospitalisation	Implication dans projet Réalisation des audits Transfert des données ambulatoires (activités, questionnaires satisfaction)	Divers projets en cours Temps consacré à l'audit
Collaborateur : Cadre IADE et SSPI	Implication dans projet Suivi des audits (mobilisation des IADE et infirmières de SSPI)	Cadre SSPI adulte et SSPI pédiatrique ambulatoire.
Collaborateur : Cadre bloc	Implication dans projet Suivi des audits Suivi de l'activité (mobilisation des IBODE ET AS)	Cadre bloc pédiatrique ambulatoire, maternité, transplantation, ophtalmologie
Médecin référent du projet ambulatoire délégué par le chef de pôle	Soutien/implication dans projet UCA Validation des étapes	Divers travaux en cours
Médecin anesthésiste : Coordonnateur UCA	Soutien	Présence aux réunions/bloc opératoire
Secrétaire bloc opératoire	Suivi des audits Lien avec les cadres et les acteurs du bloc	Secrétaire et régulatrice de toutes les spécialités ambulatoire et conventionnelles

2.1.4. La revue de la littérature

Cette étape a consisté à rechercher, à lire la littérature déjà publiée concernant la chirurgie ambulatoire puis à en synthétiser les données. Cette étape est aussi analytique dans la mesure où elle ne consiste pas à faire une liste des auteurs et de leurs idées, mais plutôt à identifier des tendances, des orientations. Le but est de situer notre sujet par rapport à un contexte, de nous appuyer sur des recherches et des travaux existants, de nous permettre de formuler nos questionnements, de répondre en nous organisant et en nous appuyant sur la littérature et notre expérience, et enfin, d'intégrer à notre projet les idées, les pratiques et les approches reconnues.

Lors de nos réunions de travail, il a été essentiel de démarrer sur un socle de connaissances et un langage communs.

2.1.5 La communication

La communication est une composante essentielle d'un projet. Tout comme la gestion du projet doit faire l'objet d'une méthodologie adéquate, les actions de communication doivent être structurées et se dérouler en phase avec le projet.

La communication entre les acteurs, avec le chef de pôle, le coordinateur des soins contribue à la réalisation des objectifs du projet.

La restructuration de l'unité ambulatoire va entraîner une modification des organisations et des organigrammes. Fédérer les cadres, le médecin référent, le médecin coordonnateur mobilisés dans le parcours patient autour de ce travail a permis de nous projeter dans une future unité de chirurgie ambulatoire. L'évaluation du parcours patient en ambulatoire ainsi que les axes d'amélioration pour le rendre performant seront le fondement de la nouvelle organisation.

Ce projet managérial entraîne un découloisonnement des unités pour tendre vers une cohérence UCA.

Une réunion du groupe de travail a été organisée systématiquement chaque mois, un ordre du jour a été établi en amont lors de la confirmation des dates de réunion. Toutes les réunions ont débuté systématiquement par une présentation de l'état d'avancement du projet et de son écriture par le chef de projet.

Un compte rendu a été envoyé par courrier électronique à tous les participants (présents et excusés) ainsi qu'au commanditaire du projet.

2.1.6. Le calendrier des étapes du projet

➤ Octobre 2011 :

- ✓ avant projet managérial, lettre de cadrage, lettre de mission,
- ✓ formation groupe projet, réunion préparatoire avec les acteurs pressentis

Ordre du jour :

- ✓ information sur le projet, le contexte, les objectifs
- ✓ validation des participants
- ✓ réflexion sur le cheminement du travail à fournir et sur l'audit à réaliser (suivi du parcours patient)

➤ Novembre 2011 :

- ✓ première réunion d'information et formalisation de la grille d'audit à partir du parcours patient, il est acté que chaque étape sera validée lors de réunion avec les acteurs concernés, qu'un compte rendu sera systématiquement envoyé par courrier électronique à chaque participant ou excusé.

➤ Décembre 2011 :

- ✓ présentation de la grille d'audit au référent qualité et test sur 2 parcours

➤ Janvier/février 2012 :

- ✓ grille validée par le référent qualité de l'hôpital Necker

➤ Janvier 2012 :

- ✓ réalisation d'un outil de mesure des écarts entre la programmation préopératoire et le programme réalisé
- ✓ réunion du groupe de travail
- ✓ présentation du tableur et des sources de données (logiciel IPOP de programmation et suivi opératoire)
- ✓ visite UCA de l'institut Mutualiste Montsouris

➤ Février /mars 2012 :

- ✓ réalisation des audits

➤ Mars 2012 :

- ✓ analyse des résultats de la grille d'audit et mesure des écarts entre la programmation opératoire et le programme réalisé

- Fin Mars 2012 :
 - ✓ identification et hiérarchisation des dysfonctionnements
 - ✓ visite UCA de l'hôpital européen Georges Pompidou
 - ✓ réunion du groupe projet
- Avril 2012 :
 - ✓ réunion du groupe de travail, réflexion et propositions d'améliorations
 - ✓ visite UCA de l'hôpital Robert Debré
 - ✓ présentation au groupe projet UCA, au coordonnateur des soins et au chef de pôle, des résultats des dysfonctionnements identifiés.
- Mai 2012 :
 - ✓ rédaction finale du projet
 - ✓ deux réunions du groupe de travail : comparaison du parcours patient de l'UCA Necker avec ceux des UCA visitées
- Juin 2012 :
 - ✓ rendu écrit et présentation

2.2. Le recueil des données :

Nous avons commencé par identifier les données existantes qui concernent le périmètre du projet managérial ; l'objectif premier étant d'établir une liste exhaustive de tout ce qui peut être utile sans faire aucun tri, ni aucune classification.

Nous avons par la suite procédé à une classification pour gérer correctement ces données :

Nous avons utilisé les données existantes déjà formalisées :

- en hospitalisation : le parcours patient formalisé²¹, les enquêtes de satisfaction²² et le bilan d'activité sur un an.
- au bloc opératoire : le programme opératoire informatisé²³ (IPOP)

2.2.1. Le parcours patient en UCA Necker : approche processus

²¹ Annexe 3 : le parcours patient formalisé. AML Boinnot

²² Annexe 4 : les enquêtes de satisfaction

²³ Annexe 5 : logiciel IPOP

Nous avons modélisé le parcours patient formalisé dans une approche processus. Pour des raisons de temps imparti au projet managérial, nous avons décidé de traiter dans ce contexte le parcours patient de la veille opératoire (J-1) à la sortie du patient de l'hospitalisation en post opératoire.

Nous sommes dans un contexte pédiatrique : le patient est mineur et à chaque étape, les parents doivent être pris en compte.

Définition du processus :

« Toute activité qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie peut être considérée comme un processus. Pour qu'un organisme fonctionne efficacement, il doit identifier et gérer de nombreux processus liés entre eux.

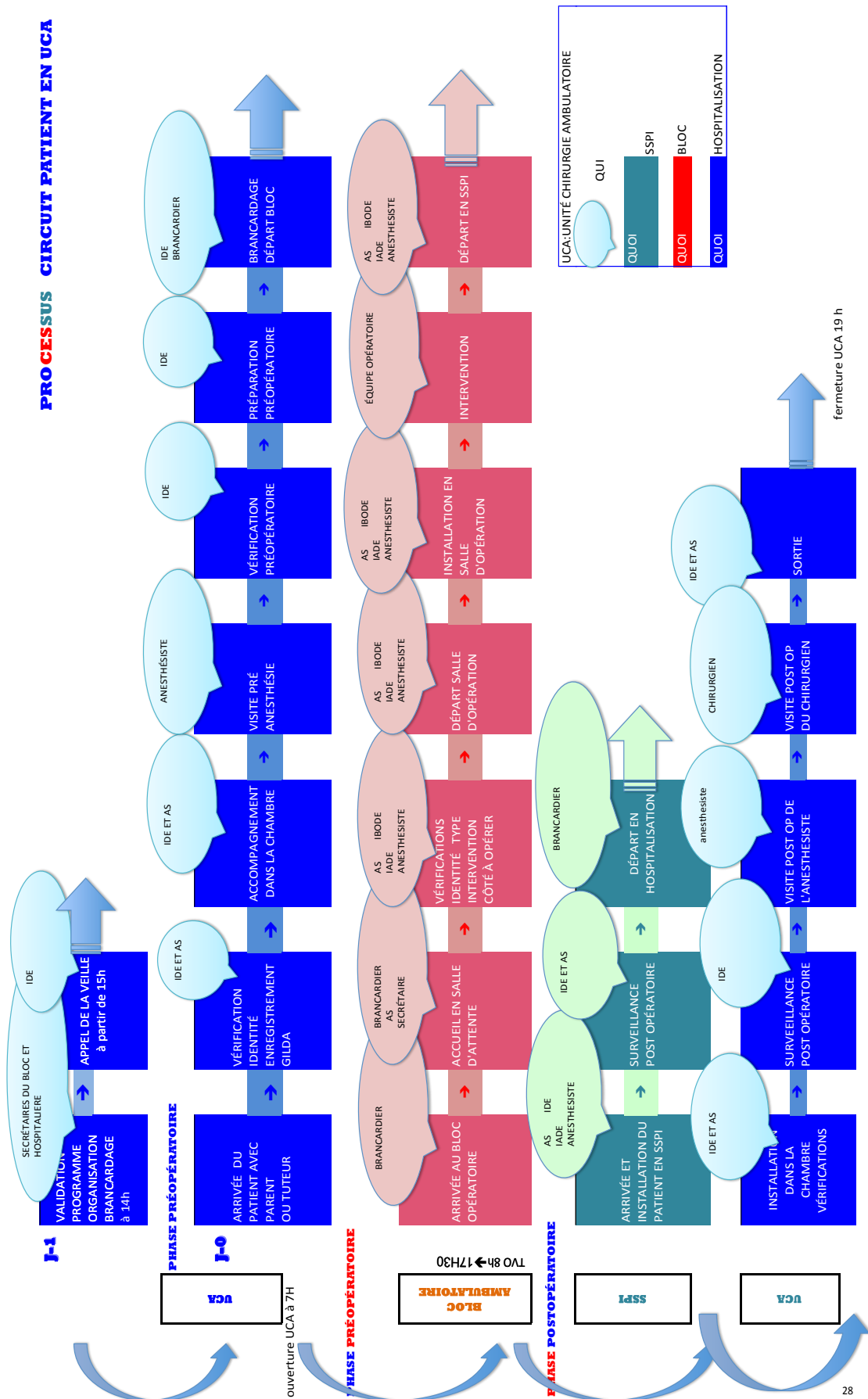
Les éléments de sortie d'un processus forment souvent les éléments d'entrée du processus suivant. L'identification méthodique des processus utilisés au sein d'un organisme et de leurs interactions, ainsi que leur management, peuvent être qualifiés d'approche processus²⁴ ».

Le processus décrit le déroulement observé ou souhaité d'un ensemble d'opérations. Il se situe davantage au niveau du phénomène observé.

Pour le construire, nous avons observé puis décrit chaque étape de l'arrivée à la sortie d'un enfant et de ses parents, et nous nous sommes appuyés comme précisé précédemment sur le parcours patient et sur l'outil d'identification :



²⁴ ISO 9000-2000



2.2.2. L'activité (table 1)

Cet état des lieux a servi de point de départ. Etablir un bilan permet avant tout d'envisager les améliorations futures. Sans a priori, il est également une évaluation positive avec un regard global sur ce qui a été réalisé.

2010	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Objectif	160	185	278	212	288	206	280	276	230	108	276	296
Patients												
Réalisé	93	91	208	128	236	158	248	205	143	47	196	241
Patients												
%	58,1	55,1	74,8	60,3	85,3	75,2	89,2	70,6	66,5	43,5	79	81
Annulations	23	34	20	24	35	33	33	26	24	5	33	45

Table 1 : Bilan de l'activité

L'objectif annuel de novembre 2010 à octobre 2011 était de 2819 patients (ce qui correspondait à la projection de la somme des activités ambulatoires des hôpitaux Necker et Saint Vincent de Paul). Le mois d'août ne concerne que l'orthopédie ambulatoire réalisée dans l'autre bloc, le bloc UCA étant fermé pendant cette période. Le nombre de patients a été de 2014 (71%). En pédiatrie, le nombre d'annulations est important particulièrement en hiver : 341 interventions ont été annulées. Le total des interventions programmées (interventions réalisées et annulations) est donc de 2355 soit **83% de la cible attendue**.

Nous rappelons que l'objectif à atteindre lors de la restructuration de l'UCA est de **6000 patients/an**, ce qui fait environ 2,5 fois l'activité réalisée.

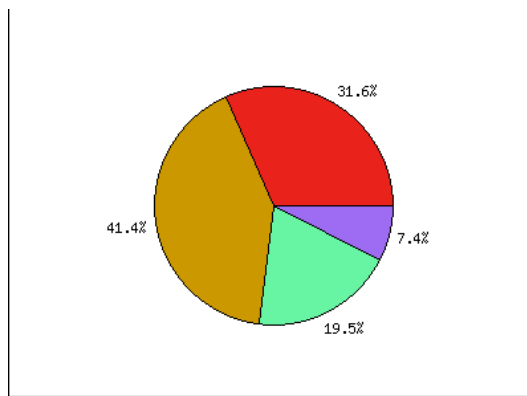
2.2.3. L'enquête de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque parent ou tuteur accompagnant un enfant ayant une prise en charge en UCA. Ces statistiques portent sur 619 enregistrements dans le logiciel « blue-medi ».

Ces enregistrements ont été réalisés par le cadre du service d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire à partir des réponses parents. Sur les 35 items à remplir, trois concernent les circuits du patient et les délais

Très satisfait	183	31.61 %
Satisfait	240	41.45 %
Peu satisfait	113	19.52 %
Insatisfait	43	7.43 %
Total	579	100 %
nombre d'enregistrements concernés	579 / 619 : 93.54 %	

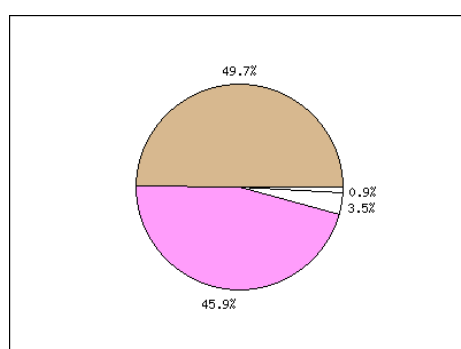
✓ Délais d'attente avant le transfert au bloc opératoire



Très satisfait	286	49.74 %
Satisfait	264	45.91 %
Peu satisfait	20	3.48 %
Insatisfait	5	0.87 %
Total	575	100 %
nombre d'enregistrements concernés	575 / 619 : 92.89 %	

✓

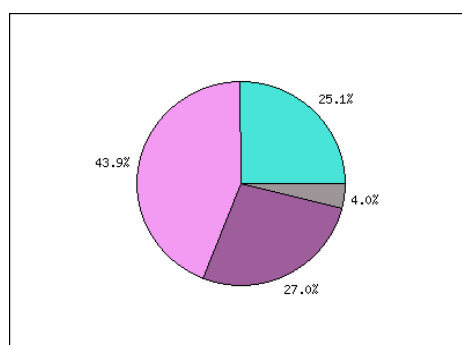
Qualité du transfert au bloc opératoire



Très satisfait	133	25.14 %
Satisfait	232	43.86 %
Peu satisfait	143	27.03 %
Insatisfait	21	3.97 %
Total	529	100 %
nombre d'enregistrements concernés	529/619 : 85.46%	

✓

Délais avant la sortie



2.2.4. Les enquêtes

2.2.4.1. Le programme opératoire

La programmation opératoire est une étape capitale dans la prise en charge du patient. Le passage au bloc opératoire peut constituer un goulot d'étranglement dans la fluidité du parcours patient. Les programmes opératoires doivent concilier l'occupation efficiente des salles d'opérations et une régularité des activités en unité de soins au fil de la journée.

Pour arriver à cet objectif il faut une maîtrise de la planification opératoire, elle doit être faite en fonction de la durée de l'acte qui est aussi opérateur dépendante.

Une organisation optimale de la programmation opératoire est une condition essentielle à la qualité du parcours patient mais également à l'atteinte de l'objectif d'augmentation de l'activité.

La planification consiste à allouer du temps bloc opératoire (à travers l'allocation de temps de vacation exprimée en heure/salle) à des praticiens ou à des groupes de praticiens pour leur permettre de prendre en charge leurs patients. Pour évaluer la planification des vacations opératoires, nous avons utilisé les indicateurs de performance basés sur des référentiels et présentés comme des outils d'aide au développement. De nombreux travaux portant sur l'analyse de la performance des blocs opératoires ont été conduits par la MeaH devenue l'ANAP en 2010, par les ARH devenues ARS en 2009 et par les établissements et leurs fédérations.

Les indicateurs de performance :

✓ Le premier indicateur est le Temps de Vacation Offert au praticien (TVO) qui correspond au temps compris entre l'entrée en salle d'opération du premier patient et la sortie du dernier patient.

Le temps de fermeture de la salle (en fin de journée) ou de bio nettoyage entre la fin de la vacation du matin et le début de la vacation de l'après-midi n'est pas compris dans le TVO.

Cette notion est orientée praticien et correspond au temps pendant lequel une activité financée par la T2A est possible.

✓ Le second indicateur est le Temps Réel d'Occupation de la Salle (TROS)

Il s'agit du temps d'occupation de la salle durant le temps de vacation offert aux praticiens. Le TROS ne comprend pas les débordements en fin de programme : si la dernière intervention s'achève au-delà de l'heure de fin de la dernière vacation, le TROS ne prend pas en compte le temps correspondant à la fin de prise en charge du patient et de remise en l'état de la salle.

Cependant le taux de débordement qui peut entraîner des heures supplémentaires pour le personnel et leur coût potentiel est un indicateur d'efficience de programmation opératoire. Cela permet de contrôler si les chirurgiens ont une estimation correcte des temps opératoires des interventions qu'ils réalisent.

✓ Le calcul du ratio TROS/TVO est un indicateur de performance.

L'objectif est d'évaluer la performance de la gestion des vacations opératoires d'un patient ou d'une spécialité. La cible recommandée de ce taux de performance est supérieure ou égale à 85%.

Les sources de données

La source de données utilisée pour la mesure de ces indicateurs est le logiciel IPOP utilisé dans la quasi totalité des blocs opératoires de l'Assistance Publique pour la programmation opératoire et le suivi peropératoire.

Cet outil permet une photographie réelle de :

- L'écart entre la programmation et le programme réalisé.
- Le Ratio entre TVO et TROS par salle opératoire

- Le Ratio entre TVO et TROS par spécialité chirurgicale.

Ces mesures nous ont permis de faire en particulier un focus sur les heures effectives de démarrage dans les blocs opératoires au regard de l'heure d'ouverture prévue ce qui a un impact direct sur la qualité du parcours patient.

Les données sont issues d'une étude menée du 2 au 30 novembre 2011 sur deux salles d'opérations.

La salle n°2 est dédiée à la chirurgie pédiatrique excepté le mardi qui est une journée réservée à l'activité de transplantations rénales adultes intrafamiliales.

Nous avons exclu les jours fériés (1er et 11 novembre) mais aussi le 28 novembre fermé pour inondation au bloc opératoire.

La salle n°4 est réservée à la chirurgie pédiatrique, les mêmes jours ont été exclus.

Tableau de bord construit à partir des sources de données : IPOP

Salle n°2 :

nov-11	salle 2	nb patients prévus	H DEBUT programmé	h fin programmé	tps programmé	nb patients réalisés	H DEBUT (réalisé)	h fin (réalisé)	TROS	écart entre programmé et réalisé	TVO	Ecart TROS/TVO
mercredi 2	ORL	8	08:00	17:30	9:30	8	8:18	18:00	9:42	0:12	09:30	00:12
jeudi 3	VISC	5	08:00	15:05	7:05	5	8:16	14:30	6:14	0:51	09:30	03:16
vendredi 4	ORL	9	08:00	16:00	8:00	9	8:25	16:05	7:40	0:20	09:30	01:50
lundi 7	ORL	8	08:00	15:30	7:30	8	8:05	16:30	8:25	0:55	09:30	01:05
mardi 8	VISC	4	08:00	16:15	8:15	4	8:14	12:50	4:36	3:39	09:30	04:54
mercredi 9	ORL	8	08:00	15:30	7:30	8	8:10	15:20	7:10	0:20	09:30	02:20
jeudi 10	VISC	5	08:00	18:00	10:00	5	8:04	17:55	9:51	0:49	09:30	00:21
vendredi 11	férié	férié	férié	férié	férié	férié	férié	férié	férié	férié	férié	férié
lundi 14	ORL	6	08:00	14:00	6:00	7	8:20	14:45	6:25	0:25	09:30	03:05
mardi 15	TRANSPLANT											
mercredi 16	ORL	7	08:00	14:30	6:30	7	8:54	14:00	5:06	1:24	09:30	04:24
jeudi 17	VISC	4	08:00	15:20	7:20	4	8:15	16:25	8:10	0:50	09:30	01:20
vendredi 18	ORL	8	08:00	15:45	7:45	7	8:24	16:45	8:21	0:36	09:30	01:09
lundi 21	ORL	7	08:00	16:30	8:30	7	8:20	17:30	9:10	0:40	09:30	00:20
mardi 22	TRANSPLANT											
mercredi 23	ORL	9	08:00	17:00	9:00	8	8:30	17:20	8:50	0:10	09:30	00:40
jeudi 24	VISC	3	08:00	15:45	7:45	2	8:20	17:10	8:50	1:05	09:30	00:40
vendredi 25	ORL	9	08:00	16:00	8:00	9	8:20	18:05	9:45	1:45	09:30	00:15
lundi 28	INONDATION	4				0					09:30	09:30
mardi 29	TRANSPLANT											
mercredi 30	ORL	7	08:00	15:30	7:30	7	8:10	16:30	8:20	0:50	09:30	01:10

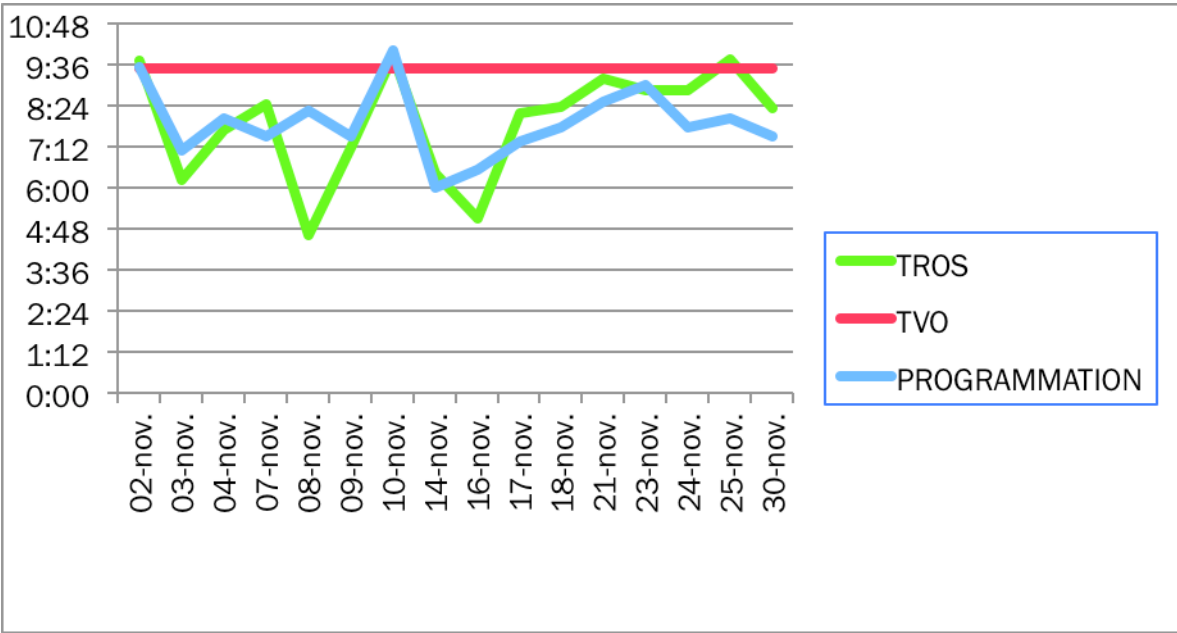
Légende : les heures notées en rouge sont les heures dépassant le TVO et celles en bleu, n'atteignent pas le TVO

Salle n°4

nov-11	salle4	nb patients prévus	H DEBUT programmé	h fin programmé	tps programmé	nb patients réalisés	H DEBUT (réalisé)	h fin (réalisé)	TROS	écart entre programmé et réalisé	TVO	Ecart TROS/TVO
mercredi 2	fermée : absence chirurgien								0	0:00		00:00
jeudi 3	STO/VISC	4	8:00	15:05	7:05	3	8:18	13:20	5:02	2:03	09:30	04:28
vendredi 4	PLASTIE	4	8:00	16:00	8:00	4	8:22	17:00	8:38	0:38	09:30	00:52
lundi 7	VISC	5	8:00	13:50	5:50	4	8:15	13:20	5:05	0:45	09:30	04:25
mardi 8	VISC	4	8:00	13:00	5:00	5	8:15	16:00	7:45	2:45	09:30	01:45
mercredi 9	VISC	4	8:00	15:05	7:05	4	8:15	15:55	7:40	0:35	09:30	01:50
jeudi 10	PLASTIE	4	8:00	12:35	4:35	4	8:25	15:15	6:50	2:15	09:30	02:40
vendredi 11	férié									0:00	00:00	00:00
lundi 14	VISC	6	8:00	17:25	9:25	6	8:19	16:35	8:16	1:09	09:30	01:14
mardi 15	VISC	7	8:00	17:30	9:30	4	8:20	15:45	7:25	2:05	09:30	02:05
mercredi 16	VISC	5	8:00	16:50	8:50	4	8:15	15:40	7:25	1:25	09:30	02:05
jeudi 17	PLASTIE	4	8:00	16:25	8:25	4	8:17	13:00	4:43	3:42	09:30	04:47
vendredi 18	PLASTIE	2	8:00	9:10	1:10	5	8:25	15:41	7:16	6:06	09:30	02:14
lundi 21	VISC	3	8:00	11:50	3:50	3	8:15	11:45	3:30	0:20	09:30	06:00
mardi 22	VISC	5	8:00	16:00	8:00	4	8:15	16:55	8:40	0:40	09:30	00:50
mercredi 23	VISC	5	8:00	15:35	7:35	4	8:20	14:10	5:50	1:45	09:30	03:40
jeudi 24	PLASTIE/VISC	5	8:00	16:00	8:00	5	8:20	15:30	7:10	0:50	09:30	02:20
vendredi 25	PLASTIE	4	8:00	13:45	5:45	5	8:15	14:45	6:30	0:45	09:30	03:00
lundi 28	INONDATION au bloc									0:00	00:00	00:00
mardi 29	VISC	5	8:00	14:50	6:50	5	8:15	16:30	8:15	1:25	09:30	01:15
mercredi 30	fermée : absence chirurgien									0:00	09:30	09:30

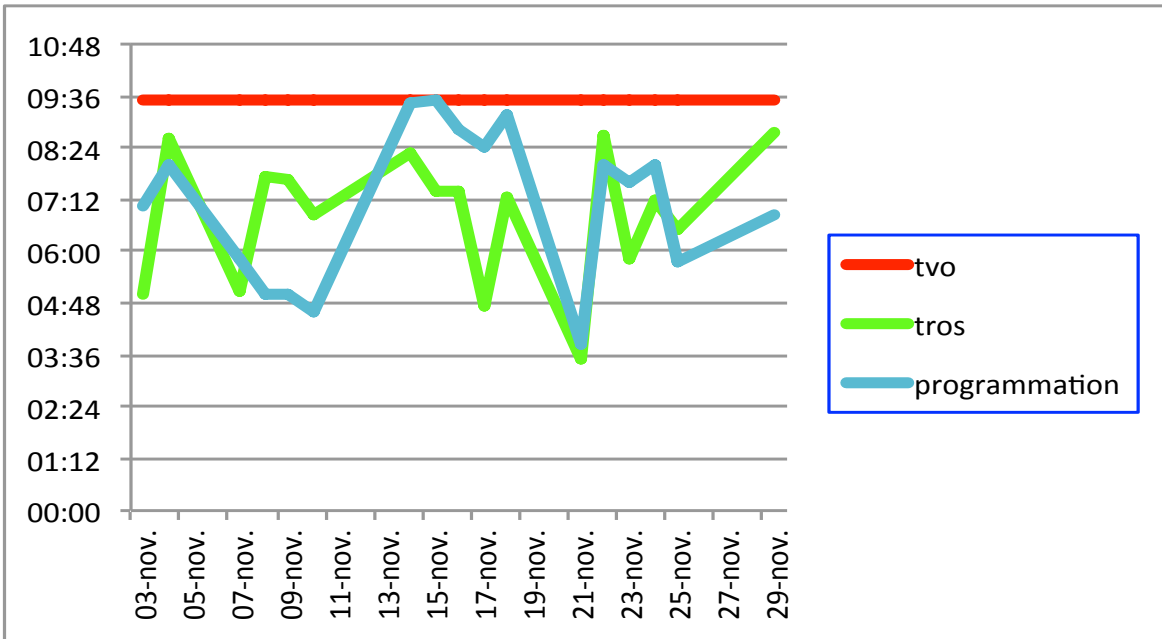
Légende : les heures notées en rouge sont les heures dépassant le TVO et celles en bleu, n'atteignent pas le TVO

En Salle 2 :



Graphique issu du tableau de bord de la salle N°2

En Salle 4 :



Graphique issu du tableau de bord de la salle n°4

✓ Calcul du TROS/TVO, le taux de performance d'occupation :

Nous rappelons que la cible recommandée par la MeaH est supérieure ou égale à 85%. La Salle 2 est occupée à 82,75% mais la salle 4 est à 67,84%

La globalité du taux de performance sur les 2 salles est égale à 75,29%

La mesure horaire de l'écart entre le TVO et le TROS permet une réelle dimension du temps de non occupation des salles :

Salle 2 : 26H13

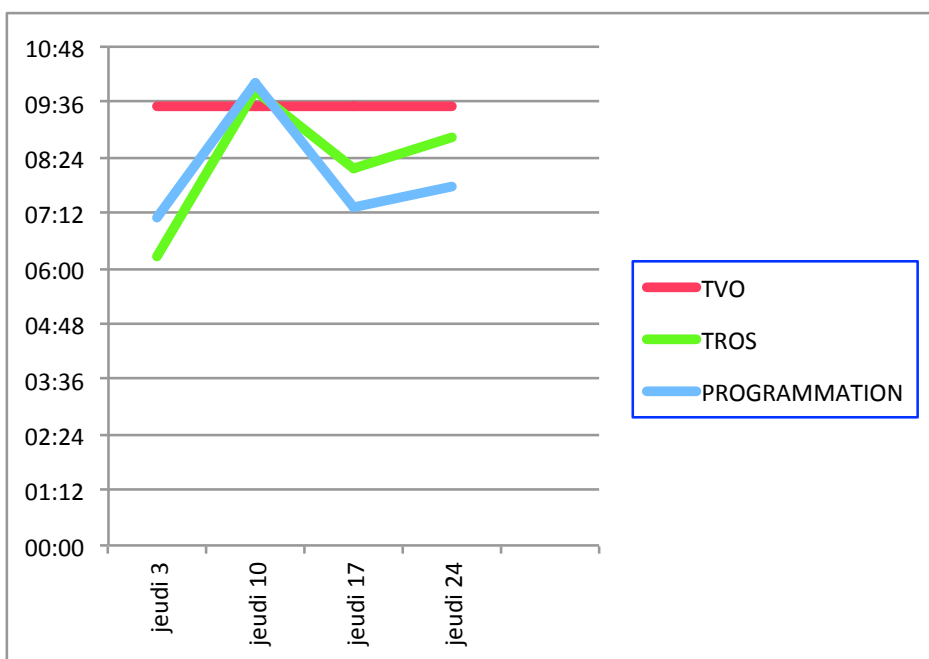
Salle 4 : 55H00

La totalité convertie en TVO/jours correspond approximativement à 8 jours de temps de vacation offert.

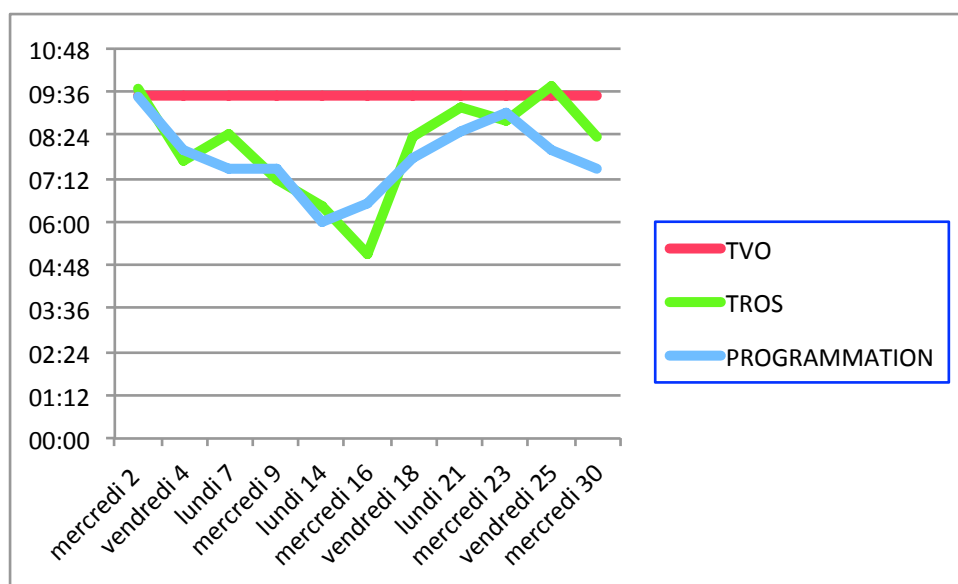
Il nous a paru intéressant de visualiser ces mêmes indicateurs par spécialité.

Nous avons choisi l'exemple de salle N°2 où se croisent 2 spécialités exclusivement pédiatriques : chirurgie ORL et chirurgie viscérale

La chirurgie viscérale occupe les vacations du jeudi :



Les lundis, mercredis et vendredis sont des vacations de chirurgie ORL



✓ Autres indicateurs

- **Taux de débordement** : Nous rappelons qu'il s'agit du temps de dépassement après l'horaire prévu de fermeture des salles d'opération et qui entraîne des dysfonctionnements majeurs. Il est de 48 mn pour la salle 2 et nul pour la salle 4. Le taux de débordement est inférieur à 1% (le taux cible étant inférieur à 5%)
- **Heure de démarrage** : l'heure de démarrage est prévue à 8h tous les matins. Le tableau de bord montre que le démarrage s'échelonne de 8H04 à 8H54. La somme des écarts de temps entre l'heure prévue et l'heure réelle au démarrage, est pour la salle 2 égales à 5H05 et pour la salle 4 : 5H06, soit un total de 10 heures et onze minutes inoccupées sur le mois de novembre qui correspond à plus d'une journée opératoire (9H30). 0% de respect des horaires de démarrage des blocs opératoires. Les programmes commencent en moyenne avec 20 minutes de retard.

2.2.4.2. L'audit du processus « parcours patient »

Pour évaluer la performance du parcours patient, nous avons décidé de réaliser un audit du processus parcours patient. Après vérification et étude des référentiels existants, la décision collégiale a été de construire une grille²⁵ permettant de recueillir les données à partir de ce processus. La conception d'un guide d'utilisation²⁶ nous a permis de préciser le sens du libellé des critères, de prévoir les situations où la réponse « Non Applicable » est possible et éventuellement les critères de non inclusion. Ce guide apporte aussi les instructions relatives au recueil des données.²⁷

Avant de présenter cet audit au référent qualité de l'hôpital, nous l'avons testé sur 2 parcours patients. Cette étape nous a permis de faire des réajustements puis nous avons rencontré le référent qualité qui a validé notre grille.

Un compromis entre la représentativité du nombre de parcours audités et du temps que nous pouvions consacrer a été l'objet de discussion lors d'une réunion avec la responsable qualité de l'hôpital.

Le choix d'un minimum de 30 parcours patients a été aussi validé lors d'un entretien avec Maud Papin (Formateur à l'Ecole Supérieure Montsouris).

Au regard des emplois du temps des auditeurs, des journées « audit » ont été planifiées sur une période d'un mois, entre trois et cinq parcours patients ont été sélectionnés sur des journées définies.

L'audit commençait la veille de la prise en charge des patients lors de la validation du programme opératoire, se poursuivait le lendemain matin à l'arrivée des premiers patients à 7 heures et se terminait au moment du départ des derniers patients à 19 Heures (heure d'ouverture et de fermeture de l'hospitalisation

²⁵ Annexe 6 : grille audit

²⁶ Annexe 7 : guide d'utilisation

²⁷ HAS, Audit clinique, Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel, 2007.

ambulatoire). Un relais entre les différents cadres et la secrétaire du bloc opératoire a été instauré compte tenu des occupations des différents auditeurs. Très rapidement, un biais a été identifié : le suivi du parcours patient par un tiers et plus particulièrement par un cadre, modifie le comportement des intervenants de ce même parcours.

Trente trois parcours patients ont dû être audités car 3 patients ont été annulés le matin même de l'intervention.²⁸

Une réunion du groupe travail a permis un premier examen des résultats de l'audit de chaque critère,

		CRITÈRES	%
J-1	1	VALIDATION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE	100%
	2	APPEL DE LA VEILLE	100%
J 0	3	ACCUEIL EN UCA À HEURE PRÉVUE	82%
	4	ACCOMPAGNEMENT CHAMBRE	100%
	5	VERIFICATION IDENTITÉ	100%
	6	POSE DU BRACELET	100%
	7	ENREGISTREMENT GILDA	76%
	8	VISITE PRÉANESTHÉSIE	27%
PREOP	9	VÉRIFICATIONS PRE OP	100%
	10	PRÉPARATION POUR INTERVENTION	100%
	11	BRANCARDAGE (brancard ou berceau)	77%
	12	ARRIVÉE BLOC heure arrivée	70%
	13	ACCUEIL AU BLOC ET VERIFICATIONS	97%
PEROP	14	ARRIVÉE EN SALLE D'OP HEURE	40%
	15	DÉPART SALLE D'OP HEURE	100%
POST	16	DÉPART SSPI HEURE	90%
	17	ARRIVÉE 7EME /installation IDE	97%
	18	PRÉSENCE DU DOSSIER	93%
	19	VISITE POST OP CHIRURGIEN	100%
	20	VISITE POST OP ANESTHÉSISTE	83%
	21	DÉPART	100%

Sur les 21 critères composant l'audit, 7 ont un résultat inférieur à 90%,

²⁸Annexe 8 : synthèse résultats grille d'audit

CRITÈRES	%
Visite pré-anesthésiste	27%
Arrivée en salle d'opération à l'heure prévue	40%
Arrivée au bloc opératoire à l'heure prévue	70%
Enregistrement Gilda	76%
Brancardage : retard/ heure demandée	77%
Accueil en UCA à l'heure prévue	82%
Visite post opératoire par anesthésiste	83%

Ces critères ont un impact sur le parcours patient et entraînent un dysfonctionnement par rapport au processus parcours patient.

Le critère accueil au bloc opératoire et les vérifications à effectuer ont un résultat à 97% : ce résultat est lié à la rectification immédiate de la procédure d'accueil.

En effet, lors de l'audit du premier patient, il s'est avéré qu'à l'arrivée au bloc opératoire, les aides soignants chargés de l'accueil étaient tous occupés dans les salles d'opérations. Les vérifications ont été faites avant l'entrée en salle d'opération par les IBODE, IADE et anesthésistes. Cependant, l'arrivée au bloc opératoire est un moment chargé d'émotions et d'angoisses, l'accueil est primordial, les patients et familles ne peuvent pas attendre en salle d'accueil sans avoir rencontré un agent.

J'ai immédiatement décidé que la secrétaire régulatrice du bloc opératoire qui reçoit l'appel d'arrivée en salle d'attente, participerait à l'accueil au bloc opératoire en étant un relai entre les brancardiers et les aide soignants du bloc opératoire.

2.2.4.3. La démarche de Benchmarking :

Selon David Keans, de la Xerox Corporation : « Le benchmarking est un processus continu et systématique d'évaluation de nos produits, services et méthodes par rapport à ceux des concurrents les plus sérieux ou des entreprises reconnues comme leaders (il ne s'agit pas d'imiter son concurrent mais de comprendre le fonctionnement de processus importants). »

Selon l'AFNOR, le benchmarking est "un processus d'étalonnage qui consiste à

mesurer et à comparer en permanence les processus opérationnels de l'entreprise par rapport à ceux des leaders" en vue d'obtenir un avantage concurrentiel.

Pour Laurent Maruani, Professeur de Marketing à H.E.C et Directeur de l'Institut des Stratégies Industrielles, « Le benchmarking doit avant tout être regardé comme une approche stimulante et constructive de la concurrence. Il est donc important de faire du benchmarking sur **les points forts comme sur les points faibles** des entreprises ».

C'est en nous fondant sur ces définitions et plus particulièrement sur la notion de points forts et de points faibles que nous avons organisé les visites et choisi les sites avec lesquels nous voulions nous comparer.

Trois visites d'UCA ont été effectuées dans le cadre de cette démarche.

Les trois services ont été choisis pour des raisons spécifiques que nous évoquerons ultérieurement mais aussi parce que les cadres de service ont accepté de nous recevoir et de répondre à nos questionnements en accord avec leur direction des soins.

Nous avons ciblé nos questions autour du parcours patient et nous ne retranscrivons pas dans ce projet la totalité des échanges mais les réponses qui peuvent nous aider dans nos propositions d'axes d'améliorations.

L'UCA de l'hôpital Robert Debré

Ce site de l'Assistance Publique ouvert depuis 1988 est comparable à celui de Necker, puisque les deux services accueillent de la pédiatrie avec une activité comparable en terme de spécialités. Environ vingt patients par jour sont accueillis dans cette structure dédiée où le parcours patient de l'arrivée à la sortie se fait sur un même étage.

➤ Compte tenu de la structure, aucun problème de brancardage pouvant retarder le parcours patient n'a été signalé, les premiers patients et leurs parents sont convoqués vers 8H et les arrivées sont ensuite échelonnées toutes les 1/2 heures. Les interventions chirurgicales ne commencent que vers 9H et les derniers patients doivent sortir de l'UCA vers 17H, heure de fermeture de la

structure. La veille de l'intervention, les parents appellent pour confirmer leur venue et s'ils n'appellent pas, une secrétaire les contacte. Peu de patients annulent leur intervention. La mesure du TROS/TVO est de 50%.

- Les axes de réflexion du cadre pour améliorer le parcours patient :
 - Le service est en train de travailler sur le parcours patient qui existe mais il n'est pas formalisé.
 - Une réflexion est menée sur le mauvais résultat de l'indicateur de performance TROS/TVO qui démontre une programmation peu efficiente.

L'UCA de l'hôpital de l'hôpital Européen Georges Pompidou

Ce site d'unité de chirurgie ambulatoire adulte est choisi parce qu'il est le dernier né à l'assistance publique. Cette unité accueille entre quinze à vingt patients jour dans une structure dédiée, avec un parcours patient formalisé.

➤ Cette unité satellite ne nécessite pas le recours à une équipe de brancardage. Les arrivées tardives de patients sont extrêmement rares, ils sont convoqués en fonction de l'heure prévisible de l'intervention (trois par trois), des prescriptions préopératoires et du type d'anesthésie prévue (30 min avant l'intervention pour les AL et AG, 1h30 avant pour les ALR).

Les démarrages tardifs ne concernent que 2 spécialités qui ne programment pas précisément le nom de l'opérateur par intervention.

Le temps réel d'occupation des salles est proche des recommandations Meah.

- Les axes de réflexion du cadre pour améliorer le parcours patient :
 - Un travail sur une check-list parcours patient est en cours de réalisation. Il s'agit d'un processus dont chaque étape doit être validée pour passer à la suivante.
 - Les deux spécialités démarrant tardivement revoient leur organisation pour dédier un chirurgien précis à chaque intervention ce qui devrait éviter la perte de temps consacrée à la recherche de l'opérateur.

L'UCA de l'Institut Mutualiste Montsouris

Cette structure est choisie pour avoir une comparaison avec une structure privée à but non lucratif participant au service public hospitalier. L'unité reçoit environ quarante patients par jour et regroupe sur un même étage les places d'accueil et deux salles d'opérations. Deux autres salles situées au sein d'un bloc central au même étage sont aussi dédiées à l'activité chirurgicale opératoire.

L'UCA est divisée en trois parties avec trois postes de soins.

➤ Le parcours patient est formalisé en processus (qui fait quoi quand) et malgré l'appel de la veille systématique, des démarrages tardifs sont à déplorer ; ils sont liés à une admission non faite, une dépilation et/ou une douche non effectuée, à une préparation type colique non prise et à des retards ou à la non venue des patients.

Dans le cas, où un patient n'est pas à l'heure, en fonction de la spécialité et de l'arrivée des patients suivants, le programme est enchaîné.

Des brancardiers sont dédiés pour le transport des patients au bloc central mais le brancardage n'entraîne pas de retard, ce bloc est peu éloigné de l'UCA.

Le temps réel d'occupation des salles est proche des recommandations.

- Les axes de réflexion du cadre pour améliorer le parcours patient :
- Créer un seul poste de soins permettant de centraliser les compétences et de mieux réguler le travail des professionnels.
 - Créer une consultation IDE de la prise en charge en UCA qui aurait comme conséquence la diminution du nombre important d'annulations liées à l'incompréhension de la marche à suivre.
- Une étude de faisabilité doit être réalisée. La recentralisation du poste de soins pourrait libérer du temps IDE.

Pour conclure, les échanges fructueux avec les cadres et coordonnateurs de soins de ces trois UCA ne sont pas transcrits de manière exhaustive, nous avons ciblé les points forts ou faibles que nous pourrions transposer ou non dans nos propositions.

Nous avons aussi constaté que dans ces 3 sites visités, une réflexion sur l'amélioration de la prise en charge des patients est menée, que l'efficacité de la prise en charge est le moteur de cette démarche.

Le pilotage de l'activité est l'outil de référence que le site soit public ou privé à but non lucratif.

2.3. L'analyse des écarts

2.3.1. L'enquête de satisfaction

Le résultat global de l'enquête de satisfaction de la prise en charge en chirurgie ambulatoire montre que les patients sont satisfaits de la qualité du séjour dans sa globalité et par là même plébiscitent ce mode de prise en charge.

Ces résultats sont conformes à l'exigence de 90% de patients satisfaits demandée par la directrice générale de l'APHP, il n'apparaît pas d'écart.

Cependant, en affinant la recherche comme nous l'avons fait sur les trois items de référence, nous démontrons que le pourcentage global serait encore plus performant en évitant les écueils du délai d'attente (26.90% de peu satisfaits ou insatisfaits en pré opératoire et 26.40% avant la sortie de l'UCA), en revanche la qualité du brancardage démontre un taux de satisfaction d'environ 95%.

Les brancardiers ne sont pas remis en cause dans leur manière d'assurer le brancardage. Le problème identifié est l'attente. L'attente en préopératoire et pré sortie du point de vue « ressenti » des patients et des familles reste une étape à focaliser lors de l'analyse de l'audit du parcours patient.

L'arrivée des patients est échelonnée, les premiers patients arrivent normalement à 7 heures pour un passage au bloc opératoire à 8 heures, puis les suivants arrivent trois par trois toutes les heures.

Le choix de convoquer les patients trois par trois est lié aux retards potentiels par rapport à l'heure prévue d'arrivée et pour pallier les éventuelles annulations de dernier moment qui sont fréquentes en chirurgie pédiatrique.

Cette organisation entraîne forcément de l'attente préopératoire pour les patients et leur famille.

2.3.2. L'écart dans l'étude des programmes opératoires

La planification opératoire met en évidence un écart important entre le temps de vacation opératoire offert et le temps opératoire programmé. L'indicateur TROS/TVO, qui constitue un taux de performance d'occupation, est inférieur à 85%, cible recommandée par la MeaH. L'allocation des vacations opératoires proposées ne semble pas répondre au besoin puisque les chirurgiens ne remplissent pas leur vacation.

Nous constatons aussi que la programmation opératoire est très différente du programme réalisé quelque-soit la spécialité chirurgicale observée (chirurgie ORL et chirurgie viscérale), l'écart est en partie dû aux annulations mais aussi aux surestimations et aux sous-estimations des temps opératoires. Les deux spécialités n'ont pas une programmation efficiente.

Ces écarts ont des répercussions sur la qualité du parcours patient.

Ces indicateurs laissent penser que dans le futur, il sera important de réajuster au plus près des besoins de vacations opératoires par spécialité et de faire un travail pour éviter les sous-estimations et les surestimations du temps opératoire qui apparaissent lorsque l'on compare les temps programmés et les temps réalisés.

Enfin alors que le taux de débordement (calculé à partir du temps de dépassement après l'horaire prévu de fermeture des salles d'opération) est dans la cible requise, l'heure de démarrage prévue n'est jamais respectée avec des programmes opératoires qui commencent en moyenne avec vingt minutes de retard, entraînant des conséquences évidentes sur le parcours patient. Ce démarrage tardif récurrent est lié dans environ 18% des cas à une arrivée tardive des patients au bloc opératoire (cf. résultat audit parcours patient) et dans 82% des cas à une arrivée tardive de l'équipe opératoire. Ce dysfonctionnement est majeur, car lors du parcours patient, tous les retards s'incrémentent.

Un rappel au niveau du démarrage opératoire est important : la check-list²⁹ avant une intervention chirurgicale, est une procédure rendue exigible depuis janvier 2010 pour la certification des établissements de soins par la HAS.

Les objectifs de la check-list sont :

- d'améliorer la sécurité au bloc opératoire et réduire les erreurs chirurgicales en intégrant dans les pratiques quotidiennes des équipes chirurgicales, la vérification croisée de différents points critiques de sécurité,
- de renforcer, d'améliorer la communication et le partage des informations au sein des équipes travaillant au bloc opératoire.

Cette check-list doit être effectuée en présence de toute l'équipe opératoire concernée avant de débiter l'anesthésie du patient. Cette exigence représente à elle seule une obligation pour tous les membres de l'équipe d'être présents à l'heure prévue au bloc opératoire.

En résumé, le retard d'arrivée des patients et des équipes opératoires associé à une sous-programmation ont entraîné pour le mois de novembre un total de 82 heures de temps non utilisé sur les vacations opératoires offertes. Ce constat rend d'autant moins acceptable le résultat de l'item de l'enquête de satisfaction « délai d'attente avant le transfert au bloc opératoire ».

Ce résultat nous oblige à repenser notre planification opératoire, elle doit aussi être optimisée dans l'objectif futur de multiplier par 2,5 l'activité en UCA.

2.3.3. L'audit

La grille d'audit a été composée de 21 critères. L'analyse des écarts des 7 critères dont le résultat est inférieur à 90% a été réalisée.

Nous avons hiérarchisé ces résultats en tenant compte des conséquences sur la fluidité du parcours patient.

- **L'accueil en UCA à l'heure prévue :**

²⁹ Annexe 8 : check list bloc opératoire (HAS)

L'arrivée tardive des patients et de leurs parents en UCA a une répercussion sur la suite du parcours. Cet item ne correspond pas au résultat le plus bas mais nous savons par expérience que ce retard a une répercussion sur toute la programmation opératoire.

Quelque soit l'organisation efficace en place, l'arrivée tardive des patients entrainera une suite de dysfonctionnements dans le processus parcours patient.

La réorganisation du programme opératoire et l'inversion des interventions occasionnent des retards qui peuvent provoquer l'annulation d'une intervention programmée en fin de journée ou la transformation d'un hôpital de jour en hospitalisation conventionnelle.

Le temps de surveillance post opératoire en SSPI varie entre une heure trente et deux heures ensuite les enfants sont surveillés au minimum deux heures en UCA. Si une intervention prévue en hôpital de jour est retardée après 16 heures, les parents doivent être informés de la possibilité de conversion en hospitalisation conventionnelle.

➤ **La visite pré anesthésie**

Les médecins anesthésistes qui réalisent la visite du matin en UCA sont les médecins qui anesthésient les enfants dès 8 heures en salle d'opération. Les patients qui arrivent en retard ne sont pas vus au niveau de l'hospitalisation.

Cette étape essentielle ne concerne que les premiers patients de chaque salle d'opération car pour les arrivées échelonnées, les anesthésistes ne peuvent quitter le bloc opératoire pour se rendre en hospitalisation qui se trouve 6 étages plus haut.

Les visites pré anesthésie sont alors effectuées en préopératoire immédiat, cette mesure dégradée entraine des conséquences majeures :

- ✓ une consultation au milieu d'une salle d'accueil avec peu de moyens pour assurer une confidentialité,
- ✓ une perte de temps (temps de la consultation, l'interrogatoire des parents),

- ✓ la possibilité d'annuler l'intervention si l'anesthésiste estime qu'une cause médicale l'oblige à la reporter.

(Une annulation lorsque l'enfant a été préparé et qu'il est descendu au bloc opératoire avec ses parents est un défaut majeur de l'organisation.)

➤ **Le brancardage**

Il est réalisé par deux brancardiers dédiés à la journée par le brancardage central. Un ordre de passage et des heures approximatives sont faxés la veille de l'intervention. À chaque passage prévu au bloc opératoire et à la demande de l'équipe de la salle d'opération, la secrétaire régulatrice du bloc prévient les brancardiers et appelle l'hospitalisation pour que les patients soient prêts pour la descente au bloc opératoire. Les brancardiers sont tributaires de la disponibilité des ascenseurs et sont mobilisés par le retour des patients de la SSPI vers l'hospitalisation. Le temps entre l'appel pour descendre un patient et l'arrivée au bloc opératoire est variable, entre 10 minutes et 40 minutes.

➤ **L'arrivée au bloc opératoire et en salle d'opération à l'heure prévue**

Pour ces deux critères, l'écart identifié est la conséquence des écarts constatés concernant l'accueil en UCA et le brancardage. Les premiers patients devraient systématiquement arriver au bloc opératoire entre 7H40 et 7H50 pour les interventions de 8H.

L'impossibilité pour la secrétaire régulatrice du bloc opératoire d'organiser la descente au plus près de l'heure d'intervention, occasionne souvent un délai d'attente trop long pour les patients et leur famille dans la salle d'accueil du bloc opératoire ou a contrario, un retard de démarrage pour l'équipe opératoire.

➤ **L'enregistrement dans Gilda**

Cette étape est essentielle puisque le malade doit être admis - via l'enregistrement dans Gilda - à l'hôpital pour être opéré. Cet enregistrement doit être fait en tant réel, il confirme l'arrivée du patient en hospitalisation. Pour accompagner le patient au bloc opératoire, il doit être admis administrativement à l'hôpital.

Cette phase prend du retard car elle est effectuée par les infirmières et les aides soignantes qui accueillent les patients, les installent, les préparent et vérifient le dossier pour le départ au bloc opératoire. Le problème est aussi lié à l'arrivée tardive des patients, pour pallier ce dysfonctionnement, les professionnels font parfois le choix de reporter l'inscription du malade pour ne pas retarder l'arrivée au bloc opératoire, en espérant réaliser cette étape pendant le transfert du patient vers le bloc.

➤ **Le critère visite de l'anesthésiste en post opératoire**

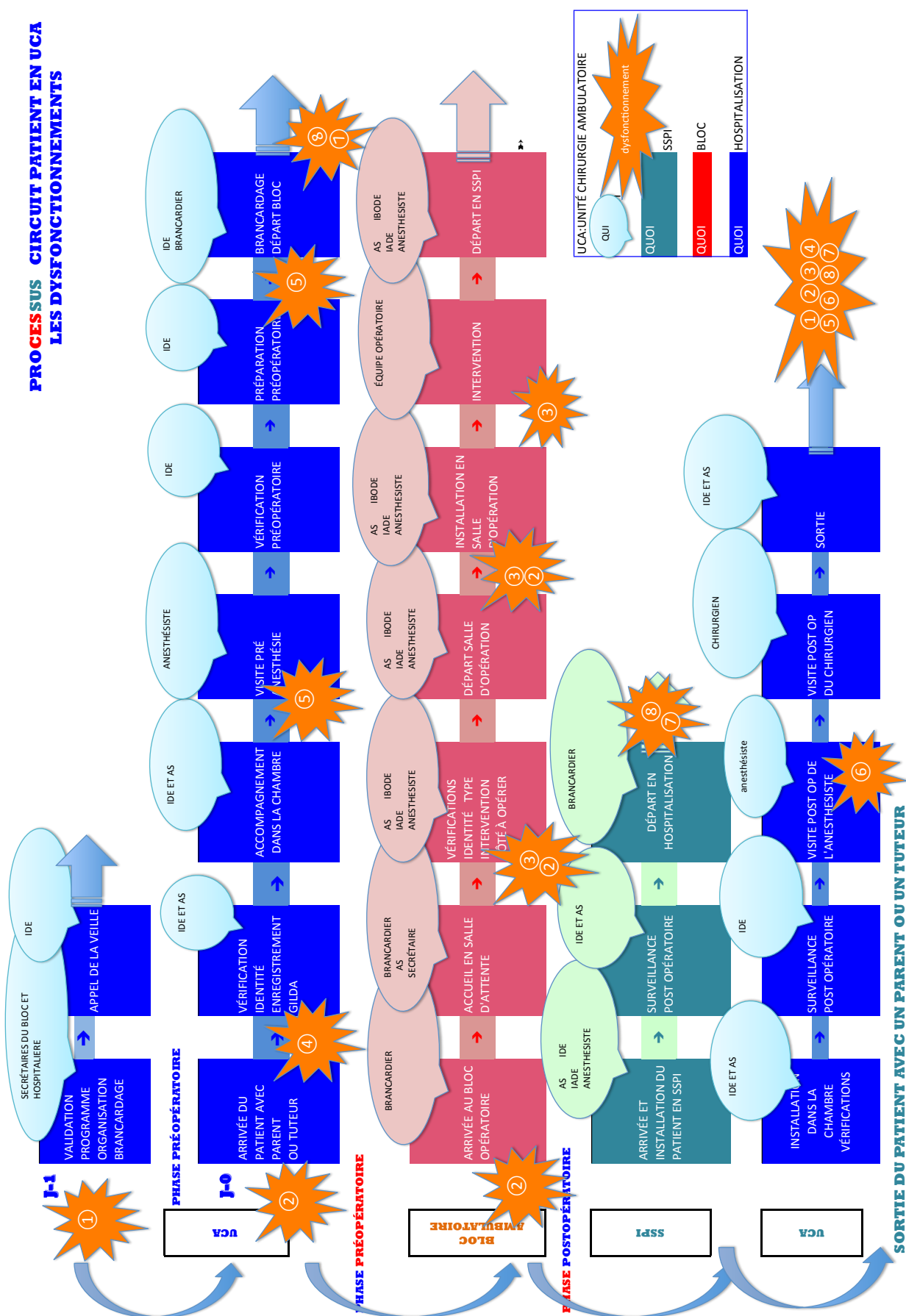
Une notion est à rappeler, le bloc n'est pas dédié à l'ambulatoire et les anesthésistes sont parfois retenus sur des interventions finissant plus tardivement. Les enfants dans ces cas là ont été vus par le chirurgien mais l'anesthésiste se déplace en hospitalisation, entre deux interventions, pour signer la sortie en s'assurant auprès du chirurgien et des infirmières que l'état des patients autorise la sortie. Il s'agit d'un dysfonctionnement puisque dans le parcours patient, avant la sortie, l'opéré et ses parents doivent recevoir la visite de l'anesthésiste.

Cette procédure dégradée repose sur le choix de ne pas faire attendre les familles, elle reste légale puisque l'enfant a été vu par un médecin et malgré ce choix, l'enquête montre que les patients ne sont pas satisfaits du délai d'attente avant la sortie (pour 26,4%).

2.4. Les dysfonctionnements identifiés sur le parcours patient

La dernière étape de l'analyse des écarts est la représentation graphique des dysfonctionnements identifiés sur le processus parcours patient.

PROCESsus CIRCUIT PATIENT EN UCA **LES DYSFONCTIONNEMENTS**



3. les axes d'améliorations et la perspective

3.1 Les axes d'améliorations par rapport aux dysfonctionnements :

Le postulat du groupe projet a été de réfléchir sur tous les dysfonctionnements qui s'imbriquent et s'incrémentent dès la programmation du patient au bloc opératoire et tout au long de son parcours UCA.

Ce travail qui doit servir de fondement à la nouvelle organisation, doit être le plus exhaustif possible.

Chaque dysfonctionnement a fait l'objet d'une discussion en réunion de groupe puis nous avons organisé les propositions, en nous appuyant sur le retour d'expérience des hôpitaux visités.

➤ **Dysfonctionnement n°1, la programmation opératoire :**

Pour mémoire, l'objectif de ce travail est l'évaluation du parcours patient en chirurgie ambulatoire dans un projet d'augmentation d'activité en chirurgie ambulatoire. Pour réussir à atteindre l'objectif d'activité, la programmation opératoire doit être efficiente.

- La première mesure est la réattribution des vacations grâce au calcul des besoins par spécialité. L'arrivée de nouvelles spécialités et la perte de l'activité « conventionnelle » pour se recentrer sur la chirurgie ambulatoire participeront à cette redistribution des vacations opératoires.
- La nécessité d'une juste estimation des temps opératoires par opérateur.
- La mise en place d'une revue de gestion va permettre d'optimiser la programmation opératoire. En présentant une fois par mois à la cellule de régulation puis en conseil de bloc, les résultats du contrôle de gestion, en présentant les outils de pilotage que sont les indicateurs et tableaux de bord, nous tendrons vers l'atteinte de l'objectif d'une programmation efficiente.

Cette démarche d'amélioration continue va permettre de réajuster rapidement les écarts et va réussir à instaurer un dialogue sur des actions concrètes entre les différents protagonistes du programme opératoire.

➤ Dysfonctionnement n°2, le démarrage tardif lié à l'arrivée tardive des patients et n°3 des équipes opératoires :

- Cet écart doit être traité particulièrement car la nouvelle structure ne changera spontanément pas cet état de fait.

Lors du benchmarking, nous avons vu que l'hôpital Robert Debré a fait le choix d'une ouverture des salles d'opération à 8H45. Les deux autres hôpitaux restent sur une ouverture à 8 Heures. La pédiatrie peut expliquer un choix de démarrage tardif mais après réflexion et compte tenu de nos objectifs d'augmentation d'activité, notre choix n'est pas de diminuer le TVO.

En revanche, pour les patients, une information sera faite lors de la visite de pré anesthésie pour insister auprès des parents pour qu'ils accompagnent leur enfant à l'heure prévue sous peine d'annulation de l'intervention, cette injonction sera aussi inscrite dans le « passeport UCA ». Ce document qui décline les étapes du parcours patient a été pensé puis réalisé par l'équipe projet UCA et plus particulièrement le cadre d'hospitalisation, il est en train d'être finalisé. Ce passeport permettra aux parents et enfants d'avoir un document unique les accompagnant dès la décision de prise en charge en unité de chirurgie ambulatoire et permettra de les suivre dès la consultation de chirurgie puis tout le long du parcours.

En cas d'arrivée tardive des intervenants et en accord avec le président du conseil de bloc opératoire, une procédure à suivre sera inscrite dans la charte de fonctionnement des blocs opératoires et le conseil de bloc sera informé.

« Un retard médical de plus de 30 minutes après appel de la régulation entraîne l'alerte du conseil de bloc ». Cette charte de fonctionnement est en cours de réactualisation par les cadres supérieurs de bloc et le président du conseil de bloc.

Ce choix n'a pas été immédiat et fait encore l'objet de polémique, certains secteurs ont un staff le matin pour présenter les urgences de la nuit. Les équipes intervenant en UCA doivent obligatoirement être libres pour démarrer le programme opératoire à 8 Heures.

➤ Dysfonctionnement n°4, l'enregistrement dans Gilda :

- Cette étape non négligeable du parcours patient est à transférer à un agent administratif comme cela est organisé dans les UCA visitées, un accueil secrétariat est le premier contact avec les patients, et seulement après cette étape, ils rejoignent la zone dite « préopératoire ».

Aujourd'hui, un agent administratif est en poste de 9H à 16H 30.

Entre 7H et 9H30, nous allons dédier une aide soignante à l'accueil et à la saisie informatique dans Gilda. À effectif constant, nous devons travailler sur un transfert de compétence et organiser une formation adaptée. Une fiche de poste a été élaborée. Une réorganisation des plannings des agents avec une arrivée échelonnée est à prévoir ainsi que l'organisation d'une salle d'attente et d'une zone d'accueil.

➤ Dysfonctionnement n°5, La visite pré-anesthésie :

- Tant que la structure sera dans une configuration d'éloignement entre le bloc opératoire et l'hospitalisation, ce dysfonctionnement ne peut être réglé actuellement.

➤ Dysfonctionnements : n°6, la visite post anesthésie ; n°7, le brancardage et n°8, les problèmes d'ascenseurs :

- Ces dysfonctionnements ont une cause commune et sont liés aussi à l'éloignement entre le bloc opératoire et l'hospitalisation.

Nous demandons l'intervention des services techniques pour l'obtention d'une clé prioritaire bloc opératoire/hospitalisation et une signalétique stipulant qu'un des ascenseurs est réservé au bloc opératoire.

Cette opération permettra de diminuer le temps des transferts entre l'hospitalisation et le bloc.

Cette proposition est en cours d'évaluation compte tenu de la vétusté des ascenseurs, les travaux à prévoir risquent d'engendrer des coûts importants.

3.2. La perspective :

À cette étape du projet, alors que nous proposons des axes d'améliorations une perspective est apparue :

Une réunion avec la direction des soins et le chef de pôle nous a appris que le scénario retenu par la Direction centrale de l'Assistance Publique dans le cadre de la restructuration était le suivant :

Une unité de chirurgie ambulatoire sur l'étage du bloc opératoire.

Pour ce faire, le service de maternité contigu au bloc opératoire doit déménager dans les nouveaux locaux (bâtiment Laennec) et des aménagements doivent être apportés comme la réunion d'une part, de deux salles de naissances et d'autre part, de la salle de réanimation et d'une salle de soins afin de créer une SSPI de 10 lits et deux salles de « pré-sortie »³⁰.

Le déménagement est prévu dans le premier trimestre 2013 si la date de remise des clés du nouveau bâtiment est maintenue. Ensuite, il faut prévoir 4 à 5 mois de travaux et de réaménagement.

Nous devons dès à présent travailler à l'organisation de cette nouvelle structure et repenser un parcours patient en tenant compte du travail que nous venons d'effectuer pour ne pas reproduire les dysfonctionnements de la structure actuelle.

³⁰ Annexe 9 : plan de la nouvelle structure

4. Les actions de progrès et les indicateurs de suivi

En tant que chef de projet, et à cette étape de proposition d'axes d'améliorations en vue de l'ouverture de la nouvelle structure, j'ai indiqué les actions attendues pour chaque acteur et précisé les indicateurs de suivi nous permettant d'évaluer l'action engagée. (cf. tableau ci- dessous). La mise en oeuvre de ces actions nécessite le soutien du chef de pôle et du coordonnateur de soins.

Acteurs	Actions	Objectifs Indicateurs de suivi
Chef de projet	- Organiser et répartir les missions de tous les acteurs : formaliser le nouveau parcours -Réactualisation charte de fonctionnement -Recensement des besoins et réattribution en personnel -Centralisation des données -Contrôle de gestion avec le suivi des indicateurs -Analyse des anomalies -Réunion de régulation et analyse des écarts -Suivi et intégration nouvelles activités	Organisation de la nouvelle structure Optimisation de la fluidité du parcours patient 100% activité prévue TROS/TVO ≥ 85% Patients satisfaits ≥ 90%

Acteurs	Actions	Indicateurs de suivi
Collaborateur : Cadre hospitalisation	-Réactualisation du parcours patient -Implication des équipes dans la mise en place du parcours patient dans la nouvelle structure -Organisation salle attente et secrétariat -Formation d'un agent à Gilda -Appel de la veille par IDE : rappel des consignes -Fluidité des arrivées -Procédure à suivre pour annulations, retards -Mise en place passeport UCA	-Patients satisfaits $\geq 90\%$ -Sortie des patients différées =0% (pas de transformation en chirurgie conventionnelle pour retard) -Patient descendant au bloc sans inscription dans GILDA=0% -Procédures écrites : 100% -Arrivée des patients en retard par rapport à l'heure prévue $\leq 10\%$
Collaborateur : Cadre IADE et SSPI	-Réactualisation parcours patient -Implication des équipes dans la mise en place du parcours patient dans la nouvelle structure et dans le respect des horaires -Recentrage écarts -Participation cellule régulation	-Patients satisfaits : 90% -Procédures écrites : 100% -Arrivée en retard du personnel : 0% -Participation à la cellule de régulation ou représentée : 100%

Acteurs	Actions	Indicateurs de suivi
Collaborateur : Cadre bloc	-Répartition des programmations opératoires -Validation des programmes -Relevés des anomalies -Recentrage des équipes et du transport des patients -Participation au contrôle de gestion et à la cellule de régulation -Réactualisation parcours patient -Implication des équipes dans la mise en place du parcours patient dans la nouvelle structure et au respect des horaires	-Patients satisfaits : 90% -Procédures écrites : 100% -Arrivée en retard du personnel : 0% -Participation à la cellule de régulation ou représentée : 100%
Médecin référent projet ambulatoire missionné par le chef de pôle	- Équilibrage des journées (sur et sous programmation) - Evaluation des durées opératoires (avec les chefs de services des différentes spécialités) - Réattribution des vacations en adéquation avec les besoins - Réunion régulation - Recadrage respect des horaires - Réactualisation parcours patient - Mobiliser les chirurgiens dans le choix de l'ambulatoire.	Respect du TROS/TVO ≥ 85%

Acteurs	Actions	Indicateurs de suivi
Secrétaire bloc opératoire	-Relevé des écarts entre programmé et réalisé -Répertorier les retards du personnel -Régulation des flux de patients -Information en temps réel auprès des cadres des annulations pour réorganisation journées opératoires	Anomalies et écarts relevés et transmis au cadre supérieur : 100%

Une rencontre avec la coordinatrice des soins et le chef de pôle a conforté notre idée qu'une réflexion profonde sur le choix du type d'hospitalisation est à mener au sein du pôle : «Hospitalisation conventionnelle versus ambulatoire ».

Pour le Professeur C.Vons,³¹ coordonnateur de la chirurgie ambulatoire de l'AP-HP : « À partir du moment où les actes sont maîtrisés et parfaitement standardisés sur le plan technique, que l'on est capable d'en gérer les risques et d'en maîtriser les suites (notamment la douleur post-opératoire), il est tout à fait possible de les réaliser en ambulatoire ». La communication autour du projet présentée par le groupe de travail lors de la réunion avec le chef de pôle et le coordinateur des soins ainsi qu'une présentation en conseil de pôle seront un des leviers de ce changement.

La chirurgie ambulatoire de hôpital Necker représente environ 22% de l'activité chirurgicale, elle doit atteindre 30% courant 2013.

Notre projet a évolué en cours de démarche comme cela était prévisible dans ce contexte où les périmètres n'étaient pas définis,

Pour pouvoir atteindre l'objectif en 2013 de 6000 interventions par an, nous devons recentrer nos actions sur la restructuration sur un même étage de la

³¹ Vons. C, Lettre DPC & Pratiques n° 60 –2011

chirurgie ambulatoire. L'ouverture de cette structure va entraîner des bouleversements et des mutations dans les pratiques professionnelles et demandera à chacun d'apprendre à s'adapter à ces changements. Le processus parcours patient est reproductible dans la future structure, nous apporterons les améliorations préconisées et les adapterons à la nouvelle organisation.

En optimisant la fluidité du parcours patient dans une nouvelle structure, nous allons changer les organisations de travail, en impliquant les équipes dès les premières réunions.

Conclusion

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un axe majeur du projet d'établissement de l'hôpital Necker qui s'inscrit pleinement dans les priorités nationales. Cette prise en charge inscrit le patient au centre de notre investissement en lui offrant un parcours efficient. Lors du troisième congrès international de chirurgie ambulatoire en 1996, Claude de la Thuwer résumait la philosophie originelle de ce mode de prise en charge par cette phrase : « L'organisation est au centre de la chirurgie ambulatoire et le patient est au centre de l'organisation ». Le développement de ce projet qui nous a permis d'évaluer le parcours patient doit nous permettre d'optimiser la prise en charge du patient depuis la programmation opératoire jusqu' à sa sortie de l'hôpital.

Cette démarche a permis de structurer de façon claire des solutions opérationnelles, elle a entraîné une mobilisation du groupe et l'envie collective de changement vers une meilleure qualité de notre travail.

Améliorer simultanément la qualité de la prise en charge des patients, l'efficience des organisations et les conditions de travail des professionnels au sein des hôpitaux, représentent les défis majeurs des années à venir.

Notre proposition de mise en route et d'organisation de la future structure répondra à ce défi et devra assurer le respect du rythme de croissance de l'activité tel que défini dans le projet initial.

« La réussite d'une UCA dépend de la qualité des soins qui y sont prodigués, mais aussi de la capacité de son encadrement à maîtriser un processus organisationnel complexe et à mobiliser le potentiel de développement existant au sein de l'établissement ».³²

Grâce à ce projet, nous avons réussi à introduire une culture UCA à l'hôpital Necker ; ce travail d'évaluation parcours patient nous a permis de décroisonner les services et de nous projeter dans une nouvelle organisation et dans un nouvel organigramme. La collaboration entre le coordonnateur médical, le médecin

³² Organisation de la chirurgie ambulatoire. Rapport final, MeaH. 2007

référent, les cadres et le cadre supérieur a généré un dialogue renforcé avec les praticiens de l'UCA. En effet, les efforts d'adaptation, de coordination et de discipline ne peuvent porter leurs fruits que s'il existe d'une part une fédération des intervenants de l'UCA autour d'une volonté de réussite et d'autre part un accompagnement de la direction.

L'ouverture de la nouvelle organisation est fixée au premier trimestre 2013, notre projet continue.

Sources et Bibliographie

Textes législatifs et normes :

- ✓ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- ✓ Décret n°92.1101 du 2.10.92 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712.2 du code de la santé publique.
- ✓ Décret n°92.1102 du 2.10.92 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
- ✓ Arrêté du 7.01.93 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D.712.31 CSP pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.
- ✓ Décret n°99.444 du 31.05.99 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire et modifiant le code de la santé publique.
- ✓ Arrêté du 31.05.99 portant application de l'article D.712.13.1 du code de la santé publique et relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou renouvellement d'autorisation de structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.
- ✓ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé aussi appelée loi Kouchner.
- ✓ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
- ✓ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité

sociale pour 2009.

- ✓ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- ✓ Norme AFNOR X50-105. Août 1991.

Rapports et référentiels :

- ✓ « Chirurgie ambulatoire, Outils d'aide au développement »
ANAP et HAS Note d'orientation .ANAP et HAS. 2011.
- ✓ Conférence de Consensus, « La chirurgie sans hospitalisation », Fondation de l'Avenir pour la recherche médicale appliquée. Paris 22, 23, 24 mars 1993.
- ✓ « Ensemble modernisons l'hôpital, nouvelles organisations et architectures hospitalières ». Ministère de la santé et des solidarités. 2006. P10
- ✓ « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ». Socle de connaissance. Rapport ANAP et HAS. Avril 2012.
- ✓ GIORDAN J, Président de l'AFCA, Organisation de la chirurgie ambulatoire. Développer l'activité, maîtriser les processus. Retours d'expériences 2007.
- ✓ HAS, Le chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité. 2004.
- ✓ HAS, Manuel de certification V2010 révisé 2011.
- ✓ HAS, Audit clinique, Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel, 2007.
- ✓ « Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques ».

Rapport final de la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalière.
François Engel, Ayden Tajahmady, Maxime Cauterman, 2007.

- ✓ « Temps perdu et temps utile au bloc opératoire ». Audit de la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalière. Hôpital Pellegrin (Bordeaux). Nathalie Boutier, Bruno Jarry. 2007.

Ouvrages :

- ✓ BOUTINET JP, Anthropologie du projet, 1991.
- ✓ SCHUHL F, La chirurgie ambulatoire, gestion, organisation, économie, 2000.

Mémoires :

- ✓ CAILLAVET-BACHELLEZ V, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. 2010.
- ✓ ROUX C, Projet de réorganisation de la chirurgie au centre hospitalier de Martigues avec mise en place d'une unité de chirurgie ambulatoire. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique. 2004.
- ✓ WASMER G, L'unité d chirurgie ambulatoire du CHU Bicêtre : Modèle à suivre ou expérimentation sans lendemain. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique. 2003.

Thèse :

- ✓ LAFOIX C, Le développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur privé non lucratif, un exemple des spécificités et des contraintes de la conduite du changement. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine. 2011.

Articles :

- ✓ FANTAN G, DUROU D, MERLE C. «Analyse et modélisation du parcours du patient». Logistique & management, numéro spécial, p113, 2004.
- ✓ SOURTY LEGUELLEC MJ, « la chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », Questions d'économie de la santé N°50, 2002.

Sites internet :

www.afca.fr

www.has-sante.fr

www.anap.fr

ANNEXE 1

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS GRUPE HOSPITALIER NECKER-ENFANTS MALADES	LETTRE DE MISSION PROJET MANAGERIAL	CODE PROJET Page :1
Commanditaire : Fabienne Marion, Directeur des soins Nom du Responsable du Projet : Nicole Maruani Mission du Responsable de Projet : « Optimisation de la fluidité du parcours patient en chirurgie ambulatoire » Description: - Contexte : Création d'une structure ambulatoire avec bloc opératoire dédié - Objectifs : Fluidifier le parcours patient Augmenter l'activité en améliorant la qualité de la prise en charge des patients. - Méthode : Création d'un groupe de travail multi professionnel Analyse de l'existant, audit réalisé sur le parcours patient Analyse descriptive des enquêtes de satisfaction Délégation de décision : - Validation de la méthode et de l'organisation du groupe de travail Moyens alloués : Humains : Groupe de travail avec comme référents les différents cadres intervenant le long du parcours patient et intervention de différents acteurs (IDE, IBODE, secrétaire), participation du référent de la cellule qualité de l'hôpital (validation de la méthodologie) Logistique : blue médi , mise à disposition d'une salle de réunion Modalités de reporting : une fois par mois réunion du groupe de travail, synthèse de la réunion envoyée par mail au commanditaire Durée : fin du projet avec rendu des axes d'amélioration et propositions d'organisation en mai 2012 Documents de référence : - Contrat de pôle - Charte de fonctionnement du bloc opératoire - Chemin clinique - Bilan d'activité - Benchmarking - Enquêtes de satisfaction des parents		
Date 24/11/2011 Signature du Commanditaire : HOPITAL NECKER-ENFANTS MALADES Fabienne MARION DIRECTEUR DES SOINS 01 44 49 51 38 		Date : Signature du Responsable de Projet

ANNEXE 2

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS	NOTE DE CADRAGE	CODE PROJET
	« Optimisation de la fluidité du parcours patient en chirurgie ambulatoire »	Page :
GROUPE HOSPITALIER NECKER-ENFANTS MALADES		
Chef de projet	Nicole Maruani	
Origine du projet	Création d'une nouvelle structure ambulatoire avec bloc opératoire dédié	
Périmètre du projet	Institutionnel : -le développement de la chirurgie ambulatoire est un projet institutionnel prioritaire Établissement : projet d'établissement -Poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire avec intégration de nouvelles activités (accueil de la chirurgie ambulatoire de l'hôpital Trousseau sur le site Necker) Pôle : restructuration de l'unité de chirurgie ambulatoire	
Objectifs primaires	Fluidifier le parcours patient Augmenter l'activité en améliorant la qualité de la prise en charge des patients	
Objectifs secondaires	Fédérer les équipes autour d'un projet	
Contraintes	Le périmètre du projet n'est pas complètement défini (adultes/enfants ou uniquement pédiatrique)	
Ressources documentaires	Contrat de pôle Charte de fonctionnement du bloc opératoire et de l'unité de chirurgie ambulatoire Parcours patient UCA Chemin clinique Bilan d'activité Benchmarking Enquêtes de satisfaction des parents	
Modalités de travail	Création d'un groupe de travail regroupant des professionnels des différentes étapes du parcours patient : hospitalisation, anesthésie, bloc opératoire	
Méthodologie	Bilan de l'existant : analyse des enquêtes de satisfaction des patients analyse des causes de reports et d'annulations de patients Audit : Identification et analyse des dysfonctionnements identifiés et des écarts entre le parcours patient optimal et le parcours réalisé Identification et analyse des écarts entre le programme prévisionnel et le programme réalisé	
Echéances – calendrier	-25 novembre 2011 : lettre de mission et note de cadrage -décembre : première réunion du groupe de travail / fin recherche bibliographique/analyse du bilan activité et des enquêtes de satisfaction -janvier/février : audit/recueil des données -mars/avril : analyse des données -mai : rendu des résultats/axes d'amélioration/rédaction mise en forme du rapport -1er juin : remise du document	

Résultats attendus Modalités d'évaluation	- Propositions d'axes d'amélioration et d'organisation qui favoriseront la prise en charge du patient dans la nouvelle structure - Atteinte de l'activité cible - Diminution des reports et des annulations de patients - Augmentation de la satisfaction aux réponses d'enquêtes
--	--

ANNEXE 3

Parcours patient en UCA Necker :

1		2	3	4	5				6
LAENNEC		SEVRES		SEVRES	SEVRES				SEVRES
inscription UCA	RDV de CA	CA validation UCA	Pré admission	Appel de confirmation pré opératoire	Intervention JO				Appel téléphonique du lendemain
csit de chirurgie	csit de chirurgie	csit de chirurgie si possible < à 1 mois avant l'intervention	Jour de la CA	J-1	Hospitalisation	Bloc	SSPI	SAR	J1
RDC: Stomato-maxillo-F Visc/ortho-Plastie Lecourbe: OPH	RDC consultations	RDC: Stomato-Maxillo-F Visc/ortho-Plastie Lecourbe: OPH	Stomato-maxillo-F/ORL Visc/ortho-Plastie/OPH	Toutes spécialités					
Chirurgien	coordinateur du parcours de soins	Anesthésiste	Agent des pré admissions AS de l'accueil	AS UCA	IDE/AS	Chirurgien	Anesthésiste	IDE	IDE
IPOP	AGENDA		GILDA - GESLITS	tél - mail - texto	GILDA			AGENDA - BLUE MEDI	BLUE MEDI
demande d'intervention		validation de la DI	recommandations pré op et post op	confirmation de l'UCA	validation pré admission	fiche de suivi d'intervention	CRA	visite post op anesthésique et signature de sortie	
autorisation d'opérer		autorisation d'opérer signée des 2 parents			préparation à l'intervention	CRO	signature de sortie	visite post op chirurgicale et signature de sortie	
prescription de l'antiseptique		remise de la fiche de jeûne				codage		recommandations ordonnances RDV post op CAT si urgences	
remise du PASS UCA								remise du questionnaire de satisfaction	

ANNEXE 4

Date de création : Lundi 10 octobre 2011

Statistiques de «Questionnaire de satisfaction - Unité de Chirurgie ambulatoire»

CES STATISTIQUES PORTENT SUR 619 ENREGISTREMENT(S)

Mode de calcul :

nb correspond au nombre d'enregistrements concernés par l'item

%1 correspond à nb, par rapport à la somme des nb du champ

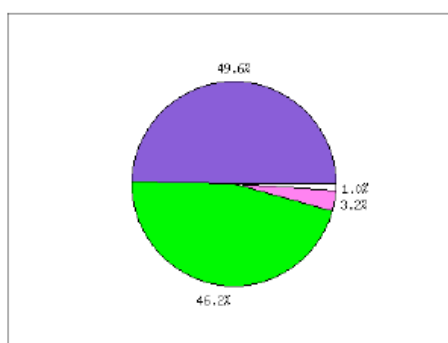
%2 correspond à nb, par rapport au nombre total d'enregistrements

total correspond à la somme des valeurs d'une colonne

les graphiques de statistique (camembert ou histogramme) reprennent le %1

les comparaisons ne sont possibles qu'avec les histogrammes

Informations données par l'anesthésiste à la consultation			
Items	nb	%1	%2
Très satisfait	293	49.58 %	47.33 %
Satisfait	273	46.19 %	44.1 %
Peu satisfait	19	3.21 %	3.07 %
Insatisfait	6	1.02 %	0.97 %
total	591	100 %	-
nombre d'enregistrements concernés		591 / 619 : 95.48 %	



ANNEXE 5

CRISTALNET - Microsoft Internet Explorer fourni par Accès internet autorisé

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Précédente Recherche

Adresse http://cnet-gnck.bbs.aphp.fr/CNET_CNP1NCK/NOYAU/main.asp OK Liens »

UM de travail : BLOC HAMBURGER Bloc de travail : BLOC-HAMBURGER

IPOP Suivi et planification

Recherche

Planning des interventions

Semaine : Lundi 21 Mai 2012 au Vendredi 25 Mai 2012 Régulariser Planifier une intervention Programme opératoire

☒ Classement par salle

Salle 1 (HAMBURGER) Salle 2 (HAMBURGER) Salle 3 (César) Salle 4 (HAMBURGER) Salle 5 (HAMBURGER) Salle 6 (HAMBURGER) Salle 6 BIS (HAMBURGER) Toutes les salles

<< Période précédente Période suivante >>

Début	Patient	Intervention	Durée	Détail
Lundi 21/05/2012				
Salle 1 (HAMBURGER) (salle partagée) - Ouverture à 12:40 - Fermeture à 17:33 Temps restant : 5h58				
12:40	BOCCARD Sophie 21/10/1963	URO - Autre Intervention : Pose de site implantable	2h17	C: LEFEVRE JACQUES / AG/ Décubitus dorsal/ Cutanée/ Classe 1 - Propre/ Veille/ SSPI/
16:15	PEUCH Danielle 14/04/1944	HEMATO-AD - Intervention : ABLATION KT	1h18	C: JOUFFROY ROMAIN O: PETRESOLDAN A: JABEUR HAITHEM / AG/ Classe 1 - Propre/ Veille/ SSPI/
Salle 2 (HAMBURGER) (salle partagée) - Ouverture à 08:10 - Fermeture à 15:52 Temps restant : 2h58				
08:10	AUBERT Colombe 05/10/2007	ORL - Amygdalectomie et adénoïdectomie	57	C: DE GAUDEMAR ISABELLE / AG/ Décubitus dorsal/ Endobuccale/ 1/ Classe 1 - Propre/ Ambulatoire 07:00/ SSPI/ 2- réalisée le 15/ 05/ 2012 / CA fait pr dr telon/ 815/ 12/ 18 kg/ uca sevrés 7/
09:19	COURSOL Killian 28/09/2008	ORL - Pose d'aérateur(s) transtympanique(s) et adénoïdectomie	34	C: DE GAUDEMAR ISABELLE / AG/ Décubitus dorsal/ Endobuccale/ 1/ Classe 1 - Propre/ Ambulatoire 07:00/ SSPI/ 2- réalisée le 15/ 05/ 2012 / CA fait pr dr telon/ 1386/ 10/ 16,5kg/ uca sevrés 7/
10:00	LAMBERTY James 10/01/2006	ORL - Amygdalectomie et adénoïdectomie	42	C: MANACH YVES / AG/ Décubitus dorsal/ Endobuccale/ Classe 1 - Propre/ Ambulatoire 07:30/ SSPI/ 2- réalisée le 16/ 05/ 2012 / 1603/ 12/ 871- HDS - SEVRES 7 spj+1/
10:54	VELOUMANA Johann 14/11/2001	ORL - Pose d'aérateur(s) transtympanique(s) gauche	18	C: MANACH YVES / AG/ Décubitus dorsal/ 2/ Classe 1 - Propre/ Ambulatoire 07:30/ SSPI/ 2- réalisée le 09/ 05/ 2012 / CA fait pr dr ortego/ 6388/ 10/ 26 kg 10 ans et demi/ 345-UCA - sevrés 7/
...	FRUCHART I aina	ORL - Pose d'aérateur(s) transtympanique(s) et		C: MANACH YVES / AG/ Décubitus dorsal/ Endobuccale/ 1/ Classe 1 -

Supprimer Interrompre Modifier Reporter Imprimer

Terminé Zone inconnue [Mixte]

Démarrer Boîte de réception - Micro... CRISTALNET - Micro...

ANNEXE 6

Gille d'audit :

PATIENT N° : _____ HEURE PRÉVUE DE PASSAGE AU BLOC : _____
AUDIT PARCOURS PATIENT UCA

		CRITÈRES		NON	N/A	QUI	HORAIRE	COMMENTAIRE
J-1 14H	1	VALIDATION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE				S		
	2	APPEL DELA VEILLE				IDE		
J 0		ACCUEIL EN UCA À HEURE PRÉVUE				AS IDE		
	3	ACCOMPAGNEMENT CHAMBRE				AS IDE		
	4	VERIFICATION IDENTITÉ				IDE		
	5	POSE DU BRACELET				IDE		
	6	ENREGISTREMENT GILDA				IDE		
	7	VISITE PRÉANESTHÉSIE				A		
PREO P	8	VERIFICATIONS PRE OP (dossier, autorisation opérer, jeûne, préparation cutanée)				IDE		
	9	PREPARATION POUR INTERVENTION				IDE		
		(habillage, charlotte, dossier complet)						

	10	BRANCARDAGE (brancard ou berceau)				B		
		(Attente ascenseur)						
	11	ARRIVEE BLOC heure arrivée				B		
		(accueil)				AS/S		
	12	VERIFICATIONS				IBODE		
	13	(identité, côté opérer, intervention, dossier complet, autorisation opérer conforme, respect du jeûne)				A IADE		
PERO P	14	ARRIVEE EN SALLE D'OP HEURE						
	15	DÉPART SALLE D'OP HEURE ARRIVÉE SSPI				A/AS IDE		
POST OP	16	DEPART SSPI HEURE (attente brancardier) temps				B		
	17	ARRIVÉE 7EME HEURE				B		
	18	INSTALLATION				IDE		
	19	PRESENCE DU DOSSIER				IDE		
	20	VISITE POST OP CHIRURGIEN				C		
	21	VISITE POST OP ANESTHESISTE				A		
	22	DÉPART HEURE				IDE A		

ANNEXE 7

Guide d'utilisation de la grille d'audit

Champ d'application

le parcours patient en UCA de la validation du programme opératoire la veille à la sortie en per opératoire

Critères d'inclusion

les patients dont en HDJ dont la programmation a été validée la veille et pour lesquels les parents ont répondu à l'appel de la veille

Types de l'étude

L'audit organisationnel prospectif

Les informations sont recueillies à partir : de l'observation du parcours patient

Par qui

Les cadres impliqués dans le parcours patient

Taille de l'échantillon

30 parcours patient

Période d'évaluation

sur une période d'un mois et au plus 5 patients par jour

Guide d'utilisation de la grille de recueil des données

ABRÉVIATIONS

A	anesthésiste
C	chirurgien
IDE	infirmier diplômé d'état
AS	aide soignant
IBODE	infirmier de bloc opératoire diplômé d'état
IADE	infirmier anesthésiste diplômé d'état
B	brancardier

CRITÈRES

AUDITION

Déroulement

La veille

5 patients sont choisis de façon aléatoire par le cadre d'hospitalisation

La secrétaire du bloc valide le programme la veille avec la secrétaire d'hospitalisation

Les 5 patients sont choisis

Appel de la veille par ide

Envoi par mail des noms confirmés aux cadres de bloc et sspi

La journée ambulatoire

Démarrage de l'audit par le cadre de l'uca à l'arrivée du premier patient (7h)

Relais à l'arrivée au bloc opératoire au cadre du bloc, puis au cadre de sspi et dernier relais au cadre d'hospitalisation

Chaque étape est sous la responsabilité d'un cadre du groupede travail mais peut être déléguée à des personnels identifiés,

Impliqués et formés à l'audit

Le jour de l'audit : nous devons être joignables par téléphone sans fil ou portable

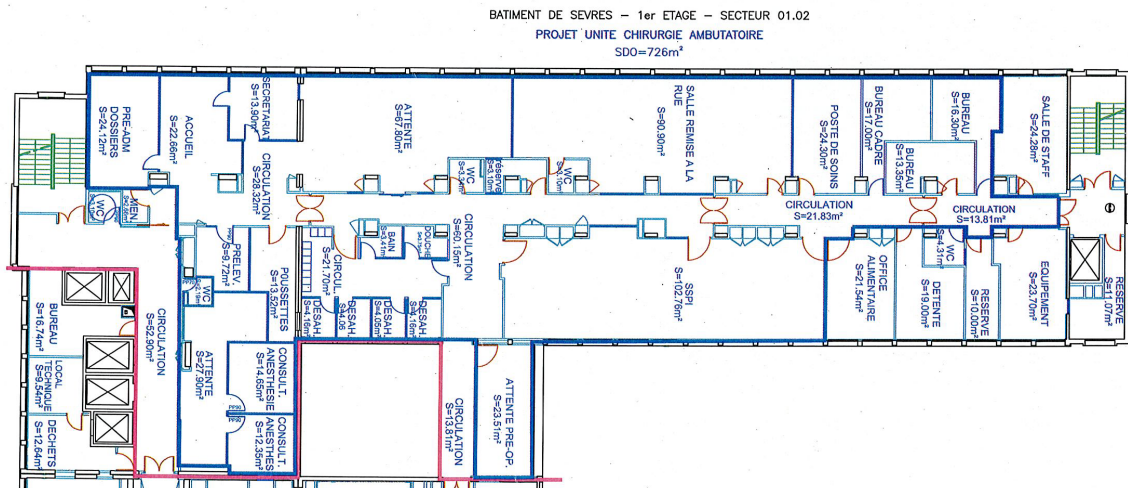
En fin de journée après le départ du dernier patient ou

Au plus tard le lendemain matin, un mini staff permet d'identier les problèmes rencontrés et de confirmer les suivis.

ANNEXE 8

Items		commentaires
Validation du programme opératoire Entre secrétaire bloc et hospitalisation	33/33	100%
Appel de la veille entre IDE et parents Ou tuteurs	33/33	100% 1 enfant arrive non douché 1 autorisation d'opérer non évoquée par chirurgien 1 patient malade (39°), anesthésiste contacté demande aux parents d'amener leur enfant
Accueil UCA (heure prévue)	27/33	82% 6 patients arrivent en retard dont un avec plus d'une heure de retard = bouleversement du programme opératoire
Accompagnement dans la chambre par Un soignant	33/33	100%
Vérification identité	33/33	100%
Pose du bracelet identité	33/33	100%
Enregistrement dans GILDA	25/33	76% Conséquences : impossibilité de Codage en temps réel et patient Opéré quand non admis
Visite de l'anesthésiste en pré Opératoire		27% Les premiers patients sont vus par certains anesthésistes excepté si les parents sont en retard et pour des problèmes structurels les patients arrivant en décalé ne sont pas vus avant l'arrivée au bloc sauf si problème sept-33 particulier
Vérification préopératoire (dossier, présence autorisation opérer signée par les parents, respect du jeûne et préparation cutanée)	33/33	100%
Préparation pour intervention Habillage, charlotte, bracelet, dossier	33/33	100%
Arrivée brancardage par rapport à l'heure demandée	23/30	77% 7 retards de brancardage
Arrivée bloc par rapport à l'heure prévue heure	21/30	70% 7 patients sont arrivés en retard par rapport à l'heure prévue : 5 pour retard de brancardage - 2 pour arrivée tardive en UCA 1 patient a attendu 2 heures en salle d'attente et 1 autre a attendu 1H
Accueil et Vérifications : identité, côté à opérer Intervention, autorisation opérer, Respect jeûne, dossier complet	29/30	97% Le premier parcours audité a montré une défaillance à ce niveau du processus. La procédure d'accueil a été remise à jour immédiatement
Respect heure d'arrivée dans la salle d'opération		40% 18 patients sont admis en salle d'opération avec un retard par rapport à l'heure prévue (entre 10 mn et 2H) déc-30 4 patients sont admis en avance 3 ont été annulés en préopératoire
Départ en SSPI	30/30	100% 30 patients accueillis en SSPI
Attente pour le départ vers le 7 ^{ème} étage	27/30	90% 3 patients ont attendus entre 30mn et 40 mn le brancardier
Installation avec IDE	29/30	97% 1 patient installé par AS
Présence du dossier médical	28/30	93% 2 dossiers ne sont pas remontés en même temps que le patient 1 est resté en SSPI 1 a été gardé par l'interne OPH
Visite post opératoire du chirurgien	30/30	100% Chaque patient a reçu la visite d'un chirurgien
Visite post opératoire anesthésiste	25/30	83% 5 patients sont sortis sans avoir été vus par l'anesthésiste en post opératoire.
Départ	30/30	100% Les 30 patients sont sortis le soir même : aucune transformation en chirurgie conventionnelle

ANNEXE 9



	RESUME D'AUTEUR MTMOS@11-12	
---	--	---

<u>TITRE DU TRAVAIL</u> « ÉVALUATION DU PARCOURS PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE »
--

<u>AUTEUR</u> Nicole MARUANI

<u>METHODOLOGIE</u> Conduite de projet avec mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire, bilan de l'existant, réalisation d'un audit, suivi des outils de pilotage de l'activité, analyse des dysfonctionnements et proposition d'améliorations pour fluidifier le parcours patient.

<u>MOTS CLES</u> Chirurgie ambulatoire pédiatrique - restructuration - augmentation de l'activité - évaluation - parcours patient – flux - démarche projet	<u>KEY WORDS</u> Pediatric day surgery - restructuring - increased activity - assessment - patient pathway - flow - project approach
---	---

<u>RÉSUMÉ</u> Dans le contexte actuel d'économie de la santé, la chirurgie ambulatoire semble être une alternative à la chirurgie conventionnelle. L'hôpital Necker est en pleine restructuration, avec l'ouverture d'un pôle mère enfant et l'arrivée de l'activité orl et maxillo-faciale de l'hôpital Trousseau. La chirurgie ambulatoire pédiatrique, dont l'activité est aujourd'hui de 2500 patients, est réalisée dans un bloc opératoire non dédié à vocation initiale adulte. Dans une première phase, l'activité cible à atteindre sera 6000 patients. Le projet managérial que je pilote est l'évaluation du parcours patient en unité de chirurgie ambulatoire. Les objectifs sont d'optimiser le parcours patient pour pouvoir augmenter l'activité en améliorant la qualité de la prise en charge des patients et de fédérer l'équipe de cadres autour d'un projet commun dans une démarche continue d'amélioration de la prise en charge des patients. Ce projet commandité par la direction des soins peut modifier les organisations, certaines étapes du mode de prise en charge des patients et de leurs parents mais trouvera ses limites : le projet architectural non négociable actuellement compte tenu des travaux importants entrepris pour la nouvelle structure. <u>ABSTRACT</u> In the present health care financial climate, ambulatory surgery seems to be an alternative to conventional surgery. Necker Hospital is in the middle of restructuring, with the opening of mother-child department and the arrival of ENT (Ear-Nose-Throat) and Maxillofacial activities from Trousseau Hospital. The pediatric day surgery, whose current activity represents 2500 patients, is carried out in an operating block initially intended for adults. In a first phase, the target to reach will be 6000 patients. The managerial project that I run, concerns the assessment of patient pathway in the pediatric day surgery unit. The objectives are to optimize patient flow in order to increase activity while improving the quality of patient care and to gather the management team around a common project in order to continue improving patient care. This project ordered by the hospital board can modify the organization of certain steps of the process, but will be limited by the architectural project given the major construction work currently in progress.
--