

2.4.5 Obligation de continuité des soins

Selon l'article D. 6124-304 du CSP, la structure pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire est tenue d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de ses heures d'ouverture : « *dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure* ».

Chaque patient « *reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins* ».

2.4.6 Règlement intérieur

L'article D. 6124-305 du CSP impose que chaque structure de chirurgie ambulatoire possède un règlement intérieur propre qui doit préciser :

- les principes généraux de son fonctionnement médical
- la qualification du médecin coordonnateur
- l'organisation générale des présences et permanences des personnels
- les modalités de mise en œuvre de continuité des soins
- les modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux.

2.5 Responsabilité médico-légale

Depuis la loi du 4 mars 2002, le principe de la responsabilité civile médicale est basé sur les articles L. 1142 et les suivants du CSP.

La spécificité médico-légale de la chirurgie ambulatoire concerne principalement l'information délivrée, reçue et comprise par le patient et/ou son représentant légal et l'engagement de la responsabilité de l'établissement qui débute dans le respect du dispositif d'autorisation. Néanmoins, l'abécédaire de la chirurgie ambulatoire précise qu'« *à ce jour en France et selon les éléments disponibles, il n'y a pas d'action mettant en cause la responsabilité d'un médecin et/ou d'un établissement sur des éléments du fait d'une spécificité ambulatoire* »

L'article D. 6124-101 de CSP indique que « *Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur qui intervient sans délai. Ce médecin :*

- 1) *décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert ;*
- 2) *autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire* ».

L'autorisation de sortie est donc une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. « *Quel que soit le médecin signataire, la responsabilité professionnelle de chacun des praticiens reste engagée. Il est de la responsabilité de l'anesthésiste réanimateur de donner au patient l'ensemble des éléments nécessaire à la continuité de sa prise en charge post anesthésique, après sa sortie de l'unité ambulatoire* ».

En définitive, la responsabilité de l'anesthésiste réanimateur dans la prise en charge du patient en hospitalisation ambulatoire est identique à celle en hospitalisation complète.../...

Source : HAS ANAP avril 2012

- **Document 1.3** : Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, extraits de la synthèse



.../... **3.16 Modalités d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire** Depuis le début des années deux mille, plusieurs dispositifs d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire ont été mis en place :

- Substitution des lits de chirurgie classique par des lits de chirurgie ambulatoire

Entre 1999 et 2003, les établissements souhaitant ouvrir des places en chirurgie ambulatoire devaient s'engager à réduire, dans des proportions variables (d'autant plus importantes que l'établissement avait peu développé la chirurgie ambulatoire), le nombre de lits d'hospitalisation en chirurgie classique. Ce dispositif a été supprimé par l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003.

- Intégration de la chirurgie ambulatoire dans les dispositifs de planification de l'offre hospitalière

Depuis 2004, la plupart des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) ont fixé un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire. Dans le SROS-PRS 2011-2016, la chirurgie ambulatoire a été classée au rang de priorité nationale et fait partie des dix priorités du programme de gestion du risque. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens État-ARS intègrent une cible régionale de développement de la chirurgie ambulatoire ; cette cible étant à décliner sur l'ensemble des établissements.

- Mise sous accord préalable de l'Assurance maladie

À partir de 2008, l'Assurance maladie a conditionné la réalisation de cinq gestes chirurgicaux en hospitalisation classique à une mise sous accord préalable. Cette liste a été étendue à dix-sept gestes en 2009. En pratique, lorsqu'un établissement souhaite réaliser un acte de la liste en hospitalisation classique, il doit demander l'autorisation à la caisse d'assurance maladie.

- Incitations tarifaires

La tarification à l'activité prévoyait initialement des tarifs différenciés pour la prise en charge en hospitalisation classique et en ambulatoire : le tarif de l'ambulatoire étant plus bas. Il n'y avait donc pas d'incitation tarifaire à développer la chirurgie ambulatoire.

Plusieurs mesures tarifaires ont donc été mises en place :

- dès 2007, afin de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, un tarif unique a été instauré en 2009 pour un ensemble de « couples » de Groupes Homogènes de Malades (acte en chirurgie ambulatoire et acte en chirurgie classique). Le rapprochement tarifaire été ensuite étendu à dix-huit « couples » jusqu'en 2011 puis trente-neuf couples en 2012 ;
- pour les autres séjours (hors couples à tarification unique), jusqu'en 2010, les séjours en dessous de la borne basse de durée de séjour étaient financés à 50 % seulement du tarif du GHM. Ce dispositif a été supprimé au profit d'un socle de financement fixé à au moins 66 % du tarif du niveau 1 de sévérité ;
- en 2012, la borne basse été supprimée pour 16 GHM dans le secteur public ou privé non lucratif et 11 GHM dans le secteur privé lucratif. Cette suppression entraîne donc une revalorisation du tarif en ambulatoire qui devient de fait rémunéré au même niveau que celui de la chirurgie classique. Encore relativement peu d'actes de cette catégorie sont réalisés en ambulatoire ; il s'agit généralement de pratiques innovantes en chirurgie ambulatoire ;
- il avait été constaté que les tarifs de la chirurgie ambulatoire étaient parfois inférieurs au coût de l'Échelle Nationale de Coûts Commune (ENCC), ce qui engendrait potentiellement des marges négatives pour l'établissement. Certains tarifs de chirurgie ambulatoire ont donc été revus à la hausse en 2011 et 2012, afin de fixer le tarif au niveau du coût ajusté du GHM.

Source : HAS ANAP avril 2012

➤ **Document 1.4 :** Etat des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire - Analyse nationale et régionale complémentaire, données 2010. Synthèse.

L'analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire sur la période 2010 s'inscrit dans la continuité des travaux menés dans le cadre du programme de « gestion du risque » (GDR) portant sur la chirurgie ambulatoire (cf. Instruction DGOS du 27 décembre 2010 *relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque*). Elle est donc complémentaire à celle déjà réalisée sur la période 2007-2009 et mise en ligne sur le site de l'agence depuis mars 2011.

Pour mémoire, l'analyse sur la période 2007-2009 brosse un état des lieux national sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 2007 à partir des indicateurs définis dans le cadre du programme GDR. Elle montre que la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire augmente depuis 2007 (+3,9 points entre 2007 et 2009) mais le rythme de cette évolution est variable selon les régions. L'évolution globale des pratiques est également analysée ainsi que l'évolution spécifique des 18 racines de groupes homogènes de malade (GHM) faisant l'objet d'une incitation tarifaire spécifique à la prise en charge en ambulatoire, via la mise en place d'un tarif unique entre l'ambulatoire et le niveau 1 d'hospitalisation complète.

Globalement en 2010, les efforts de développement de la chirurgie ambulatoire se sont poursuivis, et ce dans la quasi-totalité des régions et pour l'ensemble des catégories d'établissements. Néanmoins, ces efforts semblent de moindre intensité que ceux constatés en 2009, en particulier sur les 18 racines bénéficiant d'une politique tarifaire incitative (tarif unique).

Rappel :

La politique d'incitation tarifaire porte sur 19 couples de GHM dont 1 couple de GHM en K (interventionnel). Dans la mesure où seuls les GHM en C ont été retenus pour le calcul de l'ensemble des indicateurs, ce couple n'est pas pris en compte. L'analyse ne porte donc que sur 18 couples.

Introduction

Cette analyse a pour objectif de vérifier si les efforts de développement de l'activité de chirurgie ambulatoire constatés depuis 2007 au niveau national et au sein de chaque région se sont poursuivis en 2010. Elle s'appuie sur les mêmes indicateurs que ceux retenus par le groupe de travail GDR qui ont servi de base à l'analyse de 2007-2009. Elle repose également sur une construction identique s'articulant autour de deux grandes parties : l'une portant sur le taux de recours populationnel visant à mesurer le recours de la population à la chirurgie ambulatoire par comparaison à la chirurgie réalisée en hospitalisation complète ; l'autre portant sur le taux de chirurgie ambulatoire visant à mesurer l'évolution des pratiques.

Enfin, il est important de rappeler que cette analyse n'a pas pour objet d'identifier de façon précise les potentiels de développement de la chirurgie ambulatoire dans la mesure où cette démarche nécessite notamment une analyse médicale des résumés de sortie standardisés au sein de chaque établissement

I – Taux de recours

Rappel des définitions

- Le taux de recours correspond au nombre de séjours annuel des patients d'une région rapporté à la population totale de cette région. Ainsi, le taux de recours en chirurgie par exemple indique le nombre de séjours réalisés en chirurgie pour 1 000 habitants.

- Les taux de recours étant très variables en fonction de l'âge, il est couramment préféré d'étudier des taux de recours dits « standardisés » (Standardisation sur le sexe et l'âge.) parce qu'ils corrigent le résultat de l'effet structure par âge de la population. Les taux de recours de chaque classe d'âge et chaque sexe observés dans une région donnée sont alors appliqués à la structure de la population nationale et donnent ainsi au global pour la région un taux de recours « standardisé ». L'examen des taux de recours standardisés permet d'analyser, pour chaque exercice, le positionnement de chaque région par rapport au taux national et l'évolution de ce positionnement (ex : rattrapage de l'écart au taux national dans le temps, etc.).

- La part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire peut être calculée en rapportant le taux de recours à la chirurgie ambulatoire au taux de recours à la chirurgie. [...]

L'évolution 2010 du taux de recours standardisé à la chirurgie (cf tableau 1.2)

1 Au niveau national

Depuis 2009, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire a progressé de 1.4 point (passant de 28,8 à 30,2 pour 1 000 habitants) alors que celui correspondant à la chirurgie n'a progressé que de 0.3 point (passant de 79,6 à 79,9 pour 1 000 habitants).

La progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire continue donc d'être plus dynamique que celle du taux de recours à la chirurgie. A noter que, depuis 2007, la progression globale du taux de recours à la chirurgie ambulatoire est de 5 points.

Pour mesurer les efforts de substitution de l'hospitalisation complète au profit de l'ambulatoire, il est intéressant de calculer la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire correspondant au ratio entre le taux de recours à la chirurgie ambulatoire et le taux de recours à la chirurgie. Ce ratio permet en effet de mesurer la progression de la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire. Depuis 2009, cette part a augmenté de 1.6 points, passant de 36,2% à 37,8%. Toutefois, il est important de noter que cette progression est inférieure à celle constatée entre 2009 et 2008 (+2.5 points), ce qui témoigne d'un léger ralentissement en 2010 du rythme d'évolution des séjours pris en charge en ambulatoire.

2 Au niveau régional

La situation en 2010 [...] par rapport à 2009, il est constaté une progression du taux de recours à la chirurgie et de la part des séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire dans toutes les régions, à l'exception de la Réunion et de la Guyane. Concernant la part des séjours pris en charge en ambulatoire, il est intéressant de constater :

- une augmentation en 2010 du nombre de régions ayant une part inférieure à la moyenne nationale et dont l'écart par rapport au niveau national s'est creusé (8 en 2010 contre 3 régions seulement en 2009), ce qui démontre une évolution du taux de chirurgie ambulatoire dans ces régions à un rythme moins rapide que pour le taux national[...]

- seule une région (Nord-Pas-de-Calais) a une part supérieure à la moyenne nationale en 2010 (ce qui n'était pas le cas en 2009) et son écart par rapport au niveau national s'est accentué entre 2007 et 2009 du fait d'une évolution à la hausse, à un rythme plus rapide qu'au niveau national. [...]

II - Taux de chirurgie ambulatoire

Cette partie porte sur les taux de séjours produits par les établissements de chaque région.

Rappel : différence entre taux de recours et taux de chirurgie ambulatoire

Contrairement au taux de recours (cf. 1ère partie) qui est assimilé à un taux de consommation des séjours de chirurgie ambulatoire par la population de chaque région, le taux de chirurgie ambulatoire développé dans la 2^{ème} partie est davantage assimilé à un taux de production des séjours de chirurgie ambulatoire par les établissements de chaque région.

Au niveau national, l'ensemble des séjours consommés par la population française ont été produits par tous les établissements du territoire français. Une très faible part des séjours produits ont été consommés par des étrangers. Ainsi, le taux de consommation de chirurgie ambulatoire est égal au taux de production, soit 36,2% en 2009. En revanche, au sein d'une région, le taux de consommation et le taux de production peuvent différer.

Il est tout d'abord présenté : l'évolution globale des pratiques aux niveaux national et régional. [...]

Evolutions des pratiques : la prise en charge en ambulatoire est en augmentation dans l'ensemble des catégories d'établissements et des régions

1 Au niveau national

Le taux global de chirurgie ambulatoire a progressé de 1.5 point entre 2009 et 2010, soit une progression globale de 5.4 points depuis 2007 (passant de 32,3% en 2007 à 37,7% en 2010).

Cette évolution à la hausse est observée pour l'ensemble des catégories d'établissements (taux 2.1). La plus forte progression 2009/2010 est observée pour les établissements ex-OQN* (+1.9 points), ce qui a creusé l'écart entre les établissements du secteur privé et ceux du secteur public : il est passé de 19 points en 2009 à 19,7 points en 2010.

En revanche, depuis 2007, la progression la plus forte reste observée pour les établissements à but non lucratif (EBNL). *objectifs quantifiés nationaux

2 Au niveau régional

La situation en 2010 [...]... Le taux de chirurgie ambulatoire a évolué à la hausse pour toutes les régions, aussi bien sur l'ensemble de l'activité que sur les 18 racines ayant fait l'objet d'une politique tarifaire incitative, à l'exception de la Guyane et la Guadeloupe.

Malgré une évolution à la hausse du taux de chirurgie ambulatoire sur la période 2009-2010 dans la quasi-totalité des régions, l'écart par rapport au taux national s'est creusé :

- pour 8 régions dont le taux est inférieur au taux national en 2010 ; l'évolution à la hausse a été moins rapide que pour le taux national ;
- pour 2 régions (Aquitaine et Nord Pas de Calais) dont le taux est supérieur au taux national en 2010 ; l'évolution s'est faite à un rythme plus rapide que pour le taux national. [...]

1.2 Taux de recours en chirurgie ambulatoire par région (pour 1 000 habitants)

(Standardisation par sexe et âge) Cellule d'analyse de l'activité hospitalière

Région	2007		2008		2009		2010	
	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.	Taux brut	Taux stand.
11 - Ile-de-France	24,8	26,3	25,8	27,6	27,7	29,7	28,7	30,7
21 - Champagne-Ardenne	23,0	22,9	25,1	25,1	27,7	27,6	30,1	29,9
22 - Picardie	22,1	22,4	22,8	23,2	26,2	26,7	28,8	29,3
23 - Haute-Normandie	22,7	22,8	24,5	24,7	27,6	27,9	28,7	28,9
24 - Centre	24,5	23,9	25,3	24,6	27,9	27,0	28,9	27,9
25 - Basse-Normandie	22,2	21,7	23,8	23,2	27,3	26,5	27,8	26,7
26 - Bourgogne	26,0	25,1	27,3	26,2	29,0	27,7	30,8	29,2
31 - Nord-Pas-de-Calais	26,1	26,6	25,9	26,4	30,1	30,9	32,4	33,3
41 - Lorraine	24,3	24,4	26,5	26,6	29,1	29,1	30,3	30,1
42 - Alsace	23,4	24,0	26,7	27,3	29,7	30,4	31,2	31,7
43 - Franche-Comté	18,2	18,1	19,6	19,5	22,2	22,0	24,4	24,1
52 - Pays de la Loire	25,6	25,3	26,8	26,5	29,2	29,0	31,3	30,8
53 - Bretagne	24,7	24,1	24,6	24,0	27,8	27,1	28,7	27,7
54 - Poitou-Charentes	28,5	26,7	31,0	28,8	33,4	31,1	34,7	32,0
72 - Aquitaine	27,6	26,4	29,3	27,8	31,3	29,7	33,7	31,7
73 - Midi-Pyrénées	23,7	22,9	24,6	23,7	26,5	25,4	29,0	27,5
74 - Limousin	20,7	19,0	23,1	21,0	25,7	23,0	27,7	24,5
82 - Rhône-Alpes	23,3	23,5	24,7	25,0	27,2	27,5	29,2	29,3
83 - Auvergne	21,4	20,8	23,1	22,2	25,4	24,2	27,5	26,1
91 - Languedoc-Roussillon	31,6	30,0	32,3	30,6	33,6	31,9	35,2	33,1
93 - Provence-Alpes-Côte-d'Azur	33,3	32,0	34,3	32,9	36,0	34,5	37,6	36,0
94 - Corse	33,1	30,8	34,1	31,6	35,2	32,6	36,0	33,0
971 - Guadeloupe	18,7	20,6	21,4	24,3	24,9	27,9	26,9	29,9
972 - Martinique	17,1	18,4	17,4	18,7	18,0	19,4	20,0	21,4
973 - Guyane	4,6	6,7	4,3	6,4	5,4	8,9	4,6	7,1
974 - La Réunion	19,4	22,9	19,4	23,4	21,2	25,9	19,4	23,2
NATIONAL	25,2	25,2	26,4	26,4	28,8	28,8	30,2	30,2

Données 2010 : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

- **Document 1.5** : Mise sous accord préalable (document professionnel mars 2012, extraits)

La mobilisation d'une nouvelle procédure depuis 2008

- Une disposition introduite par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale 2008.

Son objet :

- Créer une procédure d'accord préalable pour certains actes chirurgicaux avec une hospitalisation d'au moins une nuitée et qui pourraient être réalisés en chirurgie ambulatoire.

Il s'agit :

- d'une procédure proposée par la CPAM et soumise à la décision du Directeur général de l'ARS.
- D'un dispositif d'une durée maximale de 6 mois.
- Ciblant aussi bien des établissements publics que privés et s'intéressant à des actes déterminés (gestes marqueurs)

Il s'agit donc d'une action aux finalités pédagogique et préventive.

Elle permet :

- de maintenir une appréciation médico-sociale dans l'intérêt des patients
- de réaliser des progrès rapides en chirurgie ambulatoire dans le cadre d'une démarche d'accompagnement alliant établissement et assurance Maladie.

Elle ne concerne pas l'opportunité de l'acte mais l'environnement de sa prise en charge.

Quels sont les établissements concernés ? En quoi consiste la mise sous accord préalable ?

- La mise sous accord préalable concerne certains établissements hospitaliers en dessous de la moyenne régionale pour la réalisation en ambulatoire de gestes chirurgicaux concernés par cette procédure.
- La mise sous accord préalable consiste à subordonner à l'avis du service médical l'accueil d'un patient en hospitalisation complète, c'est à dire comprenant au moins une nuitée, pour un acte couramment pratiqué en chirurgie ambulatoire, c'est à dire sans nuitée. [...]

L'accord préalable en pratique :

Applicable à compter de la date de sa notification, la mise sous accord préalable impose à l'établissement hospitalier de demander systématiquement l'accord du service médical de l'assurance maladie pour tout acte chirurgical- visé par la mise sous accord préalable – impliquant l'hospitalisation du patient pendant au moins 1 nuit ; la réponse est donnée immédiatement ou dans un délai de 24 heures [...]

Les conséquences de l'avis du service médical :

- avis favorable → prise en charge de l'hospitalisation complète
- avis défavorable médical → refus de prise en charge de l'hospitalisation complète et des actes associés.
- Avis défavorable administratif → refus de prise en charge de l'hospitalisation complète et des actes associés (pas de contact possible avec le professionnel de santé, renseignements insuffisants) [...]

Objectifs MSAP 2010-2011

Développer la prise en charge des 17 gestes marqueurs, afin d'atteindre un pourcentage régional de 85% de chirurgie ambulatoire [...]

Points marquants : La mise sous accord préalable des gestes marqueurs a permis un développement marqué de la chirurgie ambulatoire en région RA (de 57,7% en 2007 à 74% en 2010 *données SNATHI oct 2011*). Cette augmentation concerne le secteur public et le secteur privé, le secteur public augmentant plus rapidement pour le cristallin et les varices. Tous les gestes marqueurs MSAP ont une croissance importante en chirurgie ambulatoire, même ceux très discutés

par les professionnels (hernie inguinale) 99% des demandes d'accord préalables ont été accordées, ce qui indique une prise de conscience et une modification des pratiques des professionnels.

Source : Chirurgie ambulatoire en région RA Docteur Jacques A. (DRSM)

- **Document 1.6 :** Données chiffrées relatives à la chirurgie disponibles dans le système d'information

Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire des 17 gestes de la MSAP

GESTE	nb sejours	nb sej_chir_ambu	taux d'ambulatoire (%)
Adénoïdectomies	89 628	87 205	97,3
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	141 046	101 217	71,8
Chirurgie anale	17 524	4 537	25,9
Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	170 106	147 346	86,6
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	11 959	10 901	91,2
Chirurgie de la maladie de Dupuytren	19 244	13 144	68,3
Chirurgie des bourses	25 727	12 872	50,0
Chirurgie des hernies inguinales	116 925	21 172	18,1
Chirurgie des varices	123 747	68 651	55,5
Chirurgie du cristallin	643 709	502 556	78,1
Chirurgie du sein/tumorectomie	20 975	5 600	26,7
Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)	21 437	18 386	85,8
Chirurgie strabisme	8 136	2 951	36,3
Chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP	315 504	260 020	82,4
Coelescopie gynécologique	12 916	2 110	16,3
Exérèses de kystes synoviaux	18 716	17 341	92,7
Extraction dentaire	275 774	235 248	85,3

Source : données CNAMTS issues du PMSI 2009

ANNEXE 2 : Le service ACHA du CH de A.- Recueil de documents professionnels

Document 2.1 : Règlement intérieur du service ACHA (anesthésie et chirurgie ambulatoire) du Centre Hospitalier de A. (*version du 15/01/2011*)

Article 1 : Les missions principales :

- Assurer des soins d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire de courte durée.
- Permettre une adaptation des prestations hospitalières aux situations médicales et sociales ;
- Assurer une gradation des prises en charge.
- Permettre la maîtrise de l'hospitalisation par la programmation et diminuer ainsi sa fréquence, sa durée et son coût.
- Permettre aux patients le maintien d'une vie familiale, professionnelle ou scolaire, préserver, ainsi, l'autonomie de chacun.
- Maintenir une qualité optimale des soins.
- Le secteur d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire a vocation à moyen terme à être rapproché géographiquement du bloc opératoire.

Article 2 : Moyens mis en place

A / Accessibilité

Le service d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire se situe au niveau zéro du bâtiment D., à côté de la radiologie. Un fléchage par panneau permet de suivre le circuit depuis l'entrée principale jusqu'à l'entrée extérieure du service face à la passerelle. Des panneaux indicateurs précisent l'attribution des zones de stationnement alentours. Ce service bénéficie d'une entrée individualisée par l'extérieur. Deux zones individualisées de stationnement permettent la gestion du flux des patients. Ainsi, deux emplacements de stationnement réservé aux véhicules sanitaires légers et aux ambulances permettent un accès direct et rapide par la passerelle pour : la dépose minute d'un patient valide, l'accès avec brancard, l'accès handicapés

Par ailleurs, une zone de stationnement fermée par une barrière à code permet le stationnement des patients hospitalisés dans le service. L'usage de ce parking est restreint aux patients hospitalisés. Un code d'accès modifié à la semaine est communiqué au patient sur le document de convocation avec précision de la restriction d'utilisation.

B / Horaires d'ouverture

Le secteur d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire accueille des patients de 7 heures à 19 heures, du lundi au vendredi. Il est fermé le samedi, le dimanche ainsi que les jours fériés.

Des périodes de fermeture partielle saisonnière sont organisées pendant la période estivale et pour les fêtes de fin d'année pour tenir compte de la baisse de fréquentation. Ce en lien avec les périodes de basse activité organisées dans le secteur opératoire par le conseil de bloc. L'organisation du fonctionnement du service, durant ces périodes, est précisée par note de service du directeur sur avis du médecin coordonnateur ; Les horaires d'ouverture pourront être adaptés par le cadre du service en fonction de l'activité programmée, dans la limite de 12 heures d'amplitude.

C / Nombre de place

Le secteur d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire comprend : 8 places.

D / Description des locaux

Se compose des pièces suivantes :

Un bureau de secrétariat, un bureau infirmier, une salle de soins, un local de décontamination contenant le stock de produit d'entretien, un office hôtelier, une réserve lingerie, une réserve : matériel biomédical

Un bloc sanitaire pour le personnel : certaines zones sont plus spécifiquement identifiées : huit places pour patients allongés et une pièce de préparation préopératoire pour faciliter la rotation sur les places

E / Moyens médicaux

Un médecin coordonnateur

Sa mission : Conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 7 janvier 1993, il coordonne les modalités de mise en œuvre des fonctions suivantes, obligatoirement assurées dans le secteur opératoire, à savoir :- Préparation médicale immédiate du patient aux actes opératoires par l'équipe opératoire,- Surveillance postopératoire immédiate,- Surveillance au réveil anesthésique jusqu'au rétablissement complet des fonctions vitales, qui font l'objet d'un document élaboré sous la responsabilité technique du médecin coordonnateur.

De même, l'organisation du secteur opératoire au regard de l'activité D'ACHA doit être précisée dans un document établi par le responsable de l'établissement après avis du médecin coordonnateur.

Sa qualification : Le médecin coordonnateur, qui doit être un utilisateur de la structure, peut être un chirurgien, un anesthésiste-réanimateur ou un médecin spécialiste qualifié désigné par la CME.

F / Moyens paramédicaux

Grades	Missions principales
Secrétaire médicale	Accueil téléphonique Programmation des hospitalisations ACHA Organisation et coordination des prises en charges en collaboration avec le cadre de santé Rédaction et envoi des courriers patients et médecins traitants Rédaction des comptes rendus opératoires Prise de rendez-vous
Infirmière	Accueil des patients du secteur de chirurgie ambulatoire Administration et surveillance des traitements et du patient Elaboration et gestion du dossier de soins accueil téléphonique
Infirmière (selon programmation du bloc opératoire)	Accueil des patients du secteur de chirurgie ambulatoire opérés en spécialité ophtalmologie Administration et surveillance des traitements et du patient Elaboration et gestion du dossier de soins
Cadre de santé	Accueil téléphonique Assiste le médecin coordonnateur dans la gestion de l'unité de soins Procède aux ajustements nécessaires à la prise en charge de qualité des patients Assiste aux réunions de cadres et participe aux groupes de travail institutionnels Assure la gestion de l'équipe paramédicale Organise les prises en charge des patients Evalue la charge de travail et procède aux réajustements en nombre de soignants, en nombre de patients nécessaires à la sécurité des soins.
Aide-soignante	En collaboration avec l'équipe infirmière : Accueil des patients Validations administratives Réalisation des tâches hôtelières en collaboration avec l'équipe des cuisines Réalisation des tâches ménagères avec l'aide de l'équipe centrale d'entretien Réalisation des courses (pharmacie, laboratoire, échographie de contrôle) Aide à la réalisation des soins d'hygiène et de confort accueil téléphonique

G / Charte de qualité

Toutes les programmations en hôpital de jour donnent lieu à la remise au patient d'un « prière d'admettre » ou d'un carton de rendez-vous des consignes particulières à respecter et des ordonnances du traitement post opératoire nécessaire.

Dans le souci de qualité de prise en charge, les éléments suivants sont garantis :

- Accueil des patients programmés ainsi que de leur famille.
- Respect de l'intimité et de la dignité du patient.
- Respect de la confidentialité.
- Possibilité pour le patient d'annuler son hospitalisation sur appel téléphonique au secrétariat, une prochaine convocation sera adressée, si besoin, par courrier par le secrétariat concerné.
- Mise en œuvre des protocoles de soins et des surveillances s'y rapportant.
- Respect des règles professionnelles médicales et soignantes.
- Application des mesures d'hygiène en vigueur dans l'établissement.

Organisation des soins préalable au séjour : bilans biologiques et radiologiques, consultations médicales (anesthésique), actes medicotechniques, consultations de sortie et de suite opératoire.

Un livret d'accueil auquel est adjoint un questionnaire de sortie est remis lors de chaque séjour.

Un tableau de bord des dysfonctionnements est tenu par le cadre de santé et un résumé d'exploitation est présenté en bureau de pôle chirurgie accompagné de pistes d'amélioration le cas échéant.

Article 3 : Organisation

La consultation pré-anesthésique est obligatoire pour les patients devant subir une anesthésie générale ou locorégionale. Elle doit, selon le décret N°94-1050 du 5 décembre 1994, être pratiquée plusieurs jours avant l'intervention. Cette consultation comporte un interrogatoire et un examen clinique et éventuellement la prescription d'examen complémentaires, la rédaction des ordonnances de sortie (antalgiques etc...). Elle doit être pratiquée exclusivement par un médecin anesthésiste-réanimateur

Pour les patients opérés sous anesthésie locale pure la consultation d'anesthésie n'est pas obligatoire.

A / Procédure de programmation

Le secteur d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire de l'hôpital n'a pas vocation à accueillir des urgences médico-chirurgicales. La programmation s'effectue, du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures, par appel téléphonique au secrétariat poste 0000 y compris pendant les périodes de fermeture partielle. L'inscription d'un patient au planning répond aux exigences suivantes :

- Le nombre de places disponibles le jour demandé
- La durée prévisible d'hospitalisation nécessaire à la prise en soin
- La charge en soin du secteur

Toute demande d'hospitalisation en ACHA doit s'accompagner d'une prescription où est noté une heure d'arrivée en cohérence avec l'horaire prévisible de l'acte ainsi qu'une heure estimée de sortie. Il est souhaitable que l'heure d'arrivée prenne en compte l'activité déjà programmée. Lorsque la prise en soin d'un patient pour son motif d'hospitalisation est terminée, l'infirmière du secteur évalue l'autonomie du patient et, sauf avis contraire spécifié dans le dossier de soin par le médecin référent, celui-ci est conduit en salle de repos en attendant l'autorisation de mise à la rue.

Coordination de la prise en charge ACHA – Bloc opératoire :

Le praticien référent du patient doit organiser sa programmation opératoire journalière (ordre de passage en fonction des contraintes spécifiques à la prise en charge en ACHA).

Cet ordre est validé lors du Staff de bloc opératoire la semaine qui précède. Toute modification de programmation souhaitée par le Staff du bloc opératoire donne lieu à concertation entre le chef de bloc ou son secrétariat, le médecin responsable du patient et le cadre de santé de l'ACHA. La veille la secrétaire appelle le patient pour confirmer sa venue, elle note cet appel sur le dossier patient.

Une check liste spécifique hospitalisation en ACHA est mise en œuvre pour chaque patient. Elle comporte tous les éléments de contrôles nécessaires avant la prise en charge du patient dans le secteur opératoire. La surveillance post-interventionnelle immédiate et la surveillance du réveil post-anesthésique jusqu'au rétablissement complet des fonctions vitales sont effectuées en zone opératoire au niveau de la salle de surveillance post-interventionnelle. Lorsque l'état du patient le permet, le médecin anesthésiste-réanimateur, responsable de la salle de surveillance post-interventionnelle, décide le transfert en salle de repos ou chambre. Au retour du bloc opératoire, la fiche de liaison et de prescription post opératoire est incluse dans le classeur du patient. Les informations suivantes sont mentionnées, au minimum : - Nom du chirurgien ayant pratiqué l'intervention, - Nom de l'anesthésiste ayant pratiqué l'anesthésie, - Prescription médicale post opératoire en application d'un protocole préétabli et validé, Heure de possibilité de mise en salle de repos, - Heure estimée de mise à la rue possible.

B / Procédure de sortie

La prescription de mise à la rue comporte le nom et la signature du praticien qui autorise la sortie du patient à son domicile. Selon les consignes notées dans le dossier, le patient peut sortir à la fin de l'acte chirurgical :

- Après signature de l'opérateur,
- Avec l'accord du médecin anesthésiste pour les patients ayant eu une anesthésie générale ou loco régionale .Dans ce cas la validation de la mise à la rue pour la partie anesthésie est faite en sortie de salle de surveillance poste interventionnelle sur un document spécifique,
- Le médecin anesthésiste doit revoir le patient si l'infirmière estime un score de Chung inférieur à 9.

Les documents suivants sont systématiquement remis au patient :

- Une fiche comportant :
 - Les consignes générales,
 - Le numéro d'appel en cas de problème lié à l'acte chirurgical ou anesthésique (Poste 00 00 aux urgences pour joindre un médecin),
 - Une information sur l'appel du lendemain réalisé par l'infirmière du service,
 - Les consignes particulières à mettre en œuvre en cas de problème à domicile.

Ces documents seront élaborés en fonction de l'acte réalisé et de la spécialité concernée. Chaque secteur opératoire est responsable de la rédaction des consignes qui seront remises au patient à leur sortie, -Prescriptions médicamenteuses ou d'intervenants paramédicaux, - Rendez-vous de consultation avec le chirurgien le cas échéant.

Un courrier résumant l'hospitalisation de jour est remis dès la sortie au patient pour qu'il le remette à son médecin référent.

C / Rappel du lendemain

Le matin qui suit la prise en charge en ACHA ou le lundi pour les prises en charge du vendredi la l'infirmière joint par téléphone les patients pour faire une évaluation succincte du séjour à partir d'une une fiche guide archivée dans le dossier patient.

Article 4 : Application du règlement intérieur

A / Non-respect du règlement

En cas de non-respect du règlement intérieur par un praticien, celui-ci sera invité par le coordinateur à étudier conjointement les dysfonctionnements générés afin de procéder aux réajustements nécessaires.

B / Entrée en vigueur

Le présent règlement intérieur de l'hospitalisation d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire entrera en vigueur après délibération des différentes instances et annule le précédent. Il sera affiché au sein de l'unité de soin. Il pourra être révisé selon les mêmes règles de procédures.

➤ **Document 2.2** : Bilan d'activité 2011 du service d'ACHA d'A.

Gestion des ressources humaines : Les formations effectuées en 2011:

- Accueil du patient,
- Fiches d'événements indésirables,
- Incendie,
- Soutenir le patient après l'annonce d'un diagnostic grave,
- Dispositif d'annonce,
- Temps de formation au bloc opératoire,
- Congrès 2 jours sur la chirurgie ambulatoire,
- 2 jours consolidation Excel,
- Formation cycle 2 jours.

Bilan : 73 heures de participation de l'HJ à l'ACHA, un peu plus de 9 jours sur un financement de 20% par l'ACHA

ACTIVITE ACHA de A et REPARTITION DE L'ACTIVITE

Les disciplines sont identifiées par les praticiens. Pour comparaison 2010 / 2011, il est intéressant de supprimer le poste endoscopie gastro-onco ainsi que pneumo de l'ACHA 2010 puisque maintenant il est positionné sur l'HJ (hôpital de jour) afin de comparer la même équivalence

Ce qui nous fait $1906 - 709 - 2 - 2 = 1193$ ACHA en 2010

La différence avec 2011 représente $1573 - 1193 = 380$ patients

Donc, une augmentation de fréquentation de 31.85% pour 2011.

Gynécologie : Les inconnus du tableau représentent les ACHA Forfait car c'est la seule discipline où le praticien opérateur n'est pas systématiquement identifié avant l'acte. En réintégrant les actes inconnus en gynécologie, on arrive à une augmentation de 49%

Viscérale : L'augmentation de 118.8% de la viscérale est faussée par la récupération des poses de CIP (chimiothérapie intra péritonéale), actes pratiqués par les anesthésistes en 2010, donc en intégrant les CIP 2010 on arrive à une augmentation de 12% sur 2011.

Nous constatons une forte participation des chirurgiens dans le développement de l'ACHA avec des proratas programmation bloc/ACHA dans les normes nationales demandées par les ARS à **savoir 51.42% toutes disciplines confondues.**

31/12/2011	Chirurgie ambulatoire			
	2010	2011	Variation	%
Total	1 906	1 573	-333	-17,5%
Oncologie	2		-2	-100,0%
Gastro-entérologie	709	27	-682	-96,2%
Gynécologie-Obstétrique	323	423	100	31,0%
Ophtalmologie	336	366	30	8,9%
Chirurgie orthopédique	205	284	79	38,5%
Chirurgie viscérale	112	245	133	118,8%
Urologie	41	41		
Inconnu	11	59	48	436,4%
Pneumologie	2		-2	-100,0%
ORL	31	63	32	103,2%
Stomato	24	54	30	125,0%
Cardiologie	4	4		
Néphrologie		6	6	
Anesthésie	106	1	-105	-99,1%

Pour l'ophtalmologie, nous sommes inférieurs aux chiffres nationaux car ce sont des personnes âgées seules chez elles le soir que les ophtalmologistes préfèrent garder en HTCD suivant les critères ARH de R.

Nombre de patients présent les jours de semaine au 3^{ème} trimestre 2011 en ACHA uniquement

Soit une moyenne de : 10 le lundi, 5.84 le mardi, 7.15 le mercredi, 8.66 le jeudi, 5.33 Le vendredi.

Sachant que dans cette période, il y a trois semaines de basse activité aux blocs opératoires avec diminution des lits ACHA à 5 lits, ce qui fausse les moyennes.

Les périodes de fermetures

Lors de la basse activité du bloc opératoire, la chirurgie ambulatoire a fermée des lits

En ACHA : 5 jours de fermeture complète.

Diminution à 5 lits : pendant 17 jours.

	Mars 2010	Mars 2011	Variation	
			Valeur	%
Total établissement	1 566	2 114	548	35,0%
Oncologie	786	1 088	302	38,4%
Gastro-entérologie	295	365	70	23,7%
Hôpital de jour		140	140	
Gynécologie-Obstétrique	104	125	21	20,2%
Ophtalmologie	110	90	-20	-18,2%
Chirurgie orthopédique	58	71	13	22,4%
Chirurgie viscérale	30	64	34	113,3%
Neurologie	32	39	7	21,9%
Urologie	18	28	10	55,6%
ORL	2	24	22	1100,0%
Endocrinologie	39	18	-21	-53,8%
Inconnu	10	15	5	50,0%
Pneumologie	24	13	-11	-45,8%
Rhumatologie	14	12	-2	-14,3%
Stomato	7	9	2	28,6%
Court séjour gériatrique	2	8	6	300,0%
Cardiologie		3	3	
Néphrologie	4	2	-2	-50,0%
Anesthésie	29		-29	-100,0%
Urgences	1		-1	-100,0%
HAD	1		-1	-100,0%

L'appel du lendemain a permis de lister la satisfaction des patients.

Au premier semestre : 83% des patients sont très satisfait, 14% des patients sont satisfait

Octobre, novembre et décembre : 89% des patients sont très satisfaits, 11% des patients sont satisfait.

100% des patients ayant répondu à l'appel du lendemain ont été satisfaits à très satisfaits.

- **Document 2.3** : Bilan d'activité 2012 du service ACHA, Hospitalisation de Très Courte Durée, consultations (CS) A.

HTCD (Hospitalisation de Très Courte Durée)

CS ACHA (Consultations Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire)

1. L'ACTIVITE :

- 1757 ACHA
- 272 HTCD
- LES ACTES EN CONSULTATIONS ACHA : 68 actes sous AL (interventions faites au bloc sous Anesthésie locale)

Ces chiffres sont issus des tableaux de bord internes de suivi de l'activité ACHA.

2. LES PERIODES DE FERMETURES ET OCCUPATION DES LITS :

Lors de la basse activité du bloc opératoire, la chirurgie ambulatoire a fermée des lits :

- En ACHA : une fermeture de 149 places qui représente 19 jours de fermeture complète.

Au total ouvert sur l'année : 1867 places

52 semaines à 5 jours et 8 places /jours=1931 places

8 jours fériés de semaine : 64 places

Donc 1931 – 64 = 1867 places d'ACHA

1757/1867= 94% de taux d'occupation

- En HTCD

23 jours de fermeture complète
 52 semaines à 2 jours et 6 lits /jours=624 lits
 7 jours fériés de semaine : 42 lits
 23 jours de fermeture soit 138 LITS
 Donc $624 - 138 - 42 = 444$ lits HTCD
 $272/444 = 61\%$ d'occupation de lits

3. La programmation des patients en ACHA par rapport aux programmés dans les Hospitalisations complètes :

Si nous prenons juste les programmés à 1 semaine et les ACHA, nous obtenons un taux de planification de 56.15% toutes disciplines confondues en 2012.

4. Les mutations dans les services en post-opératoire :

- Sur la totalité des hospitalisations, 84 patients ont dû être mutés en hospitalisation complète soit 4.78% des patients.
- Les raisons sont diverses : 26% pour passages tardifs au bloc, 9% pour fermeture d'HTCD, 7% pour conditions de sorties ACHA non remplies et le reste des mutations pour des surveillances sur la nuit suite à des événements indésirables.

5. Appel du lendemain :

- Sur les 529 réponses des appels aboutis, nous avons 82.41% des patients très satisfaits et 13.79% de patients satisfaits, 3.59% n'ont pas répondu à la question et 1 patient peu satisfait.

6. Rappel des patients :

En effet, quand un patient rappelle le service, les infirmières tracent sur une feuille spécifique les motifs de l'appel et les actions menées.

- 22 patients ont rappelé le service pendant l'année 2012.
- Les praticiens ont été contactés et une action a été organisée par les IDE.

Ce qui représente $22/1755 = 1.25\%$ des interventions.

7. Suivi des indicateurs :

- 162 annulations de séjour sur l'année soit $162/1755 = 9\%$ d'annulation.
- Les raisons des annulations restent diverses et variées : 16% Annulé par les consultations, 11% Annulé par le patient, 11% Maladies intercurrentes, 8% non averti par les Cs, 7.5% Pas venu, pas prévenu

Les annulations sont une source importante de travail et de dysfonctionnement mais restent imprévisibles

Quand les infirmières appellent les patients le lendemain de l'intervention, elles notent sur une feuille spécifique les indicateurs donnés par les patients : douleur, saignement....

- 210 patients soit 11% des patients ont signalé des effets indésirables après la sortie.
- L'indicateur le plus important reste la douleur avec 169 patients douloureux dans les suites ce qui représente $169/1757 = 9\%$ des patients ACHA. Sur les 169 patients douloureux, 138 soit 82% des patients ont eu des prescriptions d'antalgiques efficaces et 31 patients soit 18% des patients douloureux ont été insuffisamment traités.
 Sur la totalité des séjours, cela représente 1% des patients.

8. Gestion du personnel :

- Bilan des heures fin 2012 : intégration depuis le 1er octobre 2 IDE et 2 AS de l'HJ.
- Formations : Soit au total 16 jours de formation IDE et 2 jours AS.

Source : Centre Hospitalier de A.