

SESSION 2014

**CAPET
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

**ÉTUDE D'UN SYSTÈME, D'UN PROCÉDÉ
OU D'UNE ORGANISATION**

Durée : 5 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge né aux Etats-Unis en 1907, et ce n'est qu'en 1993 qu'il a été reconnu en France. Depuis cette date, le développement de ce mode de prise en charge est souhaité par les administrations ou services de tutelles car il améliore la qualité et la sécurité de prise en charge des patients.

La France souffre d'un retard certain dans ce domaine (le taux de traitement ambulatoire est de l'ordre de 35 % alors qu'il avoisine 61% en Allemagne, 78 % au Danemark, 90 % aux Etats-Unis) et les disparités entre l'offre publique et l'offre privée sont importantes (en 2010, ce taux représentait 46% de la chirurgie dans le secteur privé et 26,3% dans le secteur public).

L'activité globale de chirurgie ambulatoire progresse en France : elle représentait 38,5% de l'activité de chirurgie en 2011, 37,7% en 2010 contre 32,3% en 2007. Même si la chirurgie ambulatoire progresse plus vite dans le secteur public depuis quelques années, elle est encore pratiquée majoritairement par des établissements de santé privés, principalement à but lucratif.

Depuis 2010, et pour le compte du ministère chargé de la santé, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) assure le pilotage d'un programme national pluriannuel en lien avec l'assurance maladie, afin d'intensifier et de coordonner les actions menées jusque-là. Cette priorité nationale a fait l'objet d'une instruction le 27 décembre 2010 sur la démarche et les perspectives attendues. Dans le cadre de ce programme, les agences régionales de santé (ARS) ont été mobilisées pour un état des lieux et un diagnostic partagé avec les acteurs régionaux sur l'essor de la chirurgie ambulatoire, qui a été confirmé comme un levier majeur de l'évolution de l'offre de soins en chirurgie, cela en termes de qualité et d'efficience pour les structures.

A l'issue d'une concertation nationale associant l'ensemble des parties concernées, la cible d'une activité de chirurgie ambulatoire supérieure à 50% à l'horizon 2016 a été retenue à l'échelle du territoire. Cette cible a été inscrite dans la contractualisation de l'Etat avec les ARS pour la période 2012-2016.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est en effet une priorité nationale que l'ARS de R. porte dans son projet régional. Afin de soutenir les établissements dans l'essor de **cette activité**, l'ARS de R. s'est résolument engagée dans une volonté de promotion de ces actes. Cela passe par la mobilisation et donc l'adhésion de tous les acteurs, professionnels et patients, avec une politique volontariste d'accompagnement des établissements et la modification des pratiques.

La direction du Centre Hospitalier (CH) de A. formalise en termes d'objectifs, dans son projet d'établissement 2009-2016, cette offre de soins. Au Centre Hospitalier de A les résultats sont encourageants : une évolution positive du taux de Chirurgie Ambulatoire global : + 5,4 pts entre 2007/2010 soit 37,7% en 2010.

Le cadre coordonnateur de santé du Centre Hospitalier de A. est mandaté par la direction pour présenter un bilan de l'évolution, depuis 2007, des services d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire (ACHA) en France, un état des lieux des mesures incitatives et de leur éventuelle influence dans cette évolution.

Ce travail permettra aux instances siégeant au conseil de surveillance de soutenir le développement de la chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement.

1. Rédiger ce bilan et cet état des lieux.

En lien étroit avec la cellule qualité, le cadre coordonnateur de santé contribue à l'auto-évaluation globale du service Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire du CH de A. Celle-ci sera transmise ultérieurement à l'ARS.

2.1 Analyser le fonctionnement du service d'ACHA au regard des exigences réglementaires et réaliser le bilan annuel qui sera joint à l'autoévaluation globale.

2.2 Elaborer un schéma du processus de prise en charge du patient dans le service d'ACHA du CH de A.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : recueil des textes sur la chirurgie ambulatoire

- **Document 1.1 :** HAS-ANAP, *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*. Socle de connaissances, avril 2012. Préambule, disponible sur <http://www.anap.fr/actualités/actualités-projets/la-has-et-lanap-lancent-un-plan-daction-commun-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire/> consulté le 10.04.2012
- **Document 1.2 :** *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*. Socle de connaissance, avril 2012. Définition française, réglementation disponible sur <http://www.anap.fr/actualités/actualités-projets/la-has-et-lanap-lancent-un-plan-daction-commun-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire/> consulté le 10.04.2012
- **Document 1.3 :** *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*. Socle de connaissance, synthèse (extraits), avril 2012 disponible sur : <http://www.anap.fr/actualités/actualités-projets/la-has-et-lanap-lancent-un-plan-daction-commun-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire/> consulté le 10.04.2012
- **Document 1.4 :** *Etat des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire*. Analyse nationale et régionale complémentaire, données 2010. Synthèse. Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation disponible sur : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009600004FF>
Consulté le 10.04.2012.
- **Document 1.5** Mise sous accord préalable (document professionnel mars 2012, extraits) Chirurgie ambulatoire en région RA. Docteur Jacques A. (DRSM).
- **Document 1.6** Données chiffrées relatives à la chirurgie disponibles dans le système d'information. CNAMTS PMSI 2009

Annexe 2 : le service Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (ACHA) du Centre Hospitalier de A. Recueil de documents professionnels.

- **Document 2.1 :** Règlement Intérieur du service ACHA du 15/01/2011
- **Document 2.2 :** Bilan d'activité 2011 du service.
- **Document 2.3 :** Bilan d'activité 2012 du service ACHA, Hospitalisation de Très Courte Durée, consultations (CS) A.

ANNEXE 1



“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

➤ Document 1.1 : Socle de connaissances - Avril 2012 – PREAMBULE

La chirurgie ambulatoire vue par l'ANAP et la HAS

Huit opérations chirurgicales sur dix pourraient être effectuées en chirurgie ambulatoire, prise en charge innovante permettant au patient de ne rester hospitalisé que le strict temps nécessaire et de retourner chez lui le jour même de son intervention. En France, moins de quatre sur dix le sont effectivement, alors que les autres pays développés affichent des résultats bien plus élevés : environ huit sur dix aux États-Unis et en Grande-Bretagne, sept sur dix en Norvège et en Suède. Un différentiel impressionnant : plus de 2 millions d'opérations chirurgicales françaises – réalisées aujourd'hui en hospitalisation traditionnelle avec nuits d'hospitalisation – pourraient être transférées en chirurgie ambulatoire.

Si la France est dotée d'un système de santé solidaire, dont la qualité reste enviable par de nombreux pays, elle se place dans la prise en charge ambulatoire au dernier rang des pays de l'OCDE. Malgré le consensus obtenu depuis un certain temps sur la nécessité de mettre le patient au cœur du système de santé et donc de favoriser l'organisation ambulatoire, cette prise en charge innovante est sous-développée en France ! Pourtant elle améliore la qualité des soins en obligeant à tout organiser autour du patient et dans son intérêt : brancardiers, infirmiers, chirurgiens, anesthésistes, personnels administratifs doivent se coordonner et établir une prise en charge sans temps mort ni rupture. La continuité des soins demeure comme au cours d'un séjour hospitalier une exigence incontournable.

Les médecins, anesthésistes et chirurgiens, ont pourtant progressé et progressent chaque jour davantage dans la maîtrise des risques. Ils raccourcissent les suites opératoires et rendent les patients autonomes plus précocement en prévenant et traitant mieux les douleurs, saignements, nausées, problèmes urinaires, etc., qui contraignaient à garder le patient un ou plusieurs jours de plus à l'hôpital.

La prise en charge en ambulatoire intéresse en premier lieu des interventions chirurgicales classiques et fréquentes, comme la chirurgie de la cataracte, de la hernie, des varices, des affections de la main. De très nombreuses équipes médicales étrangères, mais aussi quelques équipes françaises, ont étendu leurs indications et prennent en charge des interventions de plus en plus lourdes (chirurgie de l'épaule, de la thyroïde, de la vésicule biliaire, du reflux gastro-œsophagien, de l'obésité), mais aussi des patients plus lourds. Ceci nous fait mieux comprendre les volumes d'actes réalisés en ambulatoire dans les autres pays. Certains établissements ont même fait le choix de supprimer les services avec des lits dédiés pour opérer la totalité de leurs patients en ambulatoire.

La question se pose donc de la nécessité et de la pertinence de l'hébergement. À la réflexion sur la pertinence du soin doit maintenant s'associer celle sur la pertinence d'un hébergement qui peut s'appuyer également sur une réflexion bénéfice-risque. La distinction entre la délivrance du soin et le besoin d'hébergement devrait inciter les établissements de santé à se penser désormais avant tout comme des plateaux techniques dont le coût rend indispensable une réflexion sur la performance du système.

Le retard de la France dans le développement de la chirurgie ambulatoire oblige à s'interroger sur l'importance des freins ou des difficultés. La problématique ne se limite d'ailleurs pas aux seuls exercices médicaux et pratiques professionnelles. La coordination des différents acteurs au sein de l'établissement devient décisive dans un processus dont on veut écarter les aléas, les temps morts, les retards et augmenter la fiabilité.

C'est sans doute l'intrication des deux dimensions, médicale et organisationnelle, qui est à l'origine des incompréhensions, des réticences et des difficultés du développement de la chirurgie ambulatoire. C'est pourquoi la HAS et l'ANAP ont voulu associer leurs compétences pour aborder ces deux dimensions et appréhender la chirurgie ambulatoire comme un modèle organisationnel avec ses conditions médicales et ses implications économiques.

Pour autant, cette approche intervient alors que notre système de santé a été et est toujours profondément structuré par l'hébergement des patients qui, historiquement, a précédé les progrès de la médecine et de l'efficacité thérapeutique. Cette donnée est prégnante, tant au travers de l'immobilier et des territoires médicaux ou administratifs (lits et services), que de l'analyse de l'activité par la durée de séjour, et son corollaire la tarification.

En fait, pour les établissements, cette organisation ambulatoire impose une révolution culturelle. Avec le développement de la chirurgie ambulatoire se dessine l'organisation des hôpitaux et des cliniques de demain, « hors des murs » : ce sont ainsi quelques 48 000 lits de chirurgie qui seront progressivement à reconvertir.

La chirurgie ambulatoire permet de rendre les établissements plus performants et ainsi de dégager des marges de manœuvre organisationnelles et financières tout en faisant du patient le pivot de ce nouveau système.

Face au déficit de l'Assurance maladie, il y a l'impérieuse nécessité de continuer de prendre en charge les patients chroniques qui augmentent chaque année – près de 12 millions de personnes en France souffrent d'une pathologie chronique de type diabète, cancer ou affection cardio-vasculaire –, de financer le progrès et la recherche (chirurgie robotique ou mini-invasive, chirurgie endovasculaire, télémedecine, biothérapies, etc.) et d'améliorer encore la qualité des soins. Il est donc indispensable de dégager les marges de manœuvre que permettent le développement de la chirurgie ambulatoire.

Il convient donc de favoriser simultanément l'amélioration des pratiques et le changement d'organisation, voire de culture, qui n'ont pas nécessairement les mêmes horizons temporels. Ce travail concerne tout autant les professionnels de santé que les gestionnaires d'établissement et les responsables de l'offre de soins en région.

La Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, impliquant les sociétés savantes et partenaires institutionnels, vont apporter les outils qui doivent guider les opérateurs dans cette révolution : socle de connaissances, critères de qualité d'évaluation clinique préopératoire et de gestion de la sortie, indicateurs de mesure de la qualité des soins et de l'efficacité de l'organisation des soins, outils de maîtrise des risques liés aux soins.

Le présent document, socle de connaissances sur la chirurgie ambulatoire, constitue le premier livrable de ce programme d'actions communes HAS-ANAP.

Dès la fin de l'année 2012, la HAS et l'ANAP vont aussi produire des recommandations professionnelles et organisationnelles fondées sur des travaux analytiques que les deux institutions conduisent actuellement. Ensemble, elles veulent, avec les acteurs du système de soins, permettre à la France de relever les défis qui l'attendent en matière de santé.



Jean-Luc HAROUSSEAU
Président du Collège



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Philippe RITTER
Président du Conseil d'administration



ANAP
appui santé & médico-social

- **Document 1.2** : Extraits du Socle de connaissance - Avril 2012 – Définition française, réglementation

1. DEFINITION FRANCAISE

1.1 Conférence de consensus

La France a labellisé le vocabulaire dans le cadre de la conférence de consensus de mars 1993 : « *La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention* ».

1.2 Définition réglementaire

Le décret n° 92-1101 et n° 92-1102 du 2 octobre 1992 a fondé les bases réglementaires des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire en les qualifiant de structures de soins alternatives à l'hospitalisation⁴. Ce décret de 1992, en partie abrogé par le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire, a été intégré dans le Code de la Santé Publique (CSP). La définition de la chirurgie ambulatoire comme structures de soins alternatives à l'hospitalisation et son caractère substitutif ont été maintenus.

Les établissements de santé sont autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme de chirurgie ambulatoire. De ce fait, la chirurgie ambulatoire doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement définies par les articles D. 6124-301 à 305 du CSP, portant sur les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

L'article D. 6124-301 du CSP précise que « *les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge* ».

« *Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet* ».

Cette définition indique que :

- la chirurgie ambulatoire impose une hospitalisation d'une durée de 12 heures au maximum: le patient admis, séjourne dans l'établissement hospitalier et passe par le bloc opératoire, à la différence du soin externe effectué en consultation ; alors qu'au niveau international, la chirurgie ambulatoire permet la sortie du patient le jour même de son intervention
- la chirurgie ambulatoire n'est pas une nouvelle technique, l'acte opératoire est le même que celui effectué en chirurgie classique, mais est réalisé dans des conditions d'organisation particulières.

L'article R. 6121-4 du CSP présente le caractère substitutif et qualifié de la chirurgie ambulatoire :

- Substitutif, car il est indiqué que « *les alternatives à l'hospitalisation [...] ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile* » ;
- Qualifié, car « *dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire* » – les prestations équivalent par leur nature, leur complexité et leur surveillance à celles dispensées en hospitalisation conventionnelle.

L'instruction destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010 (Instruction DGOS/R3 n° 2010- 457) reprend cette qualification de chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie à temps complet et précise :

« *Il s'agit de changer de paradigme :*

- *ne plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur la pratique des professionnels ;*
- *mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence ».*

2. REGLEMENTATION DU FONCTIONNEMENT

2.1 Une des missions des établissements de santé

La loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 a introduit au nombre des missions et obligations des établissements de santé la chirurgie ambulatoire en précisant que : « les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courtes durées concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie obstétrique, odontologie ou psychiatrie [...] ».

En pratique, les établissements de santé sont définis sur une base fonctionnelle fondée sur leur mission et non sur leur statut. Les missions des établissements de santé sont définies par le code de la santé publique (CSP).

L'article L. 6111-1 du CSP indique :

« Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes » ;

« Ils délivrent des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles » ;

« Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ».

Les structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires sont des services d'un établissement de santé. Lorsqu'elles sont en dehors, elles sont considérées par la jurisprudence administrative comme des établissements de santé, du fait qu'elles exercent une activité de soins autorisée.

2.2 Une activité soumise à autorisation

Les établissements de santé relèvent d'une procédure d'autorisation. Selon les dispositions de l'article L. 6122-1 du CSP :

« sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds ».../... Les destinataires de cette autorisation peuvent être, selon l'article L. 6122-3 du CSP :

« 1° Un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun des moyens nécessaires à cet exercice ;

2° Un établissement de santé ;

3° Une personne morale dont l'objet porte, notamment sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L. 6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires de biologie médicale ».

Une visite de conformité positive doit être constatée dans les 6 mois qui suivent l'entrée en fonctionnement de l'activité de soins ou de la structure selon l'article L. 6122-4 du CSP :

« L'autorisation est donnée avant le début des travaux, de l'installation de l'équipement matériel lourd ou de la mise en œuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation projetées.../...

2.3 Une soumission aux critères de sécurité et de qualité de tout établissement de santé

La qualification d'une structure de soins en établissement de santé impose de fait des obligations et contraintes définies réglementairement.

L'article L. 6111-2 du CSP stipule que : *« les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux ».*

2.4 Description des conditions techniques de fonctionnement

2.4.1 Organisation spécifique

L'article D. 6124-301 du CSP précise qu'en termes d'organisation : *« Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel » et « garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné ».*

Enfin, « les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients ».

2.4.2 Locaux et matériel

L'article D. 6124-302 du CSP indique que ces structures « sont agencées et équipées de manière à assurer sur un même site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies :

- l'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent
- l'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimale des protocoles de soins
- la surveillance et le repos nécessaires à chaque patient
- la décontamination, le stockage et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients ».

Au cours des 12 heures de la durée d'ouverture, « les locaux affectés à chaque unité de soins qui compose la structure ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité ».

« La configuration architecturale et fonctionnelle de chaque structure et unité de soins garantit à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité, en comportant notamment des espaces spécifiques adaptés ».

« Les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication médicale éventuelle, et notamment les locaux, le matériel et les médicaments propres à y répondre, sont disponibles et utilisables sans délai ».

2.4.3 Zone opératoire

L'article D. 6124-302 du CSP et l'arrêté du 7 janvier 1993 définissent les conditions techniques de fonctionnement et les caractéristiques du bloc opératoire utilisé pour la chirurgie ambulatoire :

Selon l'article D. 6124-302 du CSP, « Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire utilisent un secteur opératoire conforme à des caractéristiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Les structures ou les unités qui la composent comportent les équipements et agencements nécessaires à la préparation préalable du patient, y compris la consultation anesthésique. Elles disposent également d'une salle de repos et des autres moyens nécessaires à la préparation de la sortie du patient ».

L'arrêté du 7 janvier 1993 définit les caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires. Il définit la notion de zone opératoire. Cette zone permet la prise en charge du patient à différents temps de son intervention.../...

« Les fonctions suivantes sont obligatoirement assurées dans le secteur opératoire :

- 1° La préparation médicale immédiate du patient aux actes opératoires par l'équipe opératoire ;
- 2° La réalisation des actes opératoires ;
- 3° La surveillance postopératoire immédiate ;
- 4° La surveillance du réveil anesthésique jusqu'au rétablissement définitif des fonctions vitales ;
- 5° La préparation du personnel à la réalisation des actes opératoires conformément aux règles d'hygiène en vigueur ;
- 6° La préparation et la distribution des produits, médicaments et matériels nécessaires à la réalisation des fonctions précitées, de même que le stockage indispensable à leur disponibilité immédiate. La fonction mentionnée au 2° ci-dessus est obligatoirement assurée dans la zone opératoire protégée. Tout ou partie des fonctions mentionnées aux 1°, 3° et 4° ci-dessus peut être assuré en dehors de la zone opératoire protégée. Les fonctions mentionnées aux 5° et 6° ci-dessus sont obligatoirement assurées en dehors de la zone opératoire protégée ».

2.4.4 Personnel

Les articles D. 6124-303 et D. 6124-308 du CSP précisent le nombre et la qualification du personnel :

« Pendant les heures d'ouverture mentionnées à l'article D. 6124-301, est requise, dans la structure, la présence minimale permanente :

- 1° D'un médecin qualifié ;
- 2° D'un infirmier ou d'une infirmière ou, pour les soins de suite et de réadaptation, d'un masseur-kinésithérapeute, quelle que soit la capacité autorisée de la structure, et à tout le moins d'un infirmier ou d'une infirmière ou, le cas échéant, d'un masseur-kinésithérapeute pour cinq patients présents ;
- 3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et de deux infirmiers ou infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire ».

« Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation [...] sont appréciés par le directeur général de l'agence régionale de santé [...] en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées et de leurs caractéristiques techniques ».