

2016

**Formations
et compétences
des acteurs
de la chirurgie
ambulatoire**

Sommaire

Résumé	3
Synthèse	4
Introduction	7
I. Chirurgie ambulatoire et formation	9
1. Recherche documentaire.....	9
1.1. Méthodologie	9
1.2. Résultats	10
2. Enquête	17
2.1. Méthodologie	17
2.2. Résultats	18
II- Chirurgie ambulatoire et compétences	25
1. Méthodologie	25
2. Parcours de soins, activités et compétences	26
Conclusion et perspectives	47
Sigles	48
Bibliographie	49
Groupes de travail et de lecture	52
Groupe de travail	52
Groupe de lecture	53

Résumé

La chirurgie ambulatoire figure parmi les transformations majeures d'offre et d'organisation des soins de ces dernières années. Elle est la résultante des évolutions techniques et des connaissances, tant dans les domaines chirurgicaux, anesthésiques, de soins, qu'organisationnels. Elle progresse aussi sous l'effet de l'implication des usagers dans leur parcours de soins et plus largement de l'organisation du système de santé.

L'expansion des activités de chirurgie ambulatoire renforce la nécessité de mieux identifier les compétences nécessaires pour chaque acteur impliqué directement ou indirectement tout au long du parcours de soins ; puis de proposer des formations initiales et/ou continues afin de les acquérir, de les maintenir et de les développer.

Le travail réalisé par l'ARS Ile-de-France fait, d'une part, un état des lieux de ce qui se fait actuellement en matière de formation initiale et continue (public concerné, contenus, modalités pédagogiques), en s'appuyant sur une recherche documentaire et une enquête, et identifie, d'autre part, les compétences individuelles et collectives spécifiques nécessaires à la pratique de la chirurgie ambulatoire.

La recherche documentaire et l'enquête montrent que des formations existent. Toutefois, elles ne sont pas proposées dans tous les milieux, les modalités pédagogiques sont variables et tous les acteurs ne sont pas impliqués. Il semblerait que les métiers paramédicaux soient davantage engagés dans les formations. Ces dernières, dispensées à chacun des métiers, permettent plutôt l'acquisition de compétences individuelles.

La déclinaison des activités, à différentes étapes du parcours, et les capacités nécessaires à leur réalisation, fournissent les éléments indispensables aux opérateurs de la formation (instituts, organismes, établissements de santé...) pour proposer des programmes adéquats.

Pour aller plus loin, l'identification des compétences et l'élaboration de programmes de formation adaptés nécessitent aussi de disposer de connaissances et de mieux documenter ces modalités de prise en charge.

L'acquisition de compétences, qu'elles soient individuelles ou collectives, s'inscrit dans des temps longs, durant lesquels il y a des phases d'acceptation de modification des pratiques, de mises en œuvre et d'évaluations pour leur amélioration.

Mots clés : chirurgie ambulatoire, compétences, formation, parcours de soins

Le document concerne, pour l'essentiel, les compétences des principaux acteurs intervenant dans le parcours de soins relatif à la chirurgie ambulatoire.

Synthèse

La chirurgie ambulatoire figure parmi les transformations majeures d'offre et d'organisation des soins de ces dernières années. Elle est la résultante des évolutions techniques et des connaissances, tant dans les domaines chirurgicaux, anesthésiques, de soins, qu'organisationnels. Elle progresse aussi sous l'effet de l'implication des usagers dans leur parcours de soins et plus largement de l'organisation du système de santé. Les avancées liées à la chirurgie ambulatoire bénéficient par ailleurs aux prises en charge en chirurgie dite « conventionnelle ».

Les incitations au développement de la chirurgie ambulatoire sont motivées par l'intérêt pour les patients et pour le système de santé. La chirurgie ambulatoire est l'une des composantes du « virage ambulatoire » qui vise notamment à dissocier le besoin de soins de celui de l'hébergement, à limiter les hospitalisations et à développer les soins en ville. Elle fait l'objet de politiques publiques et de recommandations de bonnes pratiques.

Entre 2007 et 2013, le taux de chirurgie ambulatoire en France est passé de 32 % à 42,7 % (Bert et al. 2014). Le ministère de la santé fixe un taux global national de 66,2 % à atteindre pour 2020. Les perspectives pour la région Ile-de-France sont de parvenir à un taux cible de 50 % d'activité en chirurgie ambulatoire à l'horizon 2016 et près de 68 % en 2020. L'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France a pour objectif de renforcer sa mobilisation en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire pour atteindre ces résultats.

La notion de chirurgie ambulatoire est précisée dans le Code de santé publique (CSP) (Article D6124-301-1) : « [...] Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge ».

L'expansion des activités de chirurgie ambulatoire renforce la nécessité de mieux identifier les compétences nécessaires pour chaque acteur, tout au long du parcours de soins du patient, que ce soit pour se prendre en charge, réaliser des soins ou organiser le parcours (ex. patients, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers hospitaliers et libéraux, cadres de santé, directeurs, etc.).

La formation initiale et continue est un moyen d'acquisition, de maintien et de développement des compétences individuelles et collectives.

L'objectif du travail réalisé par l'ARS Ile-de-France est d'identifier les compétences, individuelles - métier - et collectives, spécifiques aux principaux acteurs impliqués dans le parcours des patients bénéficiant d'une intervention réalisée en chirurgie ambulatoire. La formalisation des compétences est une étape indispensable pour définir les programmes et/ou modalités de formation qui seront dispensés par différents opérateurs (universités, instituts de formation, organismes de formation, etc.) ou encore organiser des parcours d'apprentissage.

Le travail a été réalisé par un groupe *ad hoc* issu de l'Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire (ORCA) installé par l'ARS Ile-de-France en 2015, en trois phases. Les deux premières phases, successivement une recherche documentaire et une enquête, destinées à établir un état des lieux de l'existant en matière de formation initiale et continue, ont permis de préciser notamment les acteurs concernés et les contenus particulièrement investis. La troisième phase consiste à identifier les compétences nécessaires à la pratique de la chirurgie ambulatoire et à la gestion des parcours de soins.

Les documents collectés sont de natures différentes : articles, ouvrages, rapports, textes réglementaires, recommandations, guides pratiques,

programmes de formation... L'analyse du contenu des documents permet de préciser les caractéristiques de la chirurgie ambulatoire, d'identifier les orientations des pouvoirs publics, d'identifier les propositions de formation en termes de public concerné, de contenus, de modalités pédagogiques. Les principaux constats issus de la recherche documentaire sont pour :

- la formation initiale :
 - les publics formés : les étudiants en médecine et les étudiants paramédicaux,
 - les contenus dispensés : le parcours-patient et son organisation en chirurgie ambulatoire,
- la formation continue :
 - les publics visés représentent l'ensemble des acteurs concernés directement ou indirectement par la chirurgie ambulatoire,
 - les contenus dispensés sont les généralités, la réglementation et l'organisation.

L'enquête, réalisée au moyen d'un questionnaire en ligne en juin 2015, a pour but de faire un état des lieux des offres de formation dans les cursus initiaux et/ou continus des professionnels impliqués dans le parcours de soins relatif à la chirurgie ambulatoire. Elle complète les données issues de la recherche documentaire. Les résultats de l'enquête font apparaître les constats suivants pour :

- la formation initiale :
 - les structures sont les instituts de formation initiale des professionnels paramédicaux,
 - les publics formés sont les étudiants en formation paramédicale,
 - les thèmes d'enseignement sont l'organisation des soins et la coordination des acteurs,
 - les modalités pédagogiques sont les apports théoriques et les stages,
- la formation continue :
 - les structures sont les établissements de soins publics et privés,
 - les publics formés sont les infirmiers (généralistes et spécialisés), les cadres de santé, les aides-soignants, les secrétaires médicales,
 - les thèmes d'enseignement sont l'organisation des soins et l'organisation du parcours-patient,
 - les modalités pédagogiques sont les apports théoriques et les congrès.

L'enquête montre également que les formations portent principalement sur des aspects techniques et organisationnels. Les aspects management et gestion (ex. économique, tarification, etc.) sont peu évoqués.

Les informations issues de la recherche documentaire et de l'enquête montrent que des formations existent. Toutefois, elles ne sont pas proposées dans tous les milieux ; les modalités pédagogiques sont variables et tous les acteurs ne sont pas impliqués. Il semble que les professions paramédicales soient davantage investies, tant dans les formations initiales que continues. Il n'a pas été identifié d'actions spécifiques de formation pour les patients, leur entourage et/ou les usagers.

D'après les résultats observés, il semble également que les formations sont généralement dispensées à chacun des métiers, permettant plutôt l'acquisition de compétences individuelles. Il est encore peu proposé de formations pluriprofessionnelles et interdisciplinaires permettant l'acquisition de compétences collectives.

Chaque étape du parcours sert de point de repère pour déterminer les compétences individuelles et partagées. Le parcours est défini selon la boucle ville-établissement de santé-ville.

La déclinaison des activités aux différentes étapes du parcours et des personnes impliquées à des degrés divers permettent d'identifier les missions et les rôles puis les compétences nécessaires à leur réalisation et *in fine* des formations adaptées à leur acquisition.

Le rôle et les missions des différents acteurs sont variables. Par exemple, selon les cas, certains interviennent directement dans l'intervention chirurgicale et les soins afférents (patient, chirurgien, anesthésiste, infirmier, etc.), d'autres sont davantage impliqués dans l'organisation du chemin clinique (cadre de santé), d'autres encore ont la responsabilité de l'organisation du parcours de soins (directeur, directeur des soins). Les capacités sont identifiées dans les domaines techniques, de collaboration avec les autres acteurs et d'organisation. Chacun des acteurs est concerné par la qualité de la prestation et par la gestion des risques.

Au-delà des capacités que chaque acteur doit acquérir, la chirurgie ambulatoire impose de mettre en œuvre des compétences collectives. Ce qui apparaît comme particulier dans ce contexte de soins c'est la capacité d'anticipation, de collaboration étroite et fluide pour bien préparer l'intervention, assurer les activités lors de l'hospitalisation dans le temps imparti, organiser une continuité des soins efficace et faire preuve de réactivité pour la gestion d'évènements indésirables et/ou imprévus.

Les compétences relevant d'un processus dynamique nécessitent une adaptabilité et des ajustements permanents. Elles peuvent être acquises par de multiples modalités pédagogiques adaptées en fonction des objectifs et des publics ciblés. Il convient d'attirer l'attention sur la nécessité d'envisager des modalités pédagogiques permettant la participation conjointe de tous les acteurs concernés, particulièrement pour consolider le travail d'équipe et développer des compétences collectives.

Aux acteurs mentionnés dans ce travail, il pourrait être ajouté, par exemple, des acteurs de la recherche susceptibles d'apporter des connaissances relatives aux différents aspects liés à la chirurgie ambulatoire, des sociétés savantes susceptibles de formaliser et diffuser des recommandations de bonnes pratiques, les évolutions à venir, des spécialistes de l'organisation et du management pour faire évoluer les pratiques cohérentes avec les logiques induites par les prises en charge ambulatoires. Les organismes de tutelle pourraient aider à définir les stratégies de déploiement de la chirurgie ambulatoire et d'organisations territoriales.

La formation est un moyen au service des compétences. Elle peut être évaluée en elle-même (ex. nombre de personnes formées, catégories de personnes ayant effectivement bénéficié d'une formation...) mais aussi en tant que contribution aux résultats escomptés et obtenus par ce mode de prise en charge (ex. évènements indésirables, satisfaction des acteurs, résultats économiques, etc.).

Introduction

La chirurgie ambulatoire figure parmi les transformations majeures d'offre et d'organisation des soins de ces dernières années. Elle est la résultante des évolutions techniques et des connaissances, tant dans les domaines chirurgicaux, anesthésiques, de soins, qu'organisationnels. Elle progresse aussi sous l'effet de l'implication des usagers dans leur parcours de soins et plus largement de l'organisation du système de santé. Les avancées permises par la chirurgie ambulatoire bénéficient par ailleurs aux prises en charge en chirurgie dite « conventionnelle ».

Les incitations au développement de la chirurgie ambulatoire sont motivées par l'intérêt pour les patients et pour le système de santé. La chirurgie ambulatoire est l'une des composantes du « virage ambulatoire » qui vise notamment à limiter les hospitalisations et à développer les soins en ville. Elle fait l'objet de politiques publiques et de recommandations de bonnes pratiques.

Aujourd'hui en France, plus de quatre interventions chirurgicales sur dix sont réalisées en ambulatoire et cette proportion peut dépasser huit interventions sur dix pour certains gestes (ex. intervention de la cataracte). Si la France affiche un retard par rapport à ses voisins, notamment d'Europe du nord, de plus en plus d'établissements s'engagent à développer significativement cette activité. Il est considéré qu'étant une « pratique centrée sur le patient, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge »¹. De plus, « il a été prouvé que la chirurgie ambulatoire est bénéfique pour les patients et qu'elle constitue un véritable levier pour contribuer à la diminution des dépenses de santé » (Michon, 2015).

Entre 2007 et 2013, le taux de chirurgie ambulatoire en France est passé de 32 % à 42,7 %, soit une progression moyenne de 1,7 point par an (Bert et al., 2014). L'instruction de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 28 septembre 2015, relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, fixe un taux global national de 66,2 % à atteindre pour 2020 avec une progression de 2,2 points annuels entre 2015 et 2016, puis de 2,7 points d'ici 2020. Ces nouvelles données, plus ambitieuses que ne le préconisait le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2014, reflètent l'intensification du virage ambulatoire, axe fort de la stratégie nationale de santé et du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Outre l'intérêt pour l'amélioration des soins, les estimations des économies escomptées s'élèvent à 600 millions d'euros.

Les perspectives pour la région Ile-de-France sont d'atteindre un taux cible de 50 % d'activité en chirurgie ambulatoire à l'horizon 2016 et près de 68 % en 2020. L'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France a pour objectif de renforcer sa mobilisation en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire pour atteindre ces résultats².

La notion de chirurgie ambulatoire est précisée dans le Code de santé publique (CSP) (Article D6124-301-1) : « [...] Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge d'une durée inférieure ou

¹ Circulaire DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.

² Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge ».

La Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (2012), définissent la chirurgie ambulatoire comme étant « des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, le retour à domicile du patient le jour même de son intervention. »

La chirurgie ambulatoire impose des modalités d'organisation différentes de celles de la chirurgie dite « conventionnelle » et de nouvelles exigences d'accompagnement de la personne au sein de son parcours de soins. Elle nécessite également une prise en charge opératoire innovante et peut favoriser le recours à des techniques interventionnelles, des modalités sédatives et analgésiques spécifiques. Pour l'ensemble du personnel médical, paramédical et administratif, la chirurgie ambulatoire exige de passer de la maîtrise individuelle d'un geste, à la maîtrise d'un processus collectif interdisciplinaire global à flux tendus, avec les contraintes temporelles devenant la référence organisationnelle pour tous les intervenants. Le modèle hospitalier par spécialités et fondé sur de l'hébergement se modifie pour se transformer en unités techniques pluridisciplinaires et coordonnées, au service de parcours-patients formalisés. Il s'agit « d'adapter des mentalités et des pratiques pour aboutir à une véritable culture ambulatoire » (Triboulet, 2010).

La pratique de la chirurgie ambulatoire impose d'acquérir et de développer des compétences professionnelles pour tous les acteurs impliqués dans cette activité, tout au long du parcours de soins du patient. L'expansion des activités de chirurgie ambulatoire renforce la nécessité de mieux identifier les compétences nécessaires pour chaque acteur, que ce soit pour se prendre en charge, réaliser des soins ou organiser le parcours (ex. patient, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers hospitaliers et libéraux, cadres de santé, directeurs, etc.). L'évolution des compétences et des pratiques peut conduire également au développement de nouvelles fonctions, voire de nouveaux métiers.

La formation initiale et continue est à la fois un moyen d'acquisition, de maintien et de développement des compétences individuelles et collectives et un des leviers de promotion et d'instauration de pratiques de chirurgie ambulatoire.

L'objectif de ce travail est d'identifier les compétences, individuelles - métier - et collectives, spécifiques aux activités des principaux acteurs impliqués dans le parcours des patients « ambulatoires » bénéficiant d'une intervention chirurgicale. La formalisation des compétences est une étape indispensable pour définir les programmes et/ou modalités de formation qui seront dispensés par différents opérateurs (universités, instituts de formation, organismes de formation, établissements de santé, etc.) ou encore d'organiser des parcours d'apprentissage.

Le travail a été réalisé par un groupe *ad hoc* issu de l'Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire (ORCA) installé par l'ARS Ile-de-France en 2015, en trois phases. Les deux premières phases, successivement une recherche documentaire et une enquête, sont destinées à établir un état des lieux de l'existant en matière de formation initiale et continue. Elles ont permis de préciser notamment les acteurs concernés et les contenus de formation particulièrement investis. Elles sont présentées dans la première partie du document. La troisième phase, décrite dans la seconde partie, consiste à identifier les compétences nécessaires à la pratique de la chirurgie ambulatoire et à la gestion des parcours de soins permettant ultérieurement de proposer des formations.

I. Chirurgie ambulatoire et formation

L'essor et le déploiement de la chirurgie ambulatoire ont nécessité de formaliser des formations afin de préparer les professionnels à ce mode d'offre de soins ou de développer leurs compétences.

Les contenus et les modalités de formations peuvent prendre des formes différentes selon qu'ils sont proposés en formation initiale et/ou continue. L'identification des formations préconisées et/ou proposées par les pouvoirs publics, les établissements de santé et/ou différents organismes de formation, permet de faire un état des lieux de l'existant. Ce dernier a été réalisé selon deux démarches : une recherche documentaire et une enquête par questionnaire.

1. Recherche documentaire

Les objectifs de la recherche documentaire sont de recenser les éléments relatifs à la formation à la chirurgie ambulatoire disponibles et de les analyser en termes de compétences et de contenus.

1.1. Méthodologie

La recension des écrits a été réalisée en consultant des bases de données : BDSP, Cairn, CISMef, Google scholar, PubMed, les textes législatifs et réglementaires et des sites Internet (cf. bibliographie).

Les documents collectés sont de nature différente : articles, ouvrages, rapports, textes réglementaires, recommandations, guides pratiques, programmes de formation...

L'analyse du contenu des documents a permis :

- de préciser les caractéristiques de la chirurgie ambulatoire,
- d'identifier les orientations des pouvoirs publics en matière de formation,
- d'identifier les propositions de formation en termes de publics concernés, de contenus, de modalités pédagogiques.

Les publics sont répartis en catégories médicale, paramédicale et administrative. Les contenus des formations proposés sont classés selon les thématiques suivantes :

- généralités sur la chirurgie ambulatoire : historique, cadre réglementaire, conditions générales de mise en œuvre, etc.
- processus du parcours de soins : déroulement global de la prise en charge, étapes, démarche qualité, etc.
- techniques : activités chirurgicales, anesthésiques, de surveillances infirmières, modalités administratives, etc.
- organisation : de tous les acteurs participant directement ou indirectement au parcours, rôle des soignants, procédures, protocoles, fonctionnement de l'UCA, modes de communication, information du patient, etc.

Les modalités pédagogiques précisent la manière dont les apprentissages sont dispensés.

1.2. Résultats

Les documents faisant référence à la formation à la chirurgie ambulatoire sont peu nombreux. Ils proviennent pour l'essentiel d'institutions et/ou d'organismes de formation.

Les spécificités de la chirurgie ambulatoire et ses différences avec la chirurgie dite « conventionnelle » sont définies notamment dans les textes législatifs et réglementaires (cf. *supra*). Des différences de prise en charge existent, notamment sur les plans techniques et organisationnels.

Des documents issus du Ministère de la santé insistent sur la nécessité de développer une nouvelle culture et inscrivent la formation à la chirurgie ambulatoire parmi les objectifs nationaux prioritaires. Les circulaires de la DGOS du 6 juin 2011 et du 27 juillet 2015³ fixent les objectifs de formation nationaux prioritaires pour les équipes impliquées dans les modalités de mise en œuvre en chirurgie ambulatoire. Cette dernière réaffirme dans son annexe 16 l'importance de « contribuer au virage ambulatoire par la mise en œuvre d'un projet de chirurgie ambulatoire ».

Les déclinaisons thématiques précisées dans cette instruction sont :

- l'organisation pluridisciplinaire,
- les coopérations interprofessionnelles,
- le renforcement des collaborations entre établissements de soins et secteur libéral, contribuant plus particulièrement à organiser la continuité des soins post-hospitalisation.

Une instruction du 28 septembre 2015⁴, relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, complète les textes précédents en insistant sur l'enjeu d'accompagner la formation d'équipes (médicale, paramédicale et administrative). L'arrêté du 8 décembre 2015, fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018, énonce⁵, dans le cadre de l'« exercice en équipe », la notion de « réhabilitation améliorée en chirurgie ».

De plus, « se sensibiliser au développement d'une communication plus efficace entre professionnels de santé de l'établissement de santé et du milieu de soins ambulatoire (« de ville »), dans l'intérêt du patient et de la continuité des soins »⁶

³ Instruction N°DGOS/RH4/DGCS/4B/2015/247 du 27 juillet 2015 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, annexe 16.

⁴ Instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

⁵ Annexe II : 5. Exercice en équipe, Orientation n°11. La réhabilitation améliorée en chirurgie : une nouvelle approche dans l'organisation des soins chirurgicaux de nature à accélérer le virage ambulatoire.

⁶ Selon la HAS, « Les études disponibles sur les événements indésirables graves montrent qu'un patient hospitalisé sur 10 serait victime d'un événement indésirable associé aux soins. Un dysfonctionnement du travail de l'équipe a été identifié comme la première cause d'un événement porteur de risque (27 % des cas). Dans la plupart des cas (70 %), il est dû à un défaut de communication (entre professionnels ou avec le patient) », extrait Editorial, La lettre : Sécurité du Patient & Pratiques – n° 39 – Juillet 2015.

devenir un axe majeur. Cela appuie l'idée que les approches collectives et les interfaces entre professionnels exerçant dans des secteurs différents sont des axes à prendre en considération lors des formations, au même titre que les aspects relatifs aux attributions individuelles. Par ailleurs, le consensus actuel sur la chirurgie ambulatoire préconise de positionner la personne bénéficiaire de ce mode de prise en charge en tant qu'acteur.

Ce sont les modes opératoires globaux, jusque-là intégrés dans des pratiques hospitalières standardisées basées sur la spécialité et la discipline médicales, qui sont à redéfinir. Il est indiqué qu'« Elle impose, là où elle est le moins développée, une adaptation des mentalités et des pratiques pour aboutir à une véritable culture ambulatoire. Elle doit être enseignée à tous les niveaux » (Triboulet, 2010).

La formation initiale en chirurgie ambulatoire est en plein développement. Cette thématique est intégrée progressivement dans les programmes pédagogiques des futurs professionnels administratifs et de santé (médicaux et paramédicaux).

A titre d'exemple, outre les formations proposées par les instituts et les universités, l'ARS Lorraine a élaboré un outil d'aide méthodologique en 2014 pour un développement des compétences infirmières en chirurgie ambulatoire. Un cours de Deuxième cycle des études de médecine (DCEM) 2 est également proposé par l'Université de Rennes dans le cadre d'un module de chirurgie ambulatoire. D'autres formations initiales existent. Depuis septembre 2015, l'Unité de pédagogie numérique en santé propose une formation en ligne « Mooc chirurgie ambulatoire de l'AP-HP (Assistance publique-Hôpitaux de Paris) » en complément des travaux de l'ORCA. Les Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris sud et Paris nord organisent des Diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaire (DIU) de chirurgie ambulatoire.

Les étudiants des filières médicales et paramédicales sont les principaux publics destinataires de l'offre de formation initiale.

Tableau 1. Public concerné par la formation initiale en chirurgie ambulatoire

	<i>Catégories</i>		
	<i>Etudiants médicaux</i>	<i>Etudiants paramédicaux</i>	<i>Etudiants/ Elèves administratifs</i>
<i>Professionnels</i>	Chirurgiens	Aides-soignants	Directeurs d'hôpital
	Médecins anesthésistes-réanimateurs	Infirmiers	
	Odontologistes	Masseurs kinésithérapeutes	
	Sages-femmes	Ergothérapeutes	

Les contenus de ces formations varient selon les organismes qui les proposent.

Les principaux axes développés en formation initiale portent sur les aspects pratiques (ex. techniques d'intervention, de surveillance...) et les caractéristiques de la chirurgie ambulatoire. La notion de parcours de soins est également traitée.

Les apprentissages en formation initiale se font généralement par des cours théoriques et des stages.

La formation continue est proposée principalement par des organismes de formation et des universités et concerne différents professionnels. Elle fait partie également des axes soutenus par des Organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA). Les formations continues sont dispensées selon des modalités différentes : sessions de formation, Diplôme interuniversitaire (DIU), salons, conférences, congrès.

Tableau 2. Contenu des programmes relatifs à la chirurgie ambulatoire proposés par des institutions de formation initiale (IFSI, Universités...) (les informations en caractères gras ont été identifiées au moins deux fois ou plus dans les programmes de formation)

	<i>Thèmes</i>			
	<i>Généralités sur la chirurgie ambulatoire</i>	<i>Processus, parcours de soins</i>	<i>Techniques</i>	<i>Organisation</i>
Contenus	Cadre réglementaire de la chirurgie ambulatoire et les évolutions en cours	Rôle de l'aidant et du réseau de soins externe	Critères d'éligibilité et d'aptitude du patient	Aspects organisationnels
	Historique et évolution du concept de chirurgie ambulatoire	Implication et rôle du patient	Techniques chirurgicales	Missions des différents acteurs de soins
	Notions générales en économie de la santé	Complications post-opératoires et gestion des risques	Techniques anesthésiques	Formalisation de documents
	Méthodologie pour concevoir l'organisation de l'UCA		Technique d'entretien téléphonique	

La majorité des professionnels intervenant dans le processus de chirurgie ambulatoire figure parmi le public mentionné dans les programmes de formation continue. Cependant, les données recueillies ne permettent pas d'identifier le taux de participation des différents publics.

Tableau 3. Public concerné par la formation continue en chirurgie ambulatoire

	<i>Catégories</i>		
	<i>Personnel médical et pharmaceutique</i>	<i>Personnel paramédical</i>	<i>Personnel administratif</i>
<i>Professionnels</i>	Médecins chefs de pôle	Infirmiers	Directeurs
	Présidents de CME	Aides-soignants	Directeurs adjoints (ressources humaines, finances, qualité, etc.)
	Médecins DIM	IADE	Contrôleurs de gestion
	Chefs de blocs opératoires	IBODE	Cadres administratifs
	Chirurgiens	Masseurs kinésithérapeutes	Agents administratifs
	Médecins anesthésistes-réanimateurs	Cadres de santé des UCA	
	Coordinateurs médicaux	Cadres paramédicaux de pôle	
	Médecins généralistes	Directeurs des soins	
	Sages-femmes		
	Pharmaciens		

Les programmes de formation continue proposés par des organismes portent majoritairement sur les généralités et les aspects techniques. Les aspects processus et organisationnels sont également traités mais dans une moindre mesure.

Tableau 4. Contenus des programmes de formation continue en chirurgie ambulatoire proposés par des organismes de formation (les informations en caractères gras ont été identifiées au moins deux fois ou plus dans les programmes de formation)

	<i>Thèmes</i>			
	<i>Généralités sur la chirurgie ambulatoire</i>	<i>Processus, parcours de soins</i>	<i>Techniques</i>	<i>Organisation</i>
Contenus	Définition et particularité de la prise en charge du patient ambulatoire	Notion de parcours de soins	Sortie du patient (autorisation de sortie)	Traçabilité, dossier de soins spécifique à la chirurgie ambulatoire, formalisation du circuit du dossier
	Avantages et inconvénients pour le patient, pour le personnel, pour l'institution	Visite préopératoire, décision chirurgicale, choix du mode d'anesthésie	Choix des techniques d'anesthésie	Rôle des soignants
	Implication et adhésion des équipes	Consentement éclairé et différents documents à faire signer par le futur opéré	Surveillance et suivi du patient	Organisation de l'UCA
	Perspectives d'évolution pour la chirurgie ambulatoire	Consultation post-opératoire		Formalisation de procédures, protocoles et outils de soins et de suivi (durée de prise en charge, fiche navette, pilotage, éléments de reporting, suivi et analyse des activités et leur volume...)
	Cadre réglementaire	Sécurité des soins, suivi des incidents		Modalités d'hospitalisation en cas de problème
	Conditions chirurgicales et anesthésiques de prise en charge du patient			Continuité des soins
	Projet UCA : création, développement, performance, mesures incitatives			
	Bonnes pratiques professionnelles, modalités de fonctionnement et recommandations relatives à la prise en charge en ambulatoire			

Les universités offrent principalement des formations continues centrées sur les généralités et l'organisation de la chirurgie ambulatoire.

Tableau 5. Contenus des programmes de formation en chirurgie ambulatoire proposés par des universités (les informations en caractères gras ont été identifiées au moins deux fois ou plus dans les programmes de formation)

	<i>Thèmes</i>			
	<i>Généralités sur la chirurgie ambulatoire</i>	<i>Processus, parcours de soins</i>	<i>Techniques</i>	<i>Organisation</i>
Contenus	Introduction à la chirurgie ambulatoire	Chirurgie ambulatoire en pratique : parcours	Anesthésie ambulatoire	Rôle des soignants
	Enjeux de la chirurgie ambulatoire	Audit, qualité, gestion des risques, accréditation	Techniques chirurgicales	Organisation et fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire
	Législation et réglementation			
	Economie			
	Chirurgie ambulatoire à l'étranger			
	Organisation et fonctionnement des alternatives à l'hospitalisation			

Les thèmes de formation retenus par l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) concernent les aspects organisationnels avec des composantes économiques et du pilotage managérial.

Les patients et/ou leur entourage et plus largement les usagers du système de santé, parties prenantes du dispositif et acteurs investis, ne semblent pas bénéficier d'information ni de formation spécifique. Cependant, une fiche d'information particulière pour ces derniers est en cours de rédaction sur le site Internet de l'AFCA.

Tableau 6. Contenus des programmes proposés par l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) lors de journées nationales ou de salons

	<i>Thèmes</i>			
	<i>Généralités sur la chirurgie ambulatoire</i>	<i>Processus, parcours de soins</i>	<i>Techniques</i>	<i>Organisation</i>
<i>Contenus</i>	Introduction à la chirurgie ambulatoire			Pilotage et management de l'UCA
	Evolution des perspectives de la chirurgie ambulatoire			Ressources humaines en chirurgie ambulatoire : les bons profils et les besoins de formation
	Impact économique			

Pour synthétiser, les principaux constats issus de la recherche documentaire sont pour :

- **la formation initiale :**
 - les publics formés sont les étudiants en médecine et les étudiants paramédicaux,
 - les contenus dispensés sont plutôt le parcours-patient et son organisation en chirurgie ambulatoire,
- **la formation continue :**
 - les publics visés représentent l'ensemble des acteurs concernés directement ou indirectement par la chirurgie ambulatoire,
 - les contenus dispensés sont les généralités, la réglementation et l'organisation.

Les pratiques, les spécificités, les problématiques posées ... par la chirurgie ambulatoire sont encore peu documentées dans le contexte français.

2. Enquête

L'enquête⁷ a pour but de faire un état des lieux des offres de formation dans les cursus initiaux et/ou continus des professionnels impliqués dans le parcours de soins relatif à la chirurgie ambulatoire. Elle complète les données issues de la recherche documentaire.

2.1. Méthodologie

L'enquête quantitative a été réalisée au moyen d'un questionnaire en ligne en juin 2015. Ce dernier est composé de deux sous-parties, l'une relative à la formation initiale et la seconde à la formation continue.

Les personnes interrogées sont :

- pour la formation initiale :
 - Directeurs d'institut de formation,
 - Doyens de faculté de médecine,
 - Coordonnateurs des études médicales,
 - Coordonnateur national pour l'enseignement médical,
 - Coordonnateur national pour l'enseignement pharmaceutique,
 - Responsable de filière à l'EHESP, Directeurs des soins,
 - Responsable de filière à l'EHESP, Directeurs d'hôpital,
 - Responsable de filière à l'EHESP, Attachés d'administration hospitalière,
- pour la formation continue :
 - Directeurs des soins en établissement,
 - Directeurs d'établissement de santé,
 - Directeurs d'établissement médico-social,
 - Présidents de collégiale,
 - Responsables d'organismes paritaires collecteurs agréés.

La répartition ci-dessus entre formation initiale et continue est indicative, certains organismes pouvant proposer l'une et l'autre.

Les répondants sont parfois différents des publics sollicités car l'information a été transmise par les personnes en charge de la formation. Par exemple, les réponses ont été transmises par les responsables de formation alors que le questionnaire a été adressé aux directeurs d'établissement (cf. tableau 7).

⁷ Les questions relatives à la chirurgie ambulatoire constituent une section de « l'enquête sur les formations des professionnels de santé relatives aux secteurs d'exercice » réalisée en juin 2015 par l'ARS Ile-de-France.

Les questions visent à identifier :

- l'existence dans le projet pédagogique d'aspects spécifiques à la chirurgie ambulatoire,
- les publics destinataires de la formation,
- les aspects concernés par les enseignements : techniques, organisation des soins, organisation du parcours de santé, coordination des différents acteurs, autre,
- les modalités pédagogiques : apports théoriques, simulation, stages, congrès, séminaires..., autre.

Le périmètre de l'enquête concerne pour l'essentiel les structures de formation et les établissements de santé de la région Ile-de-France.

Le questionnaire a été renseigné par 383 personnes parmi lesquelles 83 ont indiqué proposer des actions de formation initiale et/ou continue spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Compte tenu du nombre de fichiers de coordonnées pour l'envoi du questionnaire utilisé, provenant de diverses sources, et du manque de précision de certains d'entre eux, il n'est pas possible d'indiquer de façon précise combien de personnes ont été destinataires *in fine* du document à renseigner. Pour ces raisons, il n'est pas possible non plus d'indiquer le taux de réponse.

Les modalités et le périmètre de l'enquête permettent d'établir une photographie de l'existant, sans prétendre à l'exhaustivité de ce qui peut être mis en œuvre en termes d'initiatives et de pratiques de formation relatives à la chirurgie ambulatoire.

2.2. Résultats

Les 83 réponses, correspondant à des propositions de formation, permettent d'identifier les répondants au questionnaire et les structures investies dans la formation, les publics visés, les contenus et les modalités pédagogiques.

Tableau 7. Fonction des répondants au questionnaire en ligne relatif à la formation à la chirurgie ambulatoire.

<i>Fonction</i>	<i>Nombre de répondants N = 383</i>	<i>Non / formation n = 300</i>	<i>Oui / formation n = 83</i>
Formation initiale			
Directeur d'institut de formation	55	34	21
Doyen de faculté	3	0	3
Coordonnateur des études médicales	10	10	0
Coordonnateur national pour l'enseignement médical	0	0	0
Coordonnateur national pour l'enseignement pharmaceutique	1	1	0
Président de collégiale	1	1	0
Responsable de filière à l'EHESP, Directeur des soins	1	0	1
Responsable de filière à l'EHESP, Directeur d'hôpital	0	0	0
Responsable de filière à l'EHESP, Attaché d'administration hospitalière	1	1	0
Total	72	47	25
Formation continue			
Directeur des soins en établissement	24	14	10
Directeur d'établissement	17	15	2
Directeur des ressources humaines	40	31	9
Directeur d'établissement médico-social	127	126	1
Attaché d'administration, cadre administratif, adjoint de direction, adjoint des cadres hospitaliers, assistant de direction,	29	20	9
Cadre de santé, cadre supérieur de santé, cadre de pôle	11	9	2
Responsable de formation, responsable pédagogique	43	20	23
Chef de service, de projet	2	1	1
Responsable d'organisme paritaire collecteur agréé	1	0	1
Autres : Infirmière coordinatrice, médecin coordonnateur, ...	17	17	0
Total	311	253	58
TOTAL	383	300	83

Les réponses montrent, comme l'étude bibliographique, l'investissement des instituts et des établissements dans des formations à la chirurgie ambulatoire.

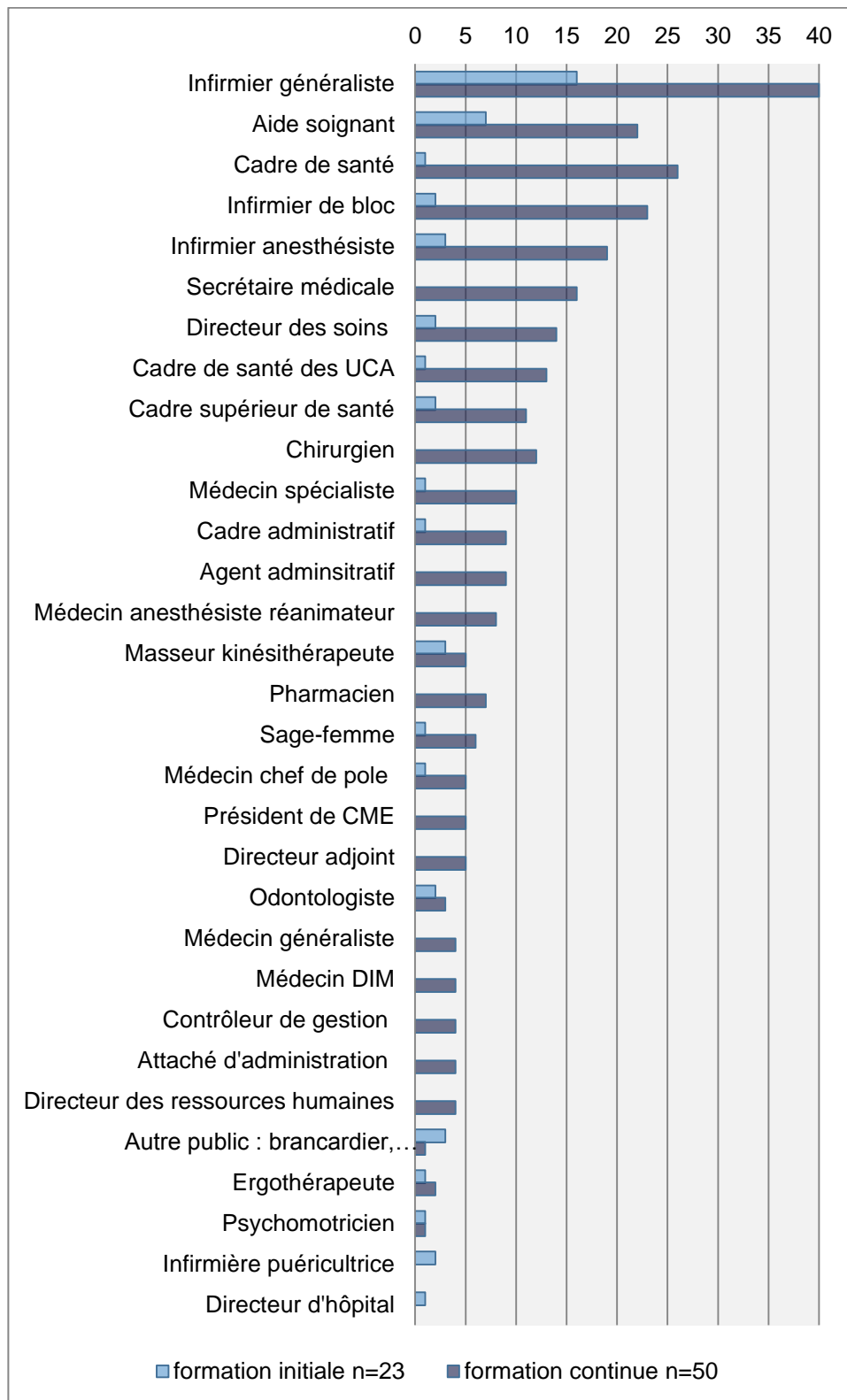
Logiquement, les structures de formation, instituts et universités, proposent des formations dans le cursus initial (n=25) et les établissements des formations continues (n=58) (cf. tableau 7).

Tableau 8. Répartition des domaines de formation par type de structure

	Formation initiale	Formation continue	Les deux	Total
Structures de formation	22	1	2	25
Etablissements de santé	1	49	8	58
TOTAL	23	50	10	83

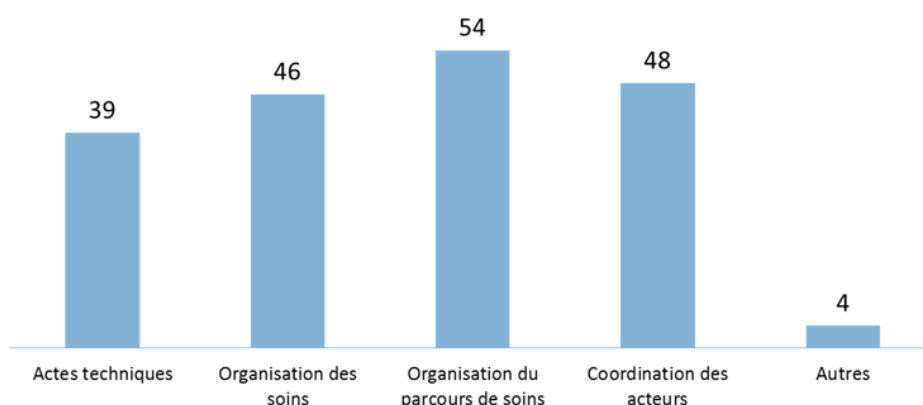
Les publics destinataires de la formation en chirurgie ambulatoire sont principalement les infirmiers et les aides-soignants lors du cursus initial. Les professionnels concernés par la formation continue sont en majorité les infirmiers et les cadres de santé. Les aides-soignants, les secrétaires médicales, les directeurs des soins et les médecins/chirurgiens apparaissent également de façon notable.

Figure 1. Répartition des professionnels formés à la chirurgie ambulatoire (n=73)



Les thèmes traités en formation initiale et continue sont respectivement par ordre d'importance, l'organisation du parcours de soins, la coordination des acteurs, l'organisation des soins et les aspects techniques. (cf. fig. 2)

Figure 2. Répartition des thèmes traités en formation initiale et/ou continue par les structures (n=83)



D'autres thèmes, associés à la formation à la chirurgie ambulatoire, sont précisés dans les réponses et peuvent être regroupés selon les catégories suivantes :

- l'actualisation des connaissances dans des domaines tels que l'hémovigilance, la douleur, les prises en charge médicamenteuses, l'hygiène, les infections associées aux soins,
- l'organisation pour l'identito-vigilance, le codage PMSI,
- la coordination et la communication entre différents acteurs, la gestion des conflits.

Les modalités pédagogiques sont variables. En formation initiale, elles se font pour l'essentiel par des apports théoriques et des stages. En formation continue, les apports théoriques et les congrès sont privilégiés. L'apprentissage par simulation existe dans les deux secteurs.

Les volumes horaires consacrés à la formation, outre les stages de durée plus longue, se situent généralement entre 7h et 14h.

Tableau 9. Répartition des modalités pédagogiques et des volumes horaires consacrés à la formation à la chirurgie ambulatoire (n=73)

<i>Types de modalités pédagogiques</i>		<i>Volumes horaires</i>			
		Moins de 7h	De 7h à 14h	Plus de 14h	TOTAL
Apports théoriques	Formation initiale	7	8	2	17
	Formation continue	5	23	2	30
Simulation	Formation initiale	1	0	2	3
	Formation continue	1	2	1	4
Stages	Formation initiale	0	0	15	15
	Formation continue	0	5	2	7
Congrès	Formation initiale	1	0	0	1
	Formation continue	5	19	1	25

D'autres modalités d'apprentissage et de partages d'expériences sont évoquées dans les réponses :

- une unité d'enseignement optionnelle en formation initiale,
- des réunions d'équipe, des jeux de rôle,
- des visites sur sites,
- des travaux académiques.

La participation aux formations est validée, soit par une attestation de présence, soit par un Diplôme d'université.

Les informations issues de la recherche documentaire et de l'enquête montrent que des formations existent. Toutefois, elles ne sont pas proposées dans tous les milieux, les modalités pédagogiques sont variables et tous les acteurs ne sont pas impliqués. Il semble que les professions paramédicales soient davantage investies, tant dans les formations initiales que continues. Il n'a pas été identifié d'actions spécifiques de formation pour les patients, leur entourage et/ou les usagers.

D'après les résultats observés, il semble également que les formations sont généralement dispensées à chacun des métiers permettant plutôt l'acquisition de compétences individuelles. Il est encore peu proposé de formations pluriprofessionnelles et interdisciplinaires permettant l'acquisition de compétences collectives. Les priorités nationales définies par la Direction

générale de l'offre de soins (DGOS)⁸ depuis 2013, visant notamment l'organisation pluridisciplinaire, les coopérations interprofessionnelles, les collaborations entre établissements de soins et secteur libéral, ne sont pas véritablement déployées et mises en œuvre.

Pour synthétiser la partie relative aux principaux résultats de l'enquête, le constat est le suivant sur :

- **la formation initiale :**
 - les structures dispensant la formation sont les instituts de formation initiale des professionnels paramédicaux,
 - les publics formés sont les étudiants en formation paramédicale,
 - les thèmes d'enseignement sont l'organisation des soins et la coordination des acteurs,
 - les modalités pédagogiques sont les apports théoriques et les stages,

- **la formation continue :**
 - les structures dispensant la formation sont les établissements de soins publics et privés,
 - les publics formés sont les infirmiers (généralistes et spécialisés), les cadres de santé, les aides-soignants, les secrétaires médicales,
 - les thèmes d'enseignement sont l'organisation des soins et l'organisation du parcours-patient,
 - les modalités pédagogiques sont les apports théoriques et les congrès.

L'enquête montre que les formations portent principalement sur des aspects techniques et organisationnels. Les aspects « management et gestion » (ex. dimension économique, tarification, démarche qualité, etc.) sont peu évoqués.

⁸ Instruction N°DGOS/RH4/DGCS/4B/2015/247 du 27 juillet 2015 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, annexe 16.

II- Chirurgie ambulatoire et compétences

Des formations relatives à la chirurgie ambulatoire sont préconisées par les pouvoirs publics et proposées par des structures de formation et des établissements de soins. Cependant, il manque des données sur les compétences spécifiques nécessaires à la pratique et l'organisation de la chirurgie ambulatoire sous-jacentes à l'offre de formation. L'identification des missions de chacun des acteurs impliqués dans le parcours de soins permet de préciser les compétences et *in fine* des formations adaptées à leur acquisition.

1. Méthodologie

Le principe retenu pour le travail est, en se basant sur le parcours de soins du patient, d'identifier les principaux acteurs impliqués et les compétences spécifiques, individuelles et collectives nécessaires à la pratique et l'organisation de la chirurgie ambulatoire.

Chaque étape du parcours sert de point de repère pour déterminer les compétences individuelles et partagées. Le parcours est défini selon la boucle ville-établissement de santé-ville.

La notion de parcours a été introduite pour redéfinir notre système de santé autour d'une production de soins pertinente et efficiente au service des besoins de la population. Elle est la réponse organisationnelle à ces nouveaux enjeux stratégiques.

Le parcours de santé décrit une trajectoire globale sur un territoire donné nécessitant l'action coordonnée de différents acteurs (ARS Ile-de-France, 2012). Si le parcours de soins représente la déclinaison du parcours de santé au niveau de la prise en charge hospitalière et extra-hospitalière, le chemin clinique reflète le processus de soins pour une pathologie donnée au sein de l'institution. Selon la HAS (2004), « le chemin clinique décrit, 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 multidisciplinaire et/ou multiprofessionnelle de patients présentant un problème de santé comparable. Les différentes interventions des professionnels impliqués dans les soins aux patients sont définies, optimisées et séquencées et les étapes essentielles de la prise en charge du patient sont détaillées ».

Pour le patient, l'enchaînement adéquat aux moments opportuns des différentes compétences professionnelles dans ce parcours de soins soutient la garantie qualitative. « Sur la chirurgie ambulatoire, la Société hospitalière d'assurance mutuelle (SHAM) ne note pas, ni en fréquence, ni en coût, une plus grande sinistralité. *“On a la capacité de dire qu'elle a démontré son caractère plus sécurisé, commente Frédéric Fuz, directeur international management des risques chez l'assureur hospitalier”* » (cité par Queguiner, 2015).

Les différents aspects relatifs au processus, aux activités et aux compétences, ont été discutés et renseignés par le groupe de travail. Puis, dans un second temps, les résultats des travaux ont été soumis à un groupe de lecture représentant les différents acteurs afin de compléter et/ou d'amender les contenus.

2. Parcours de soins, activités et compétences

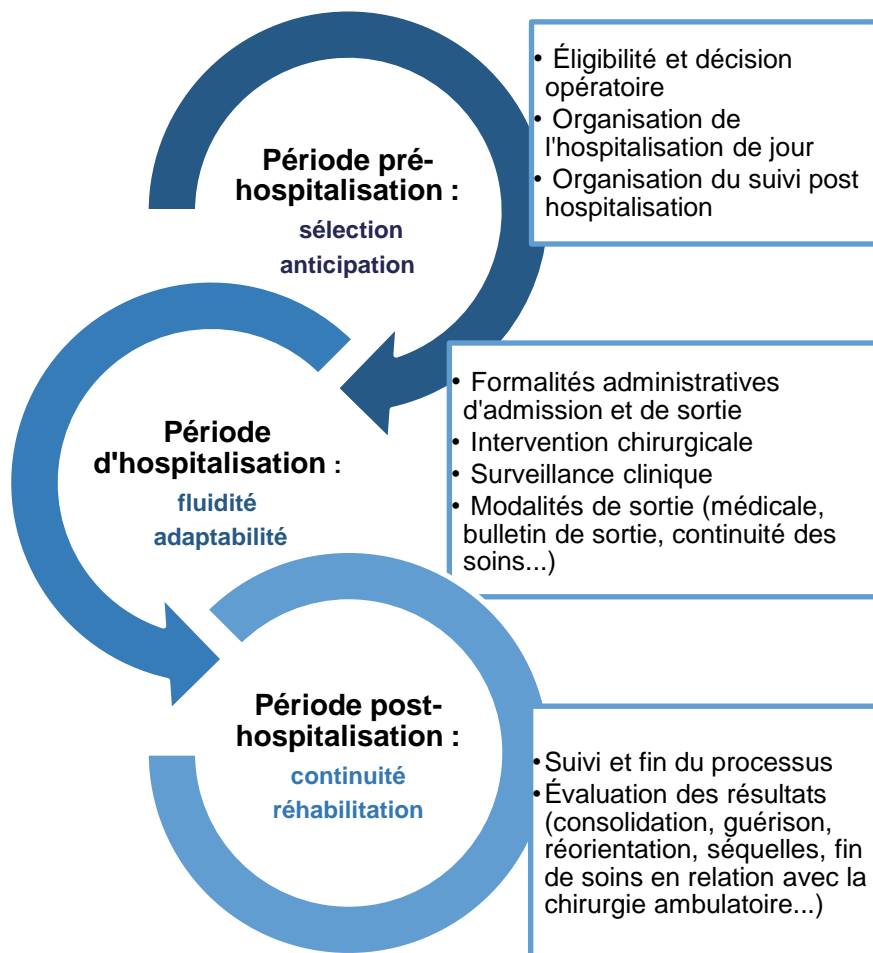
Le parcours de soins retenu débute par l'identification d'un besoin potentiel de chirurgie, par le médecin traitant, pour gérer un problème de santé pouvant être réalisé en ambulatoire et se termine par le suivi en ville suite à l'intervention.

Ces trois grandes étapes du parcours de soins sont :

- la période pré-hospitalisation, allant de la consultation initiale chez le médecin traitant orientant le patient vers un chirurgien, à la vérification la veille de l'intervention que le patient est en mesure d'être opéré,
- la période d'hospitalisation, allant de l'admission à l'autorisation de sortie de l'établissement,
- la période post-hospitalisation, allant de la sortie de l'établissement (domicile, hôtel hospitalier ...), à la consultation de suivi réalisée dans l'établissement.

Les parcours de soins sont de niveaux de complexité variés. Certains peuvent être qualifiés de simples, par exemple pour des interventions telles que : cataracte, hernie, amygdalectomie... D'autres parcours, plus délicats à maîtriser, sont ceux où l'intervention (chirurgicale ou examen interventionnel) est décidée par un autre acteur médical qui prescrit l'acte. Dans ce cas, l'opérateur ne voit pas le patient avant l'intervention et la décision ; le choix technique et l'information au patient sont décidés par le demandeur. Le risque de dysfonctionnement est alors plus élevé.

Figure 3. Parcours de soins standardisé en chirurgie ambulatoire



La déclinaison des activités aux différentes étapes (cf. tableaux 10) et des personnes impliquées à des degrés divers (cf. tableau 11) permettent d'identifier les missions et les rôles puis les compétences nécessaires à leur réalisation ainsi que des modalités pédagogiques pour les développer et/ou les acquérir (cf. tableau 12).

Le rôle et les missions des acteurs professionnels sont à la fois différents et pour partie similaires. Par exemple, selon les cas, certains interviennent directement dans l'intervention chirurgicale et les soins afférents (patient, chirurgien, médecin anesthésiste, infirmier, etc.), d'autres sont davantage impliqués dans l'organisation du chemin clinique (cadre de santé), d'autres encore ont la responsabilité de l'organisation du parcours de soins (directeur, directeur des soins). Cependant, si chacun des acteurs a des responsabilités particulières, tous sont concernés par la qualité de la prestation et par la gestion des risques, la collaboration et la coordination avec les autres.

Tableau 10.1. Etapes emblématiques du parcours de soins et exemples d'activités spécifiques à la chirurgie ambulatoire (non exhaustifs) - Période pré-hospitalisation

<i>Période du parcours</i>	<i>Etapes emblématiques</i>	<i>Activités (exemples)</i>
Période pré-hospitalisation	Indication opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation d'orientation initiale • Consultations hospitalières chirurgicale, anesthésique, infirmière • Examens complémentaires • Diagnostic médical et décision d'intervention
	Eligibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de la compatibilité avec un traitement par chirurgie ambulatoire lors des consultations chirurgicales et anesthésiques (situation clinique, sociale, autonomie, disponibilité d'un accompagnant...) • Consentement du patient à bénéficier d'une chirurgie ambulatoire • Information et éducation du patient et de son entourage si nécessaire
	Programmation de l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Préadmission • Planification et programmation opératoire
	Préparation période post-hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la sortie et du suivi post-opératoire • Réalisation des prescriptions par anticipation (antalgiques, pansement, rééducation...) • Contact du médecin traitant, de l'infirmière libérale, etc. • Vérification de la présence d'un accompagnant pour la sortie d'hospitalisation et la première nuit post-interventionnelle
	Confirmation de l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Appel de la veille • Rappel des consignes et vérification de leur compréhension

Tableau 10.2. Etapes emblématiques du parcours de soins et exemples d'activités (non exhaustifs) - Période d'hospitalisation

<i>Période du parcours</i>	<i>Etapes emblématiques</i>	<i>Activités (exemples)</i>
Période d'hospitalisation (UCA, bloc opératoire, SSPI)	Accueil et installation	<ul style="list-style-type: none"> • Admission, entretien d'accueil • Vérification de l'identité • Vérification de l'éligibilité • Complétude du dossier patient • Vestiaire (check-list)
	Pré-bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Visite pré-anesthésique • Préparation à l'intervention
	Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Check-list sécurité • Prise en charge anesthésique • Geste opératoire • Surveillance clinique
	Post-bloc	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance des risques postopératoires, soins, administrations médicamenteuses • Suivi score Aldrete
	Validation sortie	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation aptitude à la sortie (score de Schung) • Signatures médicales • Bulletin de sortie • Documents nécessaires à la continuité des soins (ordonnances, comptes rendus opératoires et anesthésiques, coordonnées permanence des soins ...) • Information et éducation du patient • Accompagnement/aidant présent

Tableau 10.3. Etapes emblématiques du parcours de soins et exemples d'activités (non exhaustifs) - Période post-hospitalisation

<i>Période du parcours</i>	<i>Etapes emblématiques</i>	<i>Activités (exemples)</i>
Période post-hospitalisation	Auto-surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Conduites à tenir transmises au patient et à son entourage avec précision des indicateurs d'alerte
	Continuité de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure d'appel • Accessibilité dossier de soins
	Suivi clinique post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Appel du lendemain • Evaluation du niveau de satisfaction • Soins par les professionnels de ville • Transmission à la structure « chirurgie ambulatoire » des informations relatives aux soins réalisés en ville • Consultations de suivi

Tableau 11. Principaux acteurs intervenant directement ou indirectement auprès du patient lors de son parcours de soins en chirurgie ambulatoire

Proximité d'intervention auprès du patient	Acteurs
Directe (diagnostic, intervention chirurgicale, surveillance, continuité des soins)	<ul style="list-style-type: none"> • Usager/aidant • Médecin traitant • Chirurgien • Médecin anesthésiste-réanimateur • Infirmier • Infirmier anesthésiste • Infirmier de bloc opératoire • Aide-soignant • Brancardier • Rééducateur • Infirmier libéral • Agent administratif • Secrétaire médicale/assistant médico-administratif • Assistante sociale
Indirecte (organisation, management du chemin clinique, tarification...)	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre de santé • Cadre de pôle d'activité • Médecin coordonnateur • Médecin DIM • Pharmacien • Directeur • Directeur des soins

Des compétences à acquérir individuellement

Une vision globale du parcours, des activités et des compétences met en évidence notamment les complémentarités d'action entre acteurs.

Le détail des activités et des capacités à acquérir et/ou à développer nécessaires à chacun des acteurs permet une approche opérationnelle d'identification des compétences. Ces dernières sont à appréhender de manière individuelle, autant que de besoin (ex. maîtrise d'une technique chirurgicale, surveillance clinique), et collective pour tous les aspects devant être maîtrisés par chacun (ex. évaluation des pratiques professionnelles) et d'interaction pluriprofessionnelle et d'organisation (ex. coordination entre UCA et bloc opératoire).

La logique de présentation retenue pour des raisons de lisibilité est d'identifier pour chacun des principaux acteurs les capacités techniques essentielles, les capacités de collaboration avec les autres acteurs et organisationnelles à développer individuellement. Les compétences collectives sont présentées dans un second temps. Par ailleurs, les compétences identifiées comme individuelles ont aussi des incidences collectives dans leur mise en œuvre. Par exemple, l'organisation nécessite de développer des capacités personnelles pour s'organiser mais a aussi une dimension collective quand il s'agit de collaborer avec d'autres pour atteindre un objectif.

Tableau 12. Capacités individuelles des acteurs intervenant dans le parcours de soins en chirurgie ambulatoire (chaque capacité est déclinée en termes « être capable de ») (non exhaustif).

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Patient et/ou aidant	<ul style="list-style-type: none"> • maîtriser la langue française écrite et parlée • décrire ses symptômes pour un diagnostic et une orientation précoces vers un chirurgien • comprendre les modalités de la chirurgie ambulatoire • observer et discerner un signe clinique • mettre en œuvre une conduite à tenir consécutivement à l'analyse d'un signe clinique • faire preuve d'autonomie • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • consentir à la chirurgie ambulatoire par un accord signé • transmettre les informations déterminantes pour une prise en charge adaptée et sécurisée • respecter les conditions d'une hospitalisation en chirurgie ambulatoire • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • s'impliquer dans le programme en se conformant à des consignes • s'organiser pour préparer l'intervention et la période post opératoire • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • plaquettes d'information • école du patient • e-learning • serious game • application smartphone • groupe de parole • forum de discussion • commission des usagers • ...

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Professionnels intervenant <u>directement</u> auprès du patient				
Médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> • identifier le besoin d'un traitement par chirurgie • orienter la personne vers un établissement et/ou un chirurgien pratiquant la chirurgie ambulatoire • développer / maintenir ses connaissances sur la chirurgie ambulatoire et les traitements, les méthodes associées • connaître lisiblement l'offre de soins territoriale • assurer un suivi post-opératoire et détecter les signes cliniques d'une complication • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • se coordonner avec les professionnels hospitaliers • se coordonner avec l'infirmier libéral et les rééducateurs pour le suivi post hospitalier • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • prendre connaissance du compte rendu opératoire dans le délai imparti • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • visite d'UCA • congrès professionnels • staff en conférence téléphonique, visioconférence • échanges de pratiques • ...

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Chirurgien	<ul style="list-style-type: none"> • évaluer l'éligibilité de la personne à une intervention dans un contexte de chirurgie ambulatoire • maîtriser les techniques chirurgicales compatibles avec la prise en charge ambulatoire (techniques mini-invasives...) • réaliser l'intervention dans des délais appropriés (vitesse optimale selon l'acte opératoire...) • élaborer des procédures par type d'interventions • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • transmettre les informations en temps utile aux autres acteurs pour la programmation et l'organisation de l'intervention • participer à la vérification de la check-list opératoire • s'accorder avec le médecin anesthésiste réanimateur sur les conditions opératoires • faire connaître son activité ambulatoire auprès des médecins de ville • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • s'adapter aux spécificités organisationnelles de l'UCA (horaires, traçabilité, rédaction CR, autorisation de sortie,...) • prévoir et organiser la permanence des soins (procédure d'appel, coordonnées de la personne à joindre en cas de problème (gestion de la douleur)...)) • respecter les temps opératoires prévisionnels • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • tutorat • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scenarii emblématiques...) • congrès professionnels • e-learning • projet en chirurgie robotique ou en télé-chirurgie • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas... • ...
Médecin anesthésiste-réanimateur	<ul style="list-style-type: none"> • évaluer l'éligibilité de la personne a une anesthésie dans le contexte de chirurgie ambulatoire • maîtriser les techniques de sédation et d'analgésie adaptées au parcours ambulatoire (prendre en compte les spécificités ambulatoires au cours de l'acte anesthésique...) • savoir uniformiser les procédures d'anesthésie • élaborer des procédures par type d'interventions • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • transmettre les informations en temps utile aux autres acteurs pour la programmation et l'organisation de l'intervention • participer à la vérification de la check-list opératoire • s'accorder avec le chirurgien sur les conditions opératoires • transmettre les informations anesthésiques et de suivi post-opératoire en temps réel aux autres acteurs • s'accorder entre MAR sur les procédures d'anesthésie à utiliser • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • s'adapter aux spécificités organisationnelles de l'UCA (horaires, traçabilité, autorisation de sortie,...) • prévoir et organiser la permanence des soins (procédure d'appel, coordonnées de la personne à joindre en cas de problème (gestion de la douleur)...)) • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • tutorat • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scenarii emblématiques...) • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas... • ...

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Infirmier (et/ou infirmière puéricultrice en pédiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> • contribuer à l'éligibilité pour le parcours en chirurgie ambulatoire • conduire un raisonnement clinique dans le contexte de la chirurgie ambulatoire • évaluer une situation clinique par téléphone • conseiller à distance suite à un jugement clinique • maîtriser les effets des techniques chirurgicales et anesthésiques pour adapter la surveillance • répéter les consignes postopératoires et vérifier auprès du patient l'anticipation de ces consignes (achat anticipé des antalgiques par exemple) • identifier et maîtriser les risques • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • transmettre les données significatives aux médecins assurant la continuité de soins • transmettre en temps réel les données significatives aux professionnels du bloc opératoire • transmettre les données nécessaires à la continuité des soins aux accompagnants dans le respect du secret médical • transmettre les données significatives relatives aux soins infirmiers aux professionnels de ville lors de la sortie du patient • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • s'adapter dans des contextes de temps limité • adapter et ajuster sa pratique au flux de patients (au taux de rotation journalier pour une même place par exemple) • effectuer un plan de soin personnalisé en fonction du chemin clinique et du raisonnement clinique partagé • s'assurer de l'accompagnement effectif du patient par un tiers • conseiller/former les patients et les aidants • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • tutorat • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scénarii emblématiques...) • congrès • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas... • ...
Infirmier de bloc opératoire (IBODE)	<ul style="list-style-type: none"> • maintenir son niveau de connaissances sur les techniques chirurgicales adaptées à la chirurgie ambulatoire • conduire un raisonnement clinique dans le contexte de la chirurgie ambulatoire • répondre aux questions des futurs opérés en sortie de consultation chirurgicale • identifier et maîtriser les risques • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • coordonner et participer à la vérification de la check-list opératoire • transmettre les informations nécessaires au déroulement de l'intervention aux professionnels du bloc • transmettre les informations nécessaires aux professionnels de SSPI et de l'UCA pour le suivi post-opératoire • collaborer avec l'IADE et l'AS • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • s'adapter aux spécificités organisationnelles de l'activité de chirurgie ambulatoire (horaires, traçabilité, contrôles qualité...) • adapter et ajuster sa pratique au flux de patients • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • tutorat • simulation (simulateur, jeux de rôle, scénarii emblématiques...) • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas...

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Infirmier anesthésiste (IADE)	<ul style="list-style-type: none"> • maintenir son niveau de connaissances sur les techniques anesthésiques adaptées à la chirurgie ambulatoire • maîtriser les techniques de sédation et d'analgésie adaptées • conduire un raisonnement clinique dans le contexte de la chirurgie ambulatoire • effectuer la traçabilité des produits anesthésiques • répondre aux questions des futurs opérés en sortie de consultation d'anesthésie • identifier et maîtriser les risques • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • participer à la vérification de la check-list opératoire • transmettre les informations nécessaires au déroulement de l'intervention aux professionnels du bloc • transmettre les informations nécessaires aux professionnels de la SSPI et de l'UCA pour le suivi post-opératoire • développer un travail en étroite collaboration avec l'IBODE et l'AS • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • s'adapter aux spécificités organisationnelles de l'activité de chirurgie ambulatoire (horaires, traçabilité, contrôles qualité...) • adapter et ajuster sa pratique au flux de patients • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • tutorat • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scénarii emblématiques...) • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas..... • ...
Infirmier libéral	<ul style="list-style-type: none"> • ajuster sa pratique aux nouvelles connaissances en techniques post-chirurgicales et méthodes d'analgésie • assurer un suivi postopératoire et détecter les signes d'une complication • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • savoir contacter le réseau ville/hôpital en cas de besoin de données complémentaires ou de transmissions de données significatives pour l'évolution de la prise en charge • se coordonner avec les professionnels hospitaliers • transmettre à l'hôpital les informations sur l'évolution de l'état clinique postopératoire • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • aménager son planning de travail pour le suivi et les soins post-opératoires • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • visite d'UCA • stages • simulation (simulateur, jeux de rôle, scénarii emblématiques...) • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • staff en conférence téléphonique, visioconférence • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : analyses de pratiques... • échanges de pratiques • forums de discussions • ...

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Aide-soignant	<ul style="list-style-type: none"> • recueillir des données fiables à partir d'une checklist en collaboration avec l'infirmier • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • transmettre les informations à l'infirmier suite au recueil de données • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • adapter sa pratique aux flux de patients • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • tutorat • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scenarii emblématiques...) • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas..... • ...
Masseur-kinésithérapeute	<ul style="list-style-type: none"> • contribuer à la rédaction des documents remis aux patients • contribuer à l'éligibilité du patient (bilan des déficiences en préopératoires) • adapter les actes de rééducation à la chirurgie ambulatoire • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • transmettre les informations permettant la continuité des soins au kinésithérapeute libéral • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • adapter sa pratique aux flux de patients • participer à la reprise de la mobilité précoce • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • tutorat • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scenarii emblématiques...) • congres • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas... • ...

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Secrétaire médicale	<ul style="list-style-type: none"> • formaliser un compte rendu opératoire établi par le chirurgien dans un délai adéquat • vérifier et remettre les documents de sortie (CR, ordonnances, arrêt de travail, bon de transport, RDV postopératoire...) • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • mettre à disposition le dossier médical nécessaire au suivi • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • organiser le séjour du patient • assurer un suivi du dossier patient • adapter sa pratique aux flux de patients • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • tutorat • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scénarii emblématiques...) • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas... • ...
Agent administratif	<ul style="list-style-type: none"> • constituer dans un délai imparti le dossier administratif spécifique à l'ambulatoire • accueillir et diriger le patient • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scénarii emblématiques...) • congrès téléphoniques • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas... • ...

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Professionnels intervenant <u>indirectement</u> auprès du patient				
Cadre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • identifier le rôle des services « satellites » ayant un impact sur l'organisation optimisée du parcours de soins • maîtriser le parcours de soins et le chemin clinique dans les différents secteurs d'activité (UCA, bloc opératoire, salle de soins post interventionnelle) • standardiser le chemin clinique par la rédaction de procédures • identifier les besoins évolutifs du système d'information et rédiger un cahier des charges • adapter son offre de formation • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • diffuser et veiller à la bonne application des procédures, recommandations, relatives au parcours de soins en chirurgie ambulatoire • transmettre eux professionnels impactés par l'ambulatoire, les données significatives pour le déroulement du parcours de soins • organiser un tableau de bord pour la conduite et le suivi de l'activité : flux des patients, évènements indésirables,... • maîtriser le budget alloué • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • organiser la programmation du séjour du patient • organiser le planning journalier des personnels en fonction des flux • ajuster l'organisation en temps réel • accompagner l'équipe dans le maintien des compétences adaptées et nécessaires aux nouvelles organisations et techniques de soins • accompagner l'équipe dans le changement de paradigme • organiser et maintenir la formation des professionnels paramédicaux • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • tutorat • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scénarii emblématiques...) • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas... • conduite de projet • ...

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Médecin coordonnateur	<ul style="list-style-type: none"> • maîtriser le parcours de soins et le chemin clinique dans les différents secteurs d'activité (UCA, bloc opératoire, salle de soins post interventionnelle) • manager une équipe médicale • veiller à la synchronisation des temps médicaux • standardiser le chemin clinique par la rédaction de procédures • définir et suivre une démarche qualité à partir d'indicateurs si possible continus • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • diffuser une charte, un projet médical spécifique • diffuser et veiller à la bonne application des procédures, recommandations, relatives au parcours de soins en chirurgie ambulatoire • coordonner le parcours patient • identifier les indicateurs de non-conformité (respect de la charte, décisions signées de la sortie, événements indésirables, ...) • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser la continuité de soins médicaux • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scénarii emblématiques...) • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas... • conduite de projet • ...
Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> • identifier les besoins spécifiques des chirurgies pratiquées en ambulatoire • identifier l'urgence des besoins et son traitement • aider l'encadrement à réaliser la traçabilité des dispositifs médicaux implantables • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques, études de cas... • conduite de projet • ...

Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Directeur des soins	<ul style="list-style-type: none"> • identifier les compétences des professionnels paramédicaux nécessaires aux activités de chirurgie ambulatoire et les intégrer dans le projet de soins et le projet de formation • anticiper les formations nécessaires • organiser et sécuriser les plannings (remplacements) • garantir la cohérence du parcours de soins • participer à la conduite de la stratégie institutionnelle en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire • participer à l'analyse médico-économique de l'activité • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • définir, dans le cadre de la politique qualité de la direction des soins, les indicateurs pour établir le rapport annuel • collaborer avec les prestataires externes (hôtellerie et restauration) • contribuer à la rédaction des chartes, contrats et conventions • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • s'assurer de l'adéquation du nombre de personnels avec l'activité à réaliser et les flux des patients • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • stages • congrès professionnels • e-learning • benchmarking • réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques... • conduite de projet • s'assurer de la mise en place d'un plan de formation adapté • favoriser les NTIC pour les professionnels • ...

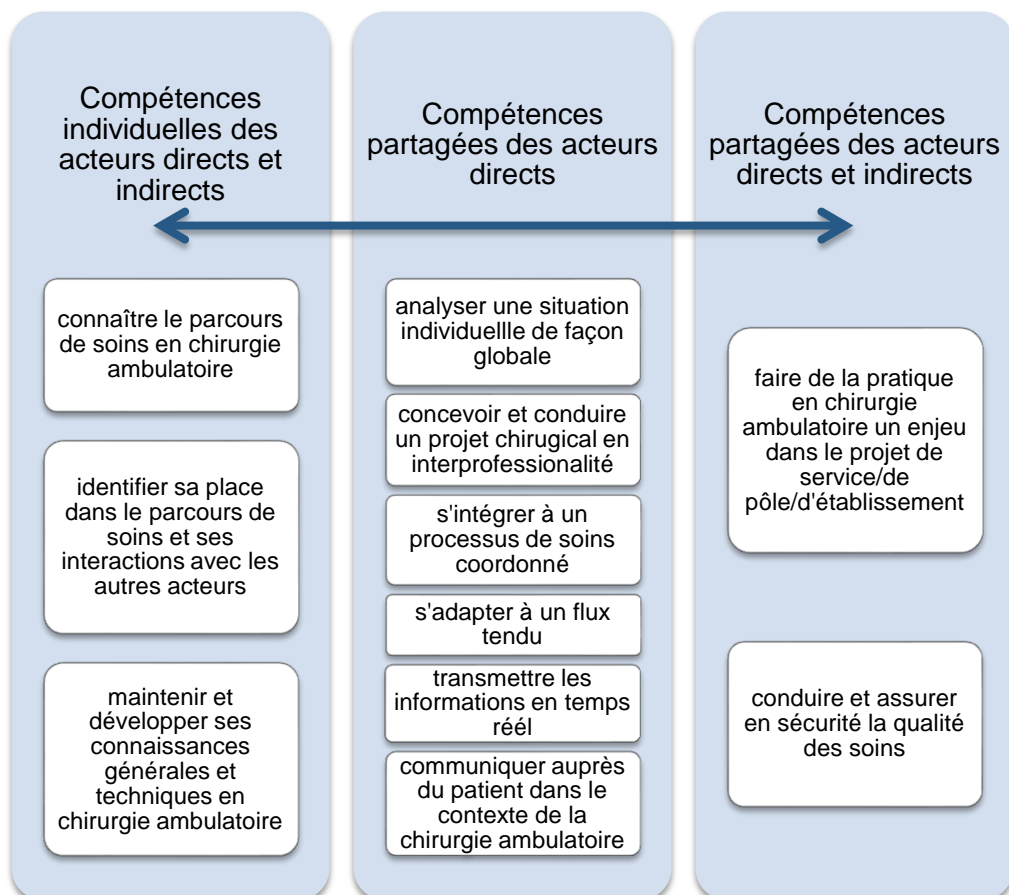
Acteurs	Capacités techniques	Capacités de collaboration avec les autres acteurs	Capacités d'organisation	Exemples de modalités d'information et/ou de formation
Directeur d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> maîtriser les modalités de financements de l'activité négocier avec les autorités de tutelle lors des CPOM impulser une politique d'innovation technologique du système d'information ... 	<ul style="list-style-type: none"> conduire la politique institutionnelle en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire manager les équipes pluridisciplinaires pour accroître les compétences au sein du parcours ambulatoire ... 	<ul style="list-style-type: none"> organiser l'activité de chirurgie ambulatoire dans l'établissement organiser les coopérations avec les autres acteurs au niveau territorial ... 	<ul style="list-style-type: none"> stages simulation (sur simulateur, en jeux de rôle, scenarii emblématiques...) congrès professionnels e-learning benchmarking réunions d'équipes pluriprofessionnelles : staffs, analyses de pratiques... conduite de projet ...
Pour <u>tous les acteurs</u>				
	<ul style="list-style-type: none"> maîtriser l'utilisation des technologies de l'information (smartphone, dossier informatisé...) connaître le contexte réglementaire et les spécificités de la chirurgie ... 	<ul style="list-style-type: none"> tracer en temps réel les données cliniques et administratives travailler et se coordonner au sein d'une équipe ... 	<ul style="list-style-type: none"> maîtriser l'organisation du parcours de soins identifier les compétences des autres acteurs ... 	<ul style="list-style-type: none"> congrès professionnels télé-suivi (hôpital numérique) retours d'expériences analyse des événements indésirables ...

Des compétences à acquérir collectivement

Au-delà des capacités que chaque acteur doit posséder, la chirurgie ambulatoire impose de mettre en œuvre des compétences collectives. Ce qui apparaît comme particulier dans ce contexte de soins c'est la capacité d'anticiper, de collaborer de façon étroite et fluide pour une préparation efficace de l'intervention, d'assurer les activités lors de l'hospitalisation dans le temps imparti, d'organiser une continuité des soins efficace et faire preuve de réactivité pour la gestion d'événements indésirables et/ou imprévus. Les axes centraux communs des compétences collectives concernent :

- **l'anticipation**, afin de baliser et de prévoir le parcours de soins et ses différentes séquences dès la période de pré-hospitalisation (processus de soins) ;
- **l'organisation et la coordination interprofessionnelle** pour que chaque professionnel intervenant directement ou indirectement auprès du patient, ait une vision définie de son champ d'intervention strict et lie ses activités avec chacun des autres acteurs avec lesquels il collabore (procédures de soins) ;
- **l'utilisation du dossier** du patient, outil fondamental pour la coordination, nécessite une traçabilité des données et informations précise en temps réel et un accès partagé.

Figure 4. Synthèse des compétences individuelles et des compétences partagées des acteurs directs et indirects en chirurgie ambulatoire



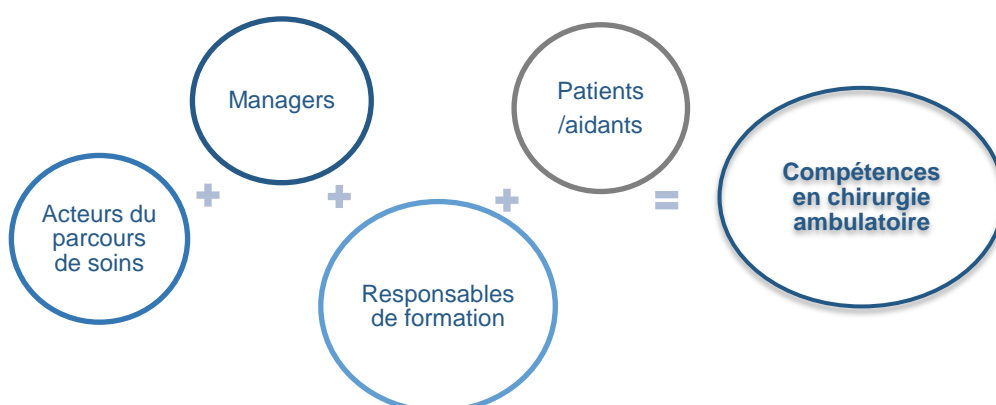
L'acquisition, le maintien et le développement de compétences spécifiques à la chirurgie ambulatoire nécessitent que les différents acteurs identifient les besoins en compétences dans leur structure, déterminent les formations nécessaires, organisent avec les opérateurs de la formation les actions de formation.

Les besoins en compétences doivent être envisagés en fonction des pratiques actuelles, mais aussi dans une visée prospective, afin de préparer les professionnels en exercice et les futurs professionnels au plus près des évolutions technologiques, organisationnelles, managériales, etc. Il convient d'intégrer lors de l'identification de ces besoins, la dimension relative à la démarche qualité. Par exemple, les temps d'échanges en équipe pluriprofessionnelle consécutifs à la survenue d'évènements non-conformes, voire indésirables, favorisent, notamment par l'analyse des pratiques, l'amélioration des collaborations entre les acteurs.

L'évaluation des compétences disponibles et celles qui sont nécessaires est l'affaire de tous :

- les acteurs, intervenant directement ou indirectement auprès des patients, identifient leur niveau de compétences et celles qui leur manquent pour accomplir la mission qui leur est confiée, afin de solliciter les formations *ad hoc*,
- les managers évaluent les compétences des professionnels et les besoins en formations afin :
 - d'établir des demandes de formation continue,
 - d'organiser les formations des professionnels en exercice,
 - de transmettre les informations aux responsables de formations initiales afin qu'ils actualisent leur programme,
- les responsables de formation, initiale et/ou continue, identifient les compétences nécessaires à la chirurgie ambulatoire et les inscrivent dans leur programme pédagogique et/ou de formation,
- les patients et/ou usagers formalisent leurs besoins,
- ...

Figure 5. Rôle des différents contributeurs dans le développement des compétences en chirurgie ambulatoire



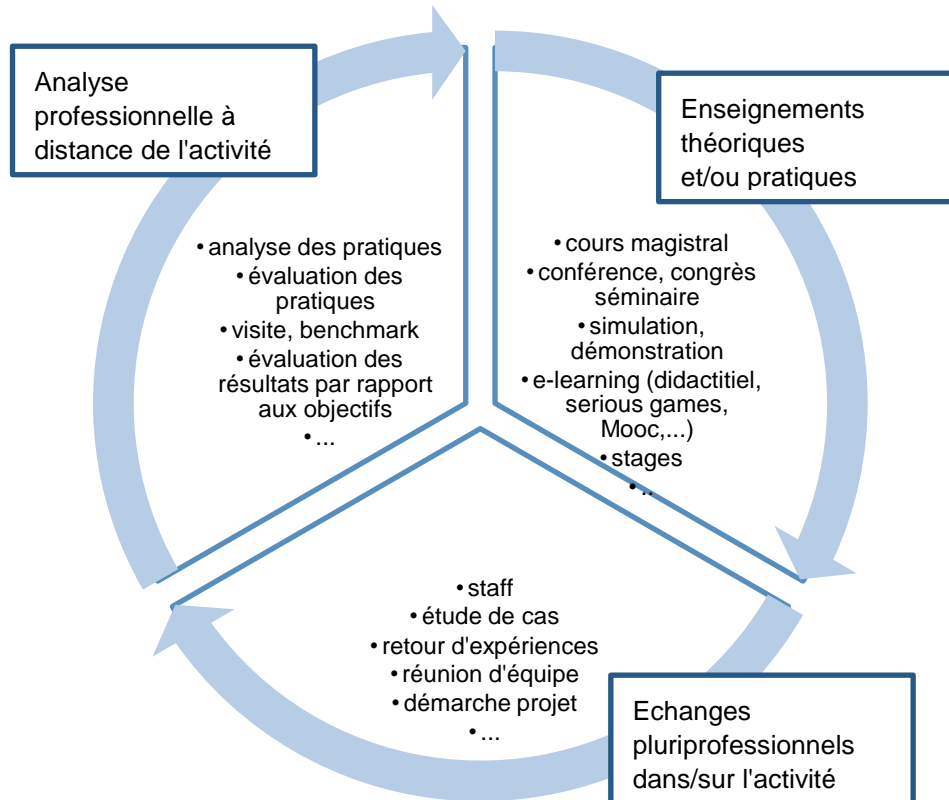
Les compétences relevant d'un processus dynamique nécessitent une adaptabilité et des ajustements permanents. Elles peuvent être acquises par de multiples modalités : apports théoriques, simulation, séances de travail et de partages des informations au sein d'équipes, évaluation de pratiques professionnelles, participation à des journées d'étude et des congrès, collaboration aux travaux de sociétés savantes, à des recherches scientifiques (recueil de données et constitution de Big Data, organisations et techniques innovantes, ...) etc.

Les contenus de formation et les modalités pédagogiques doivent être adaptés en fonction des objectifs et des publics ciblés. Il convient d'attirer l'attention sur la nécessité d'envisager des modalités pédagogiques permettant la participation conjointe de tous les acteurs concernés particulièrement pour consolider le travail d'équipe et développer des compétences collectives. Par exemple, la formation envisagée à partir des techniques de simulation ambitionne, par une approche de situations expérientielles simulées en groupe, l'apprentissage du travail en équipe. Cette approche pédagogique a pour intention « l'encodage » d'éléments de situations vécues collectivement, contribuant à les mémoriser et à les mettre en action dans de nouvelles situations.

Il convient de rappeler que la notion de compétence collective n'est pas automatiquement synonyme de performance. La seule dynamique de groupe n'est pas suffisante. La notion de performance suppose la présence d'autres éléments permettant au groupe d'atteindre les résultats escomptés tels que, une organisation, la formalisation de critères de réussite, des outils de communication adaptés.

Outre les formations formelles relatives à la chirurgie ambulatoire (ex. formation théorique initiale et/ou continue, simulation), la formation se fait également en équipe à l'occasion de partages d'information structurée ou d'analyse des résultats de l'activité. A titre illustratif, les modalités d'amélioration continue des pratiques et des organisations peuvent se faire lors de : staffs, réunions d'équipe, évaluations des résultats en fonction des recommandations et/ou indicateurs définis dans le cadre de la démarche qualité (ex. taux de patients ayant bénéficié de l'appel de la veille, taux de patients sortis avec le compte rendu opératoire ; taux d'appels des patients dans les 12 h ou les 24 h après la sortie pour avoir des informations, etc.).

Figure 6. Modalités pédagogiques pour le développement des compétences individuelles et collectives (exemples non exhaustifs)



Aux acteurs mentionnés comme intervenants directs ou indirects, il pourrait être ajouté par exemple : des acteurs de la recherche susceptibles d'apporter des connaissances relatives aux différents aspects liés à la chirurgie ambulatoire, des sociétés savantes susceptibles de formaliser et diffuser des recommandations de bonnes pratiques, les évolutions à venir, des spécialistes de l'organisation et du management pour faire évoluer les pratiques cohérentes avec les logiques induites par les prises en charge ambulatoires, des organismes de tutelle pour définir les stratégies de déploiement de la chirurgie ambulatoire et d'organisations territoriales.

La formation est un moyen au service des compétences. Elle peut être évaluée en elle-même (ex. nombre de personnes formées, catégories de personnes ayant effectivement bénéficié d'une formation...) mais aussi en tant que contribution aux résultats escomptés et obtenus par ce mode de prise en charge (ex. événements indésirables, satisfaction des acteurs, indicateurs économiques, etc.).

Pour **synthétiser** la partie relative aux compétences des différents acteurs directs ou indirects en chirurgie ambulatoire, les principes à retenir sont :

- **les compétences individuelles** spécifiques sont une émanation des compétences professionnelles initiales « métier », et sont à adapter, à ajuster et à faire évoluer dans une perspective de collaboration avec d'autres acteurs ;
- **les compétences collectives** spécifiques sont à élaborer en situation et à partir de l'analyse de la pratique d'équipe. Elles s'inscrivent dans le champ de l'interprofessionnalité et de l'interdisciplinarité, incluant la capacité à analyser une situation singulière de façon globale, à anticiper et à se coordonner à chaque étape du parcours de soins, à garantir la sécurité et la qualité des soins dans une contrainte temporelle. Les compétences collectives sont partagées entre différents acteurs.

L'identification des compétences permet d'élaborer des formations permettant de les acquérir, de les maintenir et de les développer selon des modalités pédagogiques les plus adaptées.

Conclusion et perspectives

Le parcours de soins en chirurgie ambulatoire mobilise des compétences singulières. Outre celles propres à chaque métier et à chaque acteur, selon ses missions et les activités qu'il doit réaliser, les facteurs clés de réussite de la prise en charge sont la gestion du temps, l'organisation « millimétrée » et la collaboration entre professionnels hospitaliers et extra hospitaliers. Les compétences individuelles et collectives s'acquièrent par la formation initiale et/ou continue, et par la pratique ainsi que par son analyse.

La recherche documentaire et l'enquête par questionnaire auprès des acteurs impliqués dans la formation permettent d'établir un état des lieux. Ce dernier montre que les principaux publics formés sont les professionnels paramédicaux et que les contenus de formation sont pour partie similaires en formation initiale et continue. Les modalités privilégiées en formation initiale sont des apports théoriques et des stages, et en formation continue les apports théoriques et les congrès. De manière générale, à ce stade de déploiement des formations, il s'agit davantage de développement de compétences individuelles que collectives. Or, la réussite des parcours de soins en chirurgie ambulatoire nécessite de penser et d'organiser les formations de façon intégrée pour l'acquisition, le maintien et le développement des compétences individuelles et collectives.

L'identification des compétences appropriées à la chirurgie ambulatoire est une étape préliminaire indispensable pour adapter les formations aux besoins en termes de contenus et de modalités pédagogiques. Certaines compétences sont spécifiques en raison des singularités de la chirurgie ambulatoire telles que la gestion de la temporalité, la maîtrise du parcours de soins et des collaborations interprofessionnelles et interdisciplinaires.

Les formations supposent l'implication de tous les acteurs pour parfaire leurs propres compétences en fonction de leurs missions (former, dispenser des soins...) et pour collaborer avec les autres acteurs.

L'identification des compétences et l'élaboration de programmes de formation adaptés nécessitent aussi de disposer de connaissances précises actuelles ou à venir et de mieux documenter ces modalités de prise en charge. L'engagement de tous les acteurs, à des degrés divers dans la recherche, visant à explorer les résultats de travaux, recueillir des informations et renseigner des bases de données, produire des connaissances pour la chirurgie ambulatoire soutiendrait ces objectifs.

L'acquisition de compétences, qu'elles soient individuelles ou collectives, s'inscrit dans des temps longs et progressifs durant lesquels il y a des phases d'appropriation des pratiques, de mises en œuvre et d'évaluations pour les améliorer.

Sigles

AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
BDSP	Banque de données en santé publique
CISMEF	Catalogue et index des sites médicaux de langue française
CME	Commission médicale d'établissement
CSP	Code de la santé publique
DCEM	Deuxième cycle des études médicales
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département d'information médicale
DIU	Diplôme interuniversitaire
DRH	Directeur des ressources humaines
DU	Diplôme d'université
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
HAS	Haute autorité de santé
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
MOOC	Massive open online courses
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
ORCA	Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes informatiques
SHAM	Société hospitalière d'assurance mutuelle
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire

Bibliographie

Documents

Académie nationale de médecine. Séance thématique « la chirurgie ambulatoire ». Bulletin de l'Académie nationale de médecine, Tome 185, n°6, 2001, <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2001.6.pdf>

ARS Ile-de-France ; Programme chirurgie ambulatoire 2014-2017 <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/CHIRURGIE-AMBULATOIRE.104896.0.html>

ARS Ile-de-France, Développement de la chirurgie ambulatoire : une priorité pour l'Île-de-France, magazine « Entre nous », #37 juillet 2014

ARS, Lexique des parcours de A à Z, septembre 2012 http://www.ars.sante.fr/uploads/media/Lexique_parcours_def.pdf

ARS Lorraine, Formation initiale et continue ; Pour un développement des compétences infirmière en chirurgie ambulatoire, 2014

BERT T., AUTUME (d') C., HAUSSWALT P., DUPAYS S., WEILL M., PERLBARG J. Perspective de développement de la chirurgie ambulatoire en France. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Rapport, juillet 2014, http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-039R_-_Rapport.pdf

BLANCHET P., Colloque TIC santé 2014 : suivi post-opératoire en chirurgie ambulatoire, améliorer la communication ville-hôpital, 12/02/2014 https://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/formatic_paris_2014_suivi_post_operatoire_en_chirurgie_ambulatoire_ameliorer_la_communication_ville_hopital.14272

CANOÛ-POITRINE F., LOGEROT H., FRANK-SOLTYSIAK M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. Pratiques et Organisation des Soins 4/2008 (Vol. 39), 323-330. www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2008-4-page-323.htm. DOI : [10.3917/pos.394.0323](https://doi.org/10.3917/pos.394.0323).

Centre hospitalier de Pau, Charte de fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire, version 2, 01/03/2013

CUVELIER G., BAZIN G., Cours DCEM2 formations-en-chirurgie-ambulatoire <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/fr/congres-et-informations/cours-autres-formations-en-chirurgie-ambulatoire>

ENGEL F., CAUTERMAN M., TAJAHMADY A. Développer la chirurgie ambulatoire : les limites des politiques incitatives, Annales des Mines, Gérer et comprendre 4/2008 n° 94, 14-24. <https://www.cairn.info/revue-gerer-et-comprendre1-2008-4-page-14.htm> DOI [10.3917/geco.094.0014](https://doi.org/10.3917/geco.094.0014)

HAS. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels ? Texte court, décembre 2010. <http://www.has-sante.fr>

HAS. De nouveaux travaux pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, communiqué de presse, mis en ligne le 30 mars 2015, <http://www.has-sante.fr>

HAS. Points clé et solutions. Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, *Mieux travailler en équipe*, novembre 2015 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/points_cles_et_solutions_-_cooperation_entre_anesthesistes-reanimateurs_et_chirurgiens.pdf

HAS-ANAP, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, la chirurgie ambulatoire en 12 questions, avril 2012, <http://www.has-sante.fr> [Consulté le 19/08/2015]

MICHON F. Dossier la chirurgie ambulatoire, Soins n°795, mai 2015, 31-56

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Référentiels métier et de compétences en chirurgie, « gynécologie, obstétrique, orthopédie, traumatologie, urologie », mission évaluations des compétences professionnelles des métiers de la santé, fédération nationale des spécialités chirurgicales, décembre 2007

Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, CPAM Abécédaire chirurgie ambulatoire, organisation, réglementation, pratique, janvier 2009

Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, La chirurgie ambulatoire : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, 10 juillet 2015 <http://www.sante.gouv.fr/la-chirurgie-ambulatoire-une-alternative-a-l-hospitalisation-conventionnelle.html>

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH), Rapport intermédiaire « Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques », avril 2006, <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/professionnels/references-organisationnelles/rapport-intermediaire-organisation-chirurgie-ambulatoire.pdf>

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH), Le bréviaire, « La chirurgie ambulatoire en 20 questions », octobre 2007, <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/professionnels/references-organisationnelles/breviaire-chirurgie-ambulatoire.pdf>

QUEGUINER T., Gestion des risques, Hospimédia en ligne, article publié le 6/10/2015

ROMATET J.J. La chirurgie ambulatoire hôpital en mouvement. Trait d'Union n°132, avril 2012, 14-20.

ZETLAOUI P. La chirurgie ambulatoire : une urgence pour le présent Août 2012, <http://sfar.org/article/922/la-chirurgie-ambulatoire-une-urgence-pour-le-present>

Sites Internet

Agence régionale de santé d'Ile-de-France www.ars.iledefrance.sante.fr
Association française de chirurgie ambulatoire <http://chirurgie-ambulatoire.org>
Centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint Germain en Laye <http://www.chi-poissy-st-germain.fr>
Faculté de médecine François Rabelais, Tours <http://med.univ-tours.fr>,
Faculté de médecine Paris-Saclay, Orsay <http://www.u-psud.fr>
Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris www.upmc.fr
Faculté de médecine René Descartes, Paris <http://www.scfc.parisdescartes.fr/>
Faculté de médecine Sophia Antipolis, Nice <http://portail.unice.fr/médecine>,
Haute autorité de santé <http://www.has-sante.fr/portail/>
Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers www.meah.sante.gouv.fr

Textes

Décret 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=id>

Instruction DGOS/RH4/DGCS/4B/2015/247 du 27 juillet 2015 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/08/cir_39936.pdf

Instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/10/cir_40158.pdf

Circulaire DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-01/ste_20110001_0100_0114.pdf

Lettre-circulaire DGOS/RH4 n°2011-210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière <http://circulaires.legifrance.gouv.fr>

Circulaire DGOS/R1/2015/362 du 15 décembre 2015 relative à la troisième délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2015 ; accompagnement des opérations de modernisation des établissements de santé par le développement de la chirurgie ambulatoire http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/12/cir_40346.pdf

Groupes de travail et de lecture

Groupe de travail

Animateurs

Ljiljana JOVIC, Directeur des soins – Conseillère technique régionale, ARS Ile-de-France, Paris (75)

Brigitte FEUILLEBOIS, Chargée de mission, ARS Ile-de-France, Paris (75)

Membres du groupe de travail

Sébastien FIRROLONI, Directeur du pôle ressources humaines en santé, ARS Ile-de-France, Paris (75)

Younes GUILLOULI, Chef de projet, ARS Ile-de-France, Paris (75)

Pérola PESTANA-SPREUX, Responsable département formations, Pôle ressources humaines en santé, ARS Ile-de-France, Paris (75)

Dr Brigitte HOMSY-HUBERT, Référent chirurgie, Direction de l'offre de soins et médico-sociale, ARS Ile-de-France, Paris (75)

Valérie AMATHIEU, Agent administratif service des admissions, centre hospitalier intercommunal Créteil (94)

Dr Marie-Christine BAUWENS, Responsable établissement de santé, délégation territoriale 92, ARS Ile-de-France, Nanterre (92)

Pr Marc BEAUSSIER, PU-PH Chef du service d'anesthésie, CHU Saint-Antoine, AP-HP, membre du bureau de l'ORCA, Paris (75)

Pr Jean-Pierre BETHOUX, PU-PH Chirurgien-consultant des hôpitaux, CHU Cochin-Port Royal, AP-HP, coordonnateur médical de l'ORCA, Paris (75)

Nevine BREHAUT, Attaché d'administration hospitalière, centre hospitalier intercommunal, Créteil (94)

Elise FARGES, Etudiante master santé publique, université Paris Diderot (75)

Dr Jean-Pierre FOULON, Chirurgien vasculaire, Directeur, clinique Sainte-Marie, membre du bureau de l'ORCA, Osny (95)

Dr Elisabeth GAERTNER, Praticien hospitalier, médecin anesthésiste réanimateur, CHU Fernand-Widal-Lariboisière, AP-HP, membre du bureau de l'ORCA, Paris (75)

Dominique LANQUETIN, Cadre de santé IBODE, CHU Robert Debré, AP-HP, Paris (75)

Laetitia MESSNER, Directrice pôle efficacité du système de santé, ARS Ile-de-France, Paris (75)

Christine NALLET, Directeur des soins-coordonnateur général des soins, Directeur qualité, gestion des risques, centre hospitalier Sud-Francilien, Corbeil-Essonnes (91)

Pr Henri-Jean PHILIPPE, PU-PH, Chef de service gynéco-obstétrique, CHU Cochin-Port Royal, AP-HP, membre du bureau de l'ORCA, Paris (75)

Marielle RENOU, Cadre de santé, unité de chirurgie ambulatoire, Institut Curie, Paris (75)

Danièle RISSER, Cadre de santé IADE, Bloc opératoire et unité de chirurgie ambulatoire, centre hospitalier Delafontaine, Saint-Denis (93)

Dr François VENUTOLO, Praticien hospitalier, centre hospitalier de Gonesse (95)

Groupe de lecture

Florence ALAUX, Cadre de santé, unité de chirurgie ambulatoire, hôpital Saint Louis, AP-HP, Paris (75)

Dominique ANGER, Directrice des soins, groupe hospitalier Henri Mondor - Albert Chenevier, AP-HP, Créteil (94)

Laurence AUPERIN, Infirmière, unité de chirurgie ambulatoire, hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne (92)

Dr Thomas BAUER, Chirurgien orthopédique, hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne (92)

Dr Hélène BERSENEFF, Chirurgien, chef de pôle femme-enfant, centre hospitalier René Dubos, Pontoise (95)

Dr Jean-Louis BOURGAIN, Médecin anesthésiste réanimateur, chef de département du bloc opératoire, Institut Gustave Roussy, Villejuif (94)

Jean-Marc BOUSSARD, Directeur des soins-coordonnateur général des soins, centre hospitalier de Versailles (78)

Djemila BOUROUMA, Adjointe du directeur des soins, coordination générale des activités de soins, centre hospitalier intercommunal, Meulan-les-Mureaux (78)

Catherine CAILLE, Cadre de santé, chargée de missions transversales, hôpital Cochin, AP-HP, Paris (75)

Jérôme CHEVILLOTTE, Faisant fonction de cadre supérieur de santé, centre hospitalier de Versailles (78)

Anne-Marie COLLET, Cadre supérieur de santé, cadre du pôle CARGO-U, centre hospitalier intercommunal, Meulan les Mureaux (78)

Véronique CHAMPENOIS, Cadre supérieur de pôle, centre hospitalier de Versailles (78)

Isabelle DECOUX, Kinésithérapeute, centre hospitalier de Versailles (78)

Pr Richard DOUARD, PU-PH, Chirurgien, service de chirurgie digestive, générale et cancérologique, hôpital européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris (75)

Gilles DULUC, Directeur adjoint à la direction des finances et de la recherche, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris (75)

Catherine DUPONT MONNATTE, Infirmière, centre hospitalier de Versailles (78)

Sandrine FLEUROT, Cadre de santé paramédical, unité de chirurgie ambulatoire, hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne (92)

Catherine FOURMENT, Directeur des soins-coordonnateur général des instituts de formation, centre hospitalier Sud Francilien, Corbeil-Essonnes (91)

Delphine FRONTICE, Cadre de santé, bloc opératoire, centre hospitalier d'Arpajon (91)

Pr Sonia GAUCHER, MCU-PH, Chirurgien plasticien, service de chirurgie générale, plastique et ambulatoire (SCGPA), hôpital Cochin, AP-HP, Paris (75)

Nathalie JACQUES, Cadre de département bloc opératoire et hôpital de jour chirurgical, Institut Gustave Roussy, Villejuif (94)

Caroline JOLY, Directeur des soins, hôpital Beaujon, AP-HP, Paris (75)

Yamina KERROU, Cadre supérieur de santé, responsable du département d'anesthésie-réanimation (DAR) et centre de traitement des brûlés (CTB), hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris (75)

Dr Guy KUHLMAN, Praticien hospitalier, médecin anesthésiste-réanimateur, hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne (92)

Dr Antoine LABBE, Chirurgien en ophtalmologie, hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne (92)

Stéphanie LACOMBE, Cadre de santé IBODE, centre hospitalier René Dubos, Pontoise (95)

Nathalie LALLEMENT PEREIRA COLAÇO, Cadre supérieur de santé, pôle consultations-ambulatoire-expertise, HIA Percy, Clamart (92)

Nadine LANCELEUR, Cadre de santé IBODE, unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, GHUPO, AP-HP, Paris (75)

Bénédicte LANCKBEEN, Cadre de santé, chirurgie ambulatoire, chirurgie de semaine, centre hospitalier René Dubos, Pontoise (95)

Virginie LECAPLAIN, Cadre de santé, chirurgie conventionnelle et chirurgie ambulatoire, centre hospitalier des Quatre Villes, Saint-Cloud (92)

Pascale LEMASÇON, Directeur des soins-coordonnateur général des soins, hôpitaux Universitaires Paris Ouest, AP-HP, Paris (75)

Dr Nicolas MOCELLIN, Médecin en chef, chirurgien des hôpitaux des Armées, service de chirurgie viscérale et générale, HIA Percy, Clamart (92)

Corinne MOINEAU, Cadre de santé en chirurgie, centre hospitalier d'Arpajon (91)

Anne MONTARON, Directeur des soins, institut Gustave Roussy, Villejuif (94)

Catherine NAVIAUX-BELLE, Directeur des soins, conseillère pédagogique régionale, ARS Ile-de-France, Paris (75)

Isabelle PERROTIN, Coordinatrice des blocs opératoires, hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris (75)

Marguerite PONCE, Directeur des soins, centre hospitalier d'Arpajon (91)

Gaëlle PROVENCHERE, Secrétaire, UCA, hôpital Cochin, AP-HP, Paris (75)

Catherine REMBLIERE, Cadre supérieur de santé, service de chirurgie, centre hospitalier Sud-Essonne, site Etampes (91)

Marie-Jeanne RENAUT, Directeur des soins, conseillère pédagogique régionale, ARS Ile-de-France, Paris (75)

Sophie THEBAUD, Infirmière, unité de chirurgie ambulatoire, hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne (92)

Pascale VAN DER STRAATE, Assistante médico-administrative, service de chirurgie ambulatoire, centre hospitalier René Dubos, Pontoise (95)



Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

35 rue de la gare,

75935 PARIS CEDEX 19

Tél 01.44.02.00.00

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

<http://www.sante-iledefrance.fr/>