

Chirurgie ambulatoire

Retour sur les autodiagnostic 2018 et plan d'action

Sophie KERAMBELLE (Direction du pilotage de la transformation)

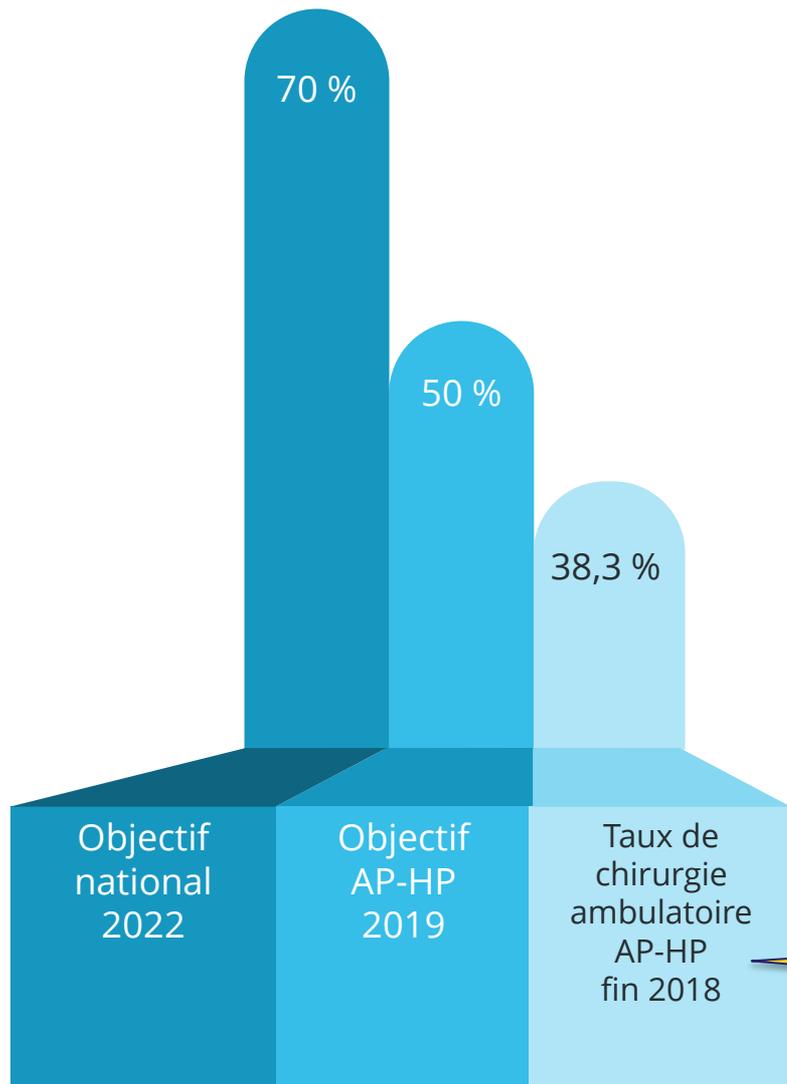
Dr Christophe MENIGAUX (Ambroise-Paré)

CME du 14 mai 2019

1

Point d'étape : la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP

Quel taux de chirurgie ambulatoire pour l'AP-HP ?



38,3% de chirurgie ambulatoire fin 2018

+ 6 points entre 2014 et 2018
+1,6 point entre 2017 et 2018

... mais insuffisant pour atteindre notre objectif 2019

Tx 2018 : 71 % sur les 55 gestes marqueurs

Un autodiagnostic UCA réalisé en 2018

- Étude construite avec les professionnels, sur la base des préconisations ANAP. Proposée à l'ensemble des UCA de l'AP-HP (23 UCA), 19 répondants
- L'étude est réalisée sur la base d'un **questionnaire remis** à l'ensemble des GH : des investigations quantitatives et qualitatives sont proposées



- Sur le **volet quantitatif** des analyses d'indicateurs de performance sont proposés permettant de visualiser la dispersion des sites (min, moyenne, max...)
- Sur le **volet qualitatif**, les restitutions permettent d'apprécier l'éclatement des sites en terme de score global pour cibler les champs d'action prioritaires.
- Pour certaines **questions prioritaires**, une analyse du profil type de réponse observé à l'APHP est proposée, le détail des réponses est mis à disposition de chacun des sites dans le cadre des restitutions par GH

2 objectifs :

- Partage et analyse critique des résultats
- Validation de priorités d'actions à décliner par GH

Les indicateurs clés des UCA

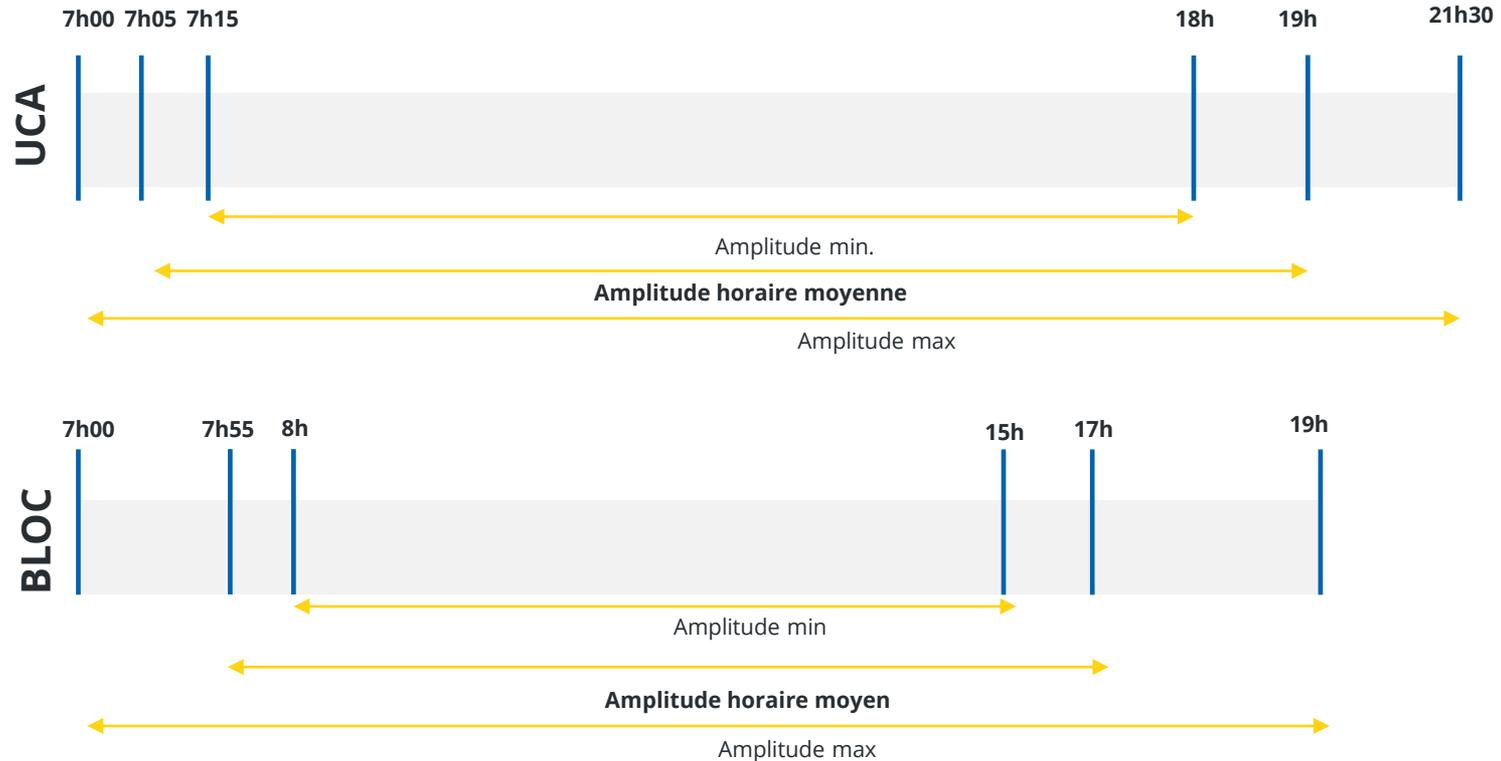
	Moyenne APHP	Minimum APHP	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Maximum APHP
 Taux de CA (2017)	37%	20%	27%	35,30%	45%	60%
Taux de rotation de l'UCA	1,33	0,53	1,02	1,12	1,41	3,0
Taux de forain en CA	14%	1%	3%	9,65%	15%	54%
Taux d'annulation au sein de l'UCA	-	0,04%	1%	2,45%	5%	4,8%*
Taux de conversion	3%	0,03%	2%	2,75%	4%	5%
 Nombre de places à l'UCA	11,44	6	10	12,00	14	16
Nombre de salles de bloc opératoire dédiées à la CA	3,38	1	2	3,00	4	6

- En **termes de taux de CA**, une hétérogénéité importante entre les bornes basses et hautes, la haute étant principalement expliquée par l'activité d'ophtalmologie. Une moyenne à 37 % et une médiane à 35 % : un effort restant à fournir pour s'aligner aux cibles de l'AP-HP et une marche importante à franchir pour s'aligner aux exigences nationales attendues à 2020.
- En **termes de rotation**, les structures tournent (un premier quartile > 1), avec un tiers des capacités allouées qui accueillent 2 patients / jour.
- En **termes d'annulation**, ramené à l'activité moyenne d'une structure UCA à l'APHP, c'est environ 3 annulations par semaine.
- L'analyse du taux de conversion fait état de moins de 2 patients par semaine et par structure qui sont amenés à être hospitalisés en HC
- Un dimensionnement type à 12 places et 3 blocs dédiés à l'UCA, soit 1 salle pour 4 places

*Panel des établissements répondants (19) - **Année 2017**

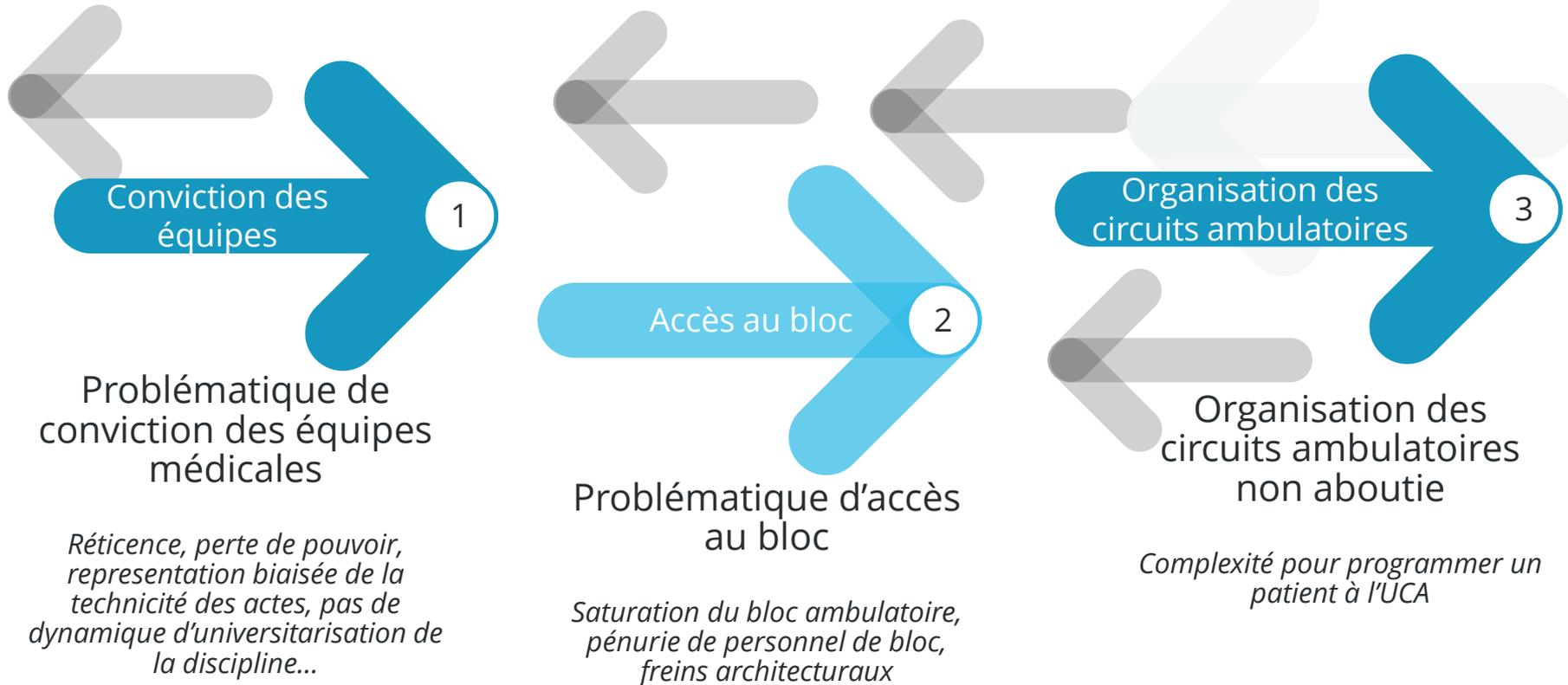
Les indicateurs clés des UCA

Les amplitudes d'ouverture des UCA et blocs opératoires



- En termes d'amplitude d'ouverture, les UCA couvrent la période 7:05 => 19:20 (soit environ 12 h d'ouverture)
 - *Certains sites proposent des prises en charge tardives avec un horaire max de fermeture à 21h30 (une bonne pratique qui pourrait être proposée un jour/sem?)*
- En termes d'amplitude d'ouverture, les blocs couvrent la période 7:55 => 17:00 (soit moins de 10h d'ouverture)
 - *Des disparités importantes pour la fermeture avec un horaire min de 15h et un horaire max de 19h*

Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire



Comment installer le parcours de chirurgie ambulatoire comme un parcours de droit commun au regard de cibles des plus en plus ambitieuses et des contraintes architecturales ?

Gouvernance et pilotage

- Sur le **plan de la gouvernance de l'activité**, bien qu'une représentation médicale soit systématiquement identifiée en lien avec une ressource paramédicale, **des principes à renforcer** :
 - Les anesthésistes sont plus souvent mobilisés que les chirurgiens
 - Malgré l'existence de chartes dédiées, le suivi ou le pilotage de l'activité ambulatoire et de son niveau de performance reste à renforcer (pas de comité dédié)
- **L'analyse des indicateurs classiques et l'identification d'actions** visant à les améliorer reste à systématiser. À titre d'exemple, l'analyse de la satisfaction patient (et les plans d'actions associés) permettant d'embarquer les équipes dans un cycle d'amélioration continue ne sont pas systématisés

Organisation et prise en charge des parcours

- **En termes d'organisation des prises en charge et des parcours**, des initiatives en phase avec les bonnes pratiques :
 - L'information patient et l'existence d'un passeport ambulatoire
 - Des pratiques anesthésiques qui évoluent (en lien avec les principes de la RAAC : prémédication, patient debout...)
 - Anticipation des étapes administratives (préadmission)
 - Appel J-1/J+1
 - La mise en place d'IDE de parcours (à promouvoir)
- Cependant des **améliorations sont encore à mener** :
 - Dans les étapes pré-opératoires : anticipation de certaines actions dont les prescriptions, ou vérification systématique de bonne appropriation des informations données par les médecins...
 - Dans les étapes per-opératoires : l'harmonisation et la systématisation des pratiques de signature exhaustive des bons de sortie et/ou utilisation du score de *chung* et de remise des documents de sortie
 - Dans les étapes post-opératoires : un chantier spécifique pour sécuriser le passage de relais vers la ville

Innovation et lien avec la médecine de ville

- Bien que des premières initiatives soient menées ou envisagées, un **levier de plus forte implication des médecins pourra consister à faire de ces unités, des plateformes d'innovations (recherche et enseignement)**
 - Attractivité de la structure et de l'activité
 - Notoriété
 - Rayonnement et image de marque
- **Enfin, un effort de communication devra être fourni vers la médecine de ville** pour améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre ambulatoire de l'AP-HP (sécurisation des filières d'adressage)



Information / sensibilisation / formation

- Proposer **une restitution ciblée dans les collégiales chirurgicales** et au niveau de la CME centrale et en comité de pilotage chirurgie ambulatoire
- Mettre en œuvre des **actions de sensibilisation** définis en lien avec *sponsors* médicaux (séminaire, *sponsors* médicaux, MOOC..)
- Elaborer un **programme de formation** des équipes paramédicales à la chirurgie ambulatoire (accès facilité au DU ou programme institutionnel en capitalisant sur l'existant)



Communication / visibilité

- Mener **une action grand public** à destination de la médecine de ville visant à présenter l'offre chirurgie ambulatoire de l'AP-HP (idée : s'appuyer sur le dispositif médecins partenaires)



Protocolisation

- Constituer un **thésaurus de chemins cliniques** (liste des actes et protocole / chemin clinique associé accessible en ligne)
- Formaliser une **démarche type de protocolisation et la diffuser**
- Mobiliser au sein de l'AP-HP ou du club ambulatoire des référents disciplinaires qui pourraient assurer un appui au déploiement local de démarche de protocolisation (**communauté de référents / de bonnes pratiques**)



Organisation

- Formaliser un **circuit court type** et le diffuser largement en vue de sa généralisation
- Formaliser un **règlement intérieur type** sous la forme d'un cahier des charges visant à déployer des conseils de chirurgie ambulatoire au sein des sites (à la maille GH)
- Formaliser une **fiche de poste type Infirmière de parcours** et favoriser son déploiement au sein de l'ensemble des UCA



Outils

- Formaliser des **ordonnances types accessibles** dans ORBIS (anticipation des prescriptions d'antalgiques)
- Formaliser une **check-list type d'évaluation de l'éligibilité patient**



Innovations

- Développer le **concept d'école des patients à l'AP-HP** en capitalisant sur les démarches locales déjà menées
- Faciliter l'**accès aux plateformes de simulation** (parcours de formation au sein des sites bénéficiant de plateformes)

2

Au-delà de l'enquête : gouvernance et plan d'action

Gouvernance chirurgie ambulatoire et RAAC

Axe « oïkeiosis » : accélérer le virage ambulatoire en chirurgie

Lettre de mission
Oïkeiosis

Groupe stratégique « virage ambulatoire et RAAC »

Orientations
stratégiques

porteurs médicaux, paramédicaux et administratifs
Dr Belbachir, Pr Bonnet, Pr Dahmani, Dr Di Maria, Pr Douard, Pr Fletcher, Dr Hor,
Dr Menigaux, Ch. Guenot
DPT : L. Tharel, E. Battaglia, S. Kerambellec, V. Asvanyi

DPT : animation, mise à disposition d'outils et indicateurs adaptés, mise en œuvre des démarches d'accompagnement des professionnels concernés

Groupe
transversal

« Club chirurgie ambulatoire et RAAC »

Réunion 1h30 une fois tous les 2 mois
Partage d'expériences
Démarches opérationnelles

Groupes
thématiques

« Club utilisateurs
AMBUDEM »

« Copil SMS »

« Groupe de travail ORBI-
RAAC »

Pilotage

- Actualiser à horizon 2023 le calcul du potentiel de chirurgie ambulatoire de chaque site /service
- Faire évoluer les outils de pilotage (tableaux de bord) mis à disposition des sites

Accompagnement

- Analyser les dynamiques par sites, identification des éléments bloquants (problématique de conviction des équipes, d'accès au bloc...) et des leviers d'action.
- Prioriser et définir les modalités d'accompagnement possibles pour les équipes UCA (compagnonnage par des sites « référents », accompagnement DPT..)

Virage numérique

- Terminer le déploiement d'AMBUDEM (volet ambulatoire d'ORBIS).
- Poursuivre et terminer le déploiement du suivi SMS en chirurgie ambulatoire (Memoquest)