### **Hotels Hospitaliers**





Rapport de l'Académie Nationale de Chirurgie (ANC) « La chirurgie en 2025 »

« Servant de **« filet de protection »** ou de « test » pour le passage en chirurgie ambulatoire de nouveaux actes » : **Non** 

PLFSS 2015 "une condition indispensable à l'essor des pratiques ambulatoires (Non) qu'il convient d'accompagner «(quoique...:PLFSS 2015:amendement article 37bis 15.10.2014)

- Hôtel-patient ou hôtel hospitalier (maison familiale hospitalière CHRU Lille)
  - ne fournit qu'un hébergement pour patients autonomes (et famille) ne nécessitant aucun soin .
     Logique d'éloignement , transport, d'horaire des actes ou examens du lendemain. responsabilité...
     Tout patient y compris ambulatoire

#### Hôtel médicalisé ou hébergement de soins limités ou médihôtel

la possibilité d'appeler les professionnels de santé si nécessaire. surveillances ;réanimation cardio-pulmonaire ;urgence de 24h , Chariot d'urgence...

Pas d'indication pour les patients « ambulatoires »





« La nuit à l'hôtel n'est pas une alternative sécuritaire à la chirurgie ambulatoire; dérives vers des structures de surveillance, de soins délocalisés pour des actes qui ne concernent pas la chirurgie ambulatoire; pertes de chance patient : hopital « dégradé »

# 3 Organisation Gouvernance

Nadine Ruolt

### Restitution du benchmarking ANAP HAS

#### Freins, potentielles pistes d'amélioration (1)

#### • Dans l'ensemble

- Faible usage des rotations qui n'incite pas à organiser des arrivées tout au long de la journée
- Absence de recours aux lits-brancards fluidifiant les circuits.
- Unité d'ambulatoire trop liée à une spécialité ou à un secteur d'hébergement conventionnel
- Certains flux non chirurgicaux viennent « gêner » l'expansion de la chirurgie ambulatoire
- Absence de suivi des indicateurs d'annulation
- Double signature qui n'est pas faite pour fluidifier les sorties
- Absence de contrainte capacitaire à l'organisation de rotation
- Absence d'espaces « sas » facilitant les rotations
- Le développement d'une activité nouvelle en ambulatoire n'est pas corrélé à un développement par substitution
- L'absence de contrainte capacitaire n'a pas poussé les services moins moteurs à se diriger vers ce type de prise en charge

### Restitution du benchmarking ANAP HAS

#### Freins, potentielles pistes d'amélioration (2)

#### CMCA

 Difficulté à optimiser à la fois l'occupation du bloc et de l'unité ambulatoire tout en composant avec l'unité chirurgicale conventionnelle au bloc opératoire

#### • Ophtalmologie:

 Indication ambulatoire se limitant aux patients proches géographiquement faute de relais locaux pour la visite à J+1

#### FMNN:

 Conflit sur les ressources du bloc opératoire avec l'hospitalisation complète notamment pour les gestes « lourds »

#### Pédiatrie et CMCA

 Pas de brancardage dédié dans les activités où les flux de patients sont très nombreux et/ou chronophage

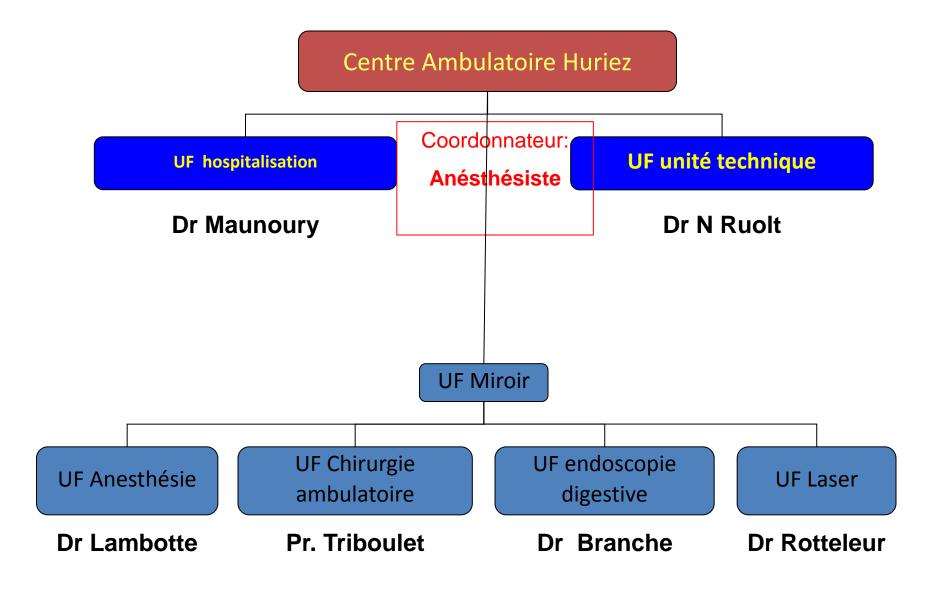
### Gouvernance

Pole médico-chirurgical Huriez

Clinique ambulatoire Huriez
Coordinateur
Conseil de clinique : réunions trimestrielles
une réunion annuelle bilan d'activités

Charte de fonctionnement Protocoles, processus Évaluations valorisations

Cellule de programmation : hebdomadaire



exemple

### **PLAGES DE BLOC (charte )**

- Règles de passage au bloc opératoire
- Proposition d'attribution des plages par service
- Régles de modification de répartition

### Règles de passage au bloc opératoire (charte )

### L'ordre de passage des patients en bloc opératoire ou salles interventionnelles est défini en fonction :

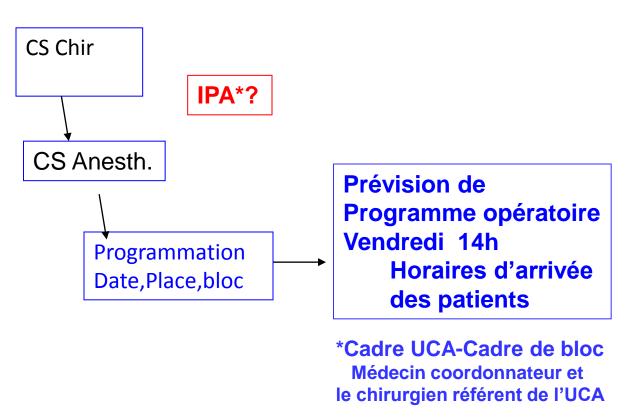
- Du caractère ambulatoire du geste (Hospitalisation en HCD)
- Du niveau d'asepsie de l'intervention
- De la durée prévisible de l'acte
- De l'opérateur...
- •De la nécessité d'une prise en charge anesthésique
- •Du terrain du patient (classification ASA, diabétique, âge, état mental...)
- •De la durée prévisible de passage en salle de surveillance postinterventionnelle.
- •De l'optimisation du temps de travail (même opérateur pour plusieurs interventions)

# Points d'organisation pour optimiser l'occupation des blocs

- Attribution des plages par service et/ou opérateur
- Programmation optimale (éviter les doublons règles d'affectation)
- Partage du matériel à établir (coelioscopie matériel d'urologie entre le bloc central et le CMCA)
- Organisation spécifique en période de congés (personnel restreint)

### programmation

2 IDE « programmatrices » (UCA multidisciplinaires:70 actes/ j médico-chir.







- •Régulatrice de Programme UCA
- •Gestionnaire de flux
- •ou logiciel (Web100T)

### La charte de fonctionnement de l'UCA

Décret DGOS 22 aout 2013 art.6124-305

A rédiger avant juin 2013

- Organisation de la structure, des soins (reco 1)
- •Fonctionnement médical (reco 3)
- •Indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins (reco 2)
- Conditions de désignation et qualification du coordonnateur (reco 4)
- Organisation de la continuité des soins
   Modalités de sortie, conventions (reco 12)
- Formations nécessaires (reco 18)

### Proposition d'attribution des plages par service

	BLOC 1		BLOC 2	
	MATIN	APRES-MIDI	MATIN	APRES-MIDI
LUNDI	UROLOGIE + Dr LESAGE		CAO (Massouille)	CAO (Massouille)
MARDI	CAO (Zerbib) Coelioscopie		FIV + Andrologie ( Rigot) + CAO (Pruvot)	
MERCREDI	FIV + CAO Chambon	CAO Chambon	CAE (Triboulet/Mari ette) Coelioscopie	
JEUDI	Andrologie (Marcelli)		РМО	
VENDREDI	CAE (Triboulet/Marie tte) Coelioscopie	BLOC LOCAL	CAE (Triboulet/Mari ette) Coelioscopie	CAO (Saudemont)

# 4 Innovations



# Innovations\* (geste)\*\*

Pour l'ambulatoire en général ou pour une Unité déterminée

Organisationnelle (circuit court), technologie, technique, médicamenteuse... Professionnelles: nouveaux métiers...

Méthodologie
du choix (de l'acte candidat)
de l'application

#### **Innovations** « non chirurgicales » exemples

#### Organisation des UCA:

#### circuits ambu différenciés

circuit court : durée très court en SSPI(pas d'AG) circuit long :quelques heures en SSPI (AG)

Circuit « enfant » intégré

Prise en charge de certaines urgences

Appels J-1 et J+1 sous-traités... délégation de signature à la sortie

Informatisation: bracelet St Antoine, circuit et flux: Web 100T

Innovations technologiques :ex.Miniaturisation des endoscopes

#### Innovations en anesthésie:

drogues, médicaments des vomissements, de la douleur chirurgie sans anesthésistes (paroi abdominale) Tours

Nouveaux métiers: IPA: intervenant pilote en ambulatoire







- pour l'ambulatoire en général
- pour une UCA\* déterminée

#### **Autres innovations:**

Organisations technologies, techniques, médications, nouveaux métiers...

\*UCA : unité de chirurgie ambulatoire

### 2015 Marges de développement:

Indications potentielles de la chirurgie ambulatoire

#### Pour la SFAR, l'AFCA, et l'IAAS :

Il ne doit pas exister de listes d'actes nationales , par définition limitatives et figées pour tous, potentiellement dangereuses,

mais un programme « ambulatoire » par unité adapté à l'expertise des opérateurs, à l'organisation mise en place, à la maitrise des risques, à la durée du geste, à la prévisibilité des suites (bénéfice/risques)





### Innovation Nouveau geste



- Facteurs décisionnels
- Prérequis
- Méthodologie d'introduction
- Conséquences de l'innovation



### Innovation Nouveau geste



Facteurs décisionnels Prérequis

Méthodologie d'introduction

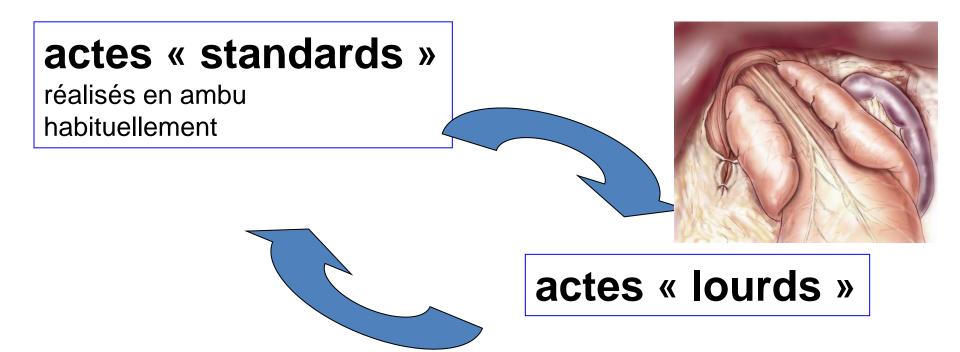
Conséquences de l'innovation





20, 30, 40, 50% d'ambulatoire et au-delà : des clés pour réussir son développement Vendredi 27 juin 2014 Paris - FIAP

# Par quelle innovation commencer?



### Toutes les spécialités chirurgicales sont concernées par l'innovation ambulatoire

Digestive Plastique et reconstructive Gynécologie Vasculaire Urologie-andrologie Neurochirurgie Orthopédie Chir enfant Chir endocrinnienne Chir thoracique ORL Ophtalmologie Maxillo faciale

Urgence

Marges pour l'innovation très variables selon la discipline

### Méthodologie d'application

#### **CHEMIN DECISIONNEL**

pour une nouvelle indication en ambulatoire

- choix de l'acte candidat
- Protocolisation (réunion médicale multidisciplinaire)
- Réunion d'adhésion de l'ensemble des acteurs l'équipe médicale impliquée
- Réunion d'informations : ensemble du personnel de l'unité d'ambulatoire
- Réunion stratégie d'application
  - (spécificité du du chemin clinique pour l'acte candidat, matériel, durée des vacations, modif. programmation, nombre par an, cout ...)
- Campagne de communication avec les correspondants préalable au début de la pratique
- Présentation du projet aux patients en consultation et retour d'avis.
- Evaluation du résultat des premières indications (qualité perçue,GICLI..)

### Exemple d'effet d'aubaine pour l'industrie: projet « OPUS II »...

3 zones

Collaboration entreprises du Clubster Santé et le CHRU de Lille



#### fauteuil-lit 3 en 1



PLUS DE 30





















Universitaire de Lille

#### **ET DES PARTENAIRES ASSOCIÉS**















Entreprendre et réussir



7500 euros (officieux 16.09.2014)

un fauteuil-lit 3 en 1 (fauteuil-lit, brancard et table d'intervention) doté d'accessoires médicaux et intégrant une tablette tactile sur bras articulé, et une ultra-connexion permettant la mesure sans fils et à distance des paramètres vitaux (saturation en oxygène, rythme cardiaque et rythme respiratoire avec retranscription sur écran via un bracelet et des capteurs sur le fauteuil-lit) et une traçabilité perfectionnée (puces RFID et retranscription en temps réel via écrans et SMS).

### Innovation Nouveau geste



Facteurs décisionnels

Prérequis

Méthodologie d'introduction

Conséquences de l'innovation





#### L'établissement :

valorisation(?), attractivité(vitrine médiatique) communication interne et externe effet volume, contamination intra,interdisciplinaire, modularité, modifications de la structure







L'établissement :

valorisation(?), attractivité(vitrine médiatique) communication interne et externe effet volume, contamination intra,interdisciplinaire, modularité, modifications de la structure



• L'unité de chirurgie ambulatoire : organisation, parcours







- L'établissement :
  - valorisation(?), attractivité(vitrine médiatique) communication interne et externe effet volume, contamination intra,interdisciplinaire, modularité, modifications de la structure



- L'unité de chirurgie ambulatoire : organisation, parcours
- Le personnel :

participation à l'évolution des indications dans l'UCA part de la notoriété:communication, vidéos baisse de l'absentéisme, et des demandes de mutation







- L'établissement :
  - valorisation(?), attractivité(vitrine médiatique) communication interne et externe effet volume, contamination intra,interdisciplinaire, modularité, modifications de la structure



- L'unité de chirurgie ambulatoire : organisation, parcours
- Le personnel :

participation à l'évolution des indications dans l'UCA part de la notoriété:communication, vidéos baisse de l'absentéisme, et des demandes de mutation

La formation :









Prise en charge extrahospitalière:amont, aval:

relations hopital-ville

Evaluation médicale : de l'acte ,de l'ambulatoire

Appréciation des médecins, acteurs de l'innovation

Modèle pour les équipes de conventionnel

participation, organisation, motivation, investissement,

Intérêt des patients







### Innovations autres que chirurgicales

Organisation (c. Court ,enfants, urgences reprogrammées ...)

Anesthésie (médications anti-douleurs, ALR, pas d'anesthésiste...)

Technique (micro-instrumentation)

Technologie (bracelets de situation, logiciels...)

Télésurveillance des paramétres vitaux ,des plaies à domicile

**Nouveaux métiers** 

(IPA:intervenant pilote en ambulatoire, gestionnaire de flux)

**Architecture:** (modularité,centres indépendants,hotels)

**Industrie:** (OPUS 2)









### **Innovations techniques en France 2012-2016**

- Orthopédie : avant-pied ,épaule , hanche (PTH ),Genou (PTG)... coiffe des rotateurs, arthroplastie d'épaule, instabilité de l'épaule
- Urologie:
  - prostatectomie radicale pour cancer robotisé
  - Vaporisation Prostatique Laser en ambulatoire
  - Néphrectomie laparoscopique, résection de kystes du rein
- Chirurgie gynécologique: hystérectomie vaginale, mamectomie totale
- Chirurgie de l'obésité: anneaux gastriques, sleeve gastrectomie, by-pass
- Chirurgie endocrinienne: thyroidectomie totale, hyperparathyroidectomie
- Chirurgie digestive: cholécystectomie (MSAP), cure de reflux gastro-oesophagien
- Mégaoesophage : diverticule de l'œsophage cervical, splénectomie, surrénales, colectomie coelio pour cancer.
- Chirurgie hépatique : kyste, angiome, HNF, quelques métastases,...
- Neuro chirurgie: hypophyse, hernie discale
- Ophtalmologie : chirurgie de la rétine
- Thoracique: tumorectomie par thoracoscopie

## Prises en charge innovantes en ambulatoire au CHRU de Lille

- Innovations techniques (œsophage), technologiques (Robot)
- Innovations anesthésiques: (loco-régionales, médicaments, hypnose)
- Innovations organisationnelles: circuits courts
- Innovations professionnelles : nouveaux métiers : intervenant pilote en ambulatoire (IPA)

### **Conclusions**

- •Les stratégies retenues pour le développement de la chirurgie ambulatoire doivent tenir compte:
- de la nature des freins persistants
- des économies raisonnablement engendrées
- des dépenses couts de la politique de soutien, dépenses non quantifiables
- des incertitudes liées à la montée en charge de l'ambulatoire volume et de périmètre
- des conséquences pour les établissements de santé.
- •Les divergences persistent entre
  - -les *objectifs d'équilibre financier*
  - -et les avancées obtenues par la PEC ambulatoire amélioration de la *qualité des soins et de la sécurité des patients.*

6 octobre 2014 Institut de la qualité des soins et de la sécurité des patients

15 Octobre 2014 Fédération française des associations de la qualité et sécurité en santé

### Des résistants à l'ambulatoire en 2015 ?

### « Les ambulatorix »

### Qui sont-ils?

des ignorants (par exemple: les 12 heures , listes d'actes...)
des non convaincus ou convaincus « rétractés »
des opposants :

- cachés ,rampants
- ou déclarés : ils ont fait leur « AACO » (Against Ambulatory Coming Out )

### Où vivent-ils?

- En bande dans des ambulatorix -E.S.
- Isolés en dispora , disséminés dans:

E.S., ARS, Fédé, Disciplines, Agences de l'état, acteurs chir .ou anesth. dans une même UCA



### **Combien sont-ils?**



avec pouvoir décisionnel?