

<https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/1474-gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan>

## Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

### Sommaire

1. Principaux enseignements et...
  - 1.1. S'engager dans la démarch...
  - 1.2. Les prérequis nécessaires...
  - 1.3. Les facteurs de réussite...
  - 1.4. Des résultats encouragean...
2. Les fiches actions une aide...
  - 2.1. FICHE 1 : Développer la p...
  - 2.2. FICHE 2 : Optimiser une u...**
  - 2.3. FICHE 3 Optimiser une uni...
  - 2.4. FICHE 4 Justifier la pert...
  - 2.5. FICHE 5 Justifier la pert...
  - 2.6. FICHE 6 : Mettre en place...
  - 2.7. FICHE 7 Renseigner dès la...
  - 2.8. FICHE 8 : Mettre en place...
  - 2.9. FICHE 9 : Mettre en place...
  - 2.10. FICHE 10 : Préparer la s...
  - 2.11. FICHE 11 Mettre en place...
  - 2.12. FICHE 12 : Suivre les sé...
  - 2.13. FICHE 13 : Structurer un...
  - 2.14. FICHE 14 : Mettre en adé...
  - 2.15. FICHE 15 : Mettre en adé...
  - 2.16. FICHE 16 : Structurer u...
3. On en parle
  - 3.1. Témoignage de la Clinique...
  - 3.2. Les urgences au Queen's H...
  - 3.3. 3. Le big-data australien...

### ↪ 2. Les fiches actions une aide à la mise en oeuvre du projet

#### ↪ 2.2. FICHE 2 : Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire

ÉTAPE : PRÉ-ADMISSION / PROGRAMMATION

#### **Avant-propos**

Ce retour d'expériences est basé sur les pratiques constatées, qui ne sont pas nécessairement les bonnes pratiques de chirurgie ambulatoire. Cette fiche retrace uniquement les étapes suivies par les établissements du programme pour l'optimisation d'une Unité de chirurgie ambulatoire (UCA).

Pour rappel, l'UCA est une unité d'hospitalisation disposant de ressources propres (locaux, personnels) et de processus opérationnels spécifiques, qui est mise à la disposition des spécialités pour prendre en charge leurs patients en ambulatoire, c'est-à-dire en 12 heures maximum.

#### **Équipe-projet**

- Chirurgiens ;
- Anesthésistes ;
- Cadres de santé et de bloc.

#### **Enjeux**

- Fournir un « outil de travail » adapté aux professionnels de santé pour mieux prendre en compte les objectifs nationaux de développement de l'ambulatoire ;
- Favoriser le développement d'une prise en charge de qualité pour le patient (baisse du nombre d'infections nosocomiales, récupération à domicile plus rapide...);

- Programmer ces interventions en lien avec les vacances du bloc et des plateaux médicotechniques pour garantir une durée de séjour inférieure à 12 heures.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 <sup>ers</sup> résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
Fort si l'établissement a un volume important d'activité programmée de séjours de 0, 1 et 2 nuits.			La difficulté réside principalement dans l'impact sur les pratiques médicales (dont les techniques opératoires et anesthésiques) de la mise en place d'une telle organisation.			Le délai est variable en fonction : <ul style="list-style-type: none"> <li>• De la disponibilité immédiate de locaux pour accueillir cette activité;</li> <li>• De la révision éventuelle des règles de programmation, voire des vacances;</li> <li>• Ainsi que de l'adhésion des praticiens.</li> </ul>		

### **Indicateurs de suivi**

- Taux de chirurgie ambulatoire par spécialité (nouveau périmètre du taux global de chirurgie ambulatoire : cf. instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28/09/15, annexe 1) ;
- Taux d'occupation de l'UCA par jour de la semaine ;
- Taux de séjours de 1 et 2 nuits dans les unités conventionnelles (pour évaluer le potentiel substituable en ambulatoire) ;
- Taux d'échec à l'ambulatoire (patient récusé le jour même) ;
- Taux de repli (patient basculé en HC à l'issue de la prise en charge en ambulatoire) ;
- Taux de rotation des places (en excluant les actes externes du calcul) ;
- Taux de forain (hors fermeture de l'unité) ;
- Taux de ré-hospitalisation pour le même motif à moins de 48h.

### **Kit-outil / REX**

- Développement ambulatoire - CHU Toulouse
- Atelier substitution ambulatoire - Atelier régional ANAP
- Critères d'éligibilité Ambulatoire - Clinique des Ormeaux
- procédure de fonctionnement de l'HDJ médecine A-CHMillau .pdf
- Impacts changements tarifs Ambu 2012
- Potentiel substitution GHM Chir - CH Douai
- Fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire - CH Jacques Coeur Bourges
- Fonctionnement chirurgie Ambulatoire - Clinique des Ormeaux

Retrouvez d'autres exemples en téléchargeant le fichier ci-dessous (archive compressée : il est nécessaire d'extraire les fichiers pour y avoir accès) :

[Fiche 2\\_Hospitalisation de chirurgie ambulatoire](#)

### **Résultats obtenus**

- 102 établissements ont suivi l'indicateur taux de rotation des places de chirurgie ambulatoire qui est passé de 92,2 à 97,50 % (soit +5,3 points) ;
- 46 établissements présentent un taux supérieur à 100 % ;
- 38 établissements obtiennent une progression de plus de 10 points ;
- 56 établissements ont développé une action spécifique sur l'UCA, le taux de rotation est ainsi passé de 99,9 % à 105,9 % (+6 points).

### **Clés de la réussite**

- Anticiper le dimensionnement de l'UCA en regard de l'activité actuelle et à venir ;
- Identifier un coordinateur médical de l'UCA ;
- Veiller à ne pas faire d'activité ambulatoire foraine (activité réalisée en dehors d'une unité dédiée en période d'ouverture) ;
- Changer de paradigme : « pour chaque patient à prendre en charge la question à se poser n'est pas de savoir si le patient est éligible à l'ambulatoire, mais quelles raisons médicales empêcheraient son hospitalisation dans une structure ambulatoire » ;
- Communiquer auprès des professionnels de santé de ville sur l'offre en ambulatoire pour favoriser le recrutement de la patientèle.

### **Fiches associées**

- Fiche 3 : Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine ;
- Fiche 4 : Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine.

## PLAN D'ACTIONS

### Réaliser un diagnostic :

- **Définir le potentiel de substitution de l'activité de chirurgie :**

- Extraire les séjours de 0 à 4 jours et par sévérité (cf : instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28/09/15) ;

<b>Niveau de sévérité</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Durée de séjour</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>&gt;4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>&gt;4</b>
<b>Taux de transférabilité</b>	<b>80%</b>	<b>70%</b>	<b>20%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>

- Définir avec les chirurgiens et les anesthésistes les critères d'éligibilité (voir fiche N°2.2 P43 du guide ANAP chirurgie ambulatoire, mode d'emploi) ainsi que les types d'actes éligibles à l'ambulatoire : se référer en premier lieu aux actes marqueurs (55 actuellement), aux séjours de 1 nuit entrés la veille et aux séjours dont la DMS nationale est inférieure ou égale à 1.

Il est possible de fixer des cibles progressives à atteindre en ambulatoire. Se référer également à la circulaire DGOS ;

- **Définir le dimensionnement de l'UCA :**

- Définir le dimensionnement de l'unité en fonction des volumes d'activité, des jours d'ouverture et des rotations possibles en fonction du type de prise en charge.

- Mesurer l'impact sur les capacités de l'hospitalisation conventionnelle des séjours substitués en ambulatoire et adapter les capacités le cas échéant ;
- Valider en instance le principe d'optimisation de l'unité d'ambulatoire.

**Définir et mettre en oeuvre les principes de programmation et d'organisation de l'activité d'ambulatoire :**

- Programmation:

- Organiser la programmation des activités de chirurgie ambulatoire avec une réflexion sur des vacations ou salles spécifiquement armées ;
- Formaliser les protocoles d'analgésies (binôme chirurgien / anesthésiste par spécialité) ;
- Programmer les séjours en lien avec les PMT pour garantir une durée de séjour maîtrisée et inférieure à 12 heures ;
- Pour les séjours non-programmés, se laisser des marges de manoeuvre pour intégrer le non-programmé et organiser la prise en charge en respectant les règles de fonctionnement ;
- Établir avec les praticiens des durées prévisionnelles de prise en charge par spécialité et par actes pour orienter les temps d'occupation des places et favoriser la rotation.

- Organisation :

- Définir l'organisation paramédicale : appel de la veille, appel du lendemain, mise en place du score de type Aldrete / Chung (aptitude à la sortie d'hospitalisation), lieu spécifique identifié pour l'accueil des patients ambulatoires en SSPI pour favoriser la rapidité du passage, remise de consignes en cas d'urgences au patient ;
- Former le personnel soignant à ce type de prise en charge « rapide » ;
- Définir les modalités d'entrée des patients dans l'unité, avec échelonnement des arrivées ;
- Informer le patient de toutes les étapes de son séjour pour qu'il participe à sa prise en charge péri-opératoire, et anticiper tout ce qui peut l'être avant son arrivée ;
- Organiser le circuit du patient sur le principe de la « marche avant » avec un cadencement des activités qui interdit le retour en arrière ;
- Définir l'organisation médicale pour favoriser la sortie dès que possible : prescription d'antalgiques dès la consultation, visite dans l'unité pour signer la sortie, procédure de transfert en HC si la sortie est impossible ;
- Étudier la pertinence et la localisation d'un salon de sortie en fonction du volume de prises en charge à récupération rapide ;
- Définir l'organisation administrative : remise des comptes rendus opératoires, ordonnances, rendez-vous pour la consultation de suivi et arrêt de travail éventuel, lettre au médecin traitant pour assurer la continuité des soins, mesure de la satisfaction du patient.

**Évaluer au bout de 3 mois de mise en oeuvre de la nouvelle organisation :**

- Analyser les indicateurs et faire le cas échéant des études ponctuelles sur les dysfonctionnements organisationnels constatés par étape de la prise en charge (de la consultation à l'appel du lendemain).

Vous pouvez télécharger cette fiche au format pdf en cliquant sur le lien suivant : [Fiche\\_2 gestion\\_des\\_lits](#)

### Ressources associées

**MÉTHODE, EXEMPLE ISSUS D'ES ET D'ESMS**

procédure de fonctionnement de l'HDJ médecine A-CHMillau .pdf

**MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS, OUTIL FICHE 14 : Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité**

↪ Gestion des lits : vers une nouvelle

organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

**MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS, OUTIL**

**FICHE 3 Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine**  
 ↳ Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

**MODÈLE DE DOCUMENT, EXEMPLE  
ISSUS D'ES ET D'ESMS**

Fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire - CH Jacques Coeur Bourges

**RETOUR D'EXPÉRIENCE, TÉMOIGNAGE,  
EXEMPLE ISSUS D'ES ET D'ESMS**

Développement ambulatoire - CHU Toulouse

**MODÈLE DE DOCUMENT, EXEMPLE  
ISSUS D'ES ET D'ESMS**

Fonctionnement chirurgie Ambulatoire - Clinique des Ormeaux

**MÉTHODE, EXEMPLE ISSUS D'ES ET  
D'ESMS**

Critères d'éligibilité Ambulatoire - Clinique des Ormeaux

**MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS**

Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi

**MÉTHODE, EXEMPLE ISSUS D'ES ET  
D'ESMS**

Atelier substitution ambulatoire - Atelier régional ANAP

**MODÈLE DE DOCUMENT, EXEMPLE  
ISSUS D'ES ET D'ESMS**

Charte HDJ Médical - CH Longjumeau

**MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS, OUTIL**

**FICHE 4 Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine**  
 ↳ Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

**MÉTHODE, EXEMPLE ISSUS D'ES ET  
D'ESMS**

Impacts changements tarifs Ambu 2012

**KIT DE PRODUCTIONS, OUTIL**

Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire (OPEERA)

**EXEMPLE ISSUS D'ES ET D'ESMS, OUTIL**

Potentiel substitution GHM Chir - CH Douai

## Glossaire

ANAP

DGOS

DMS

HC

PMT

REX

Date de parution : 24/05/2016

Télécharger la production