

GUIDE RÉGIONAL | Offre de soins | septembre 2021

Benchmark Unités de chirurgie ambulatoire (UCA)

**Fiches actions
pour identifier
des pistes d'amélioration
au sein de votre
établissement**

TABLE DES MATIÈRES

04 Introduction

06 Principaux constats du benchmark UCA

09 Thématique 1 : comment favoriser les sorties (y compris avant 13 h) et favoriser les entrées avant 12 h ?

12 Thématique 2 : comment fluidifier le parcours patient et minimiser les durées en unité de chirurgie ambulatoire ?

14 Thématique 3 : comment mieux gérer les contacts pré et post chirurgie avec les patients ?

16 Outils

Introduction

Le benchmarking est une technique d'analyse comparative. Cette démarche correspond à un audit de premier niveau et non pas à un audit complet.

Il s'agit d'un diagnostic permettant d'identifier les forces et les faiblesses des établissements sur un périmètre d'étude donné. Il permet de faire l'état des lieux de la situation dans la perspective de dégager des axes d'amélioration et constitue une étape indispensable comme prérequis à l'élaboration d'un plan d'actions.

L'étude mesure la performance des organisations à la fois sur l'activité réalisée, les équipements mobilisés et les ressources humaines, la typologie des patients accueillis et des actes réalisés, l'organisation de l'unité concernée ainsi que des indicateurs de qualité. Cette démarche inclut également une étude qualitative sur les pratiques organisationnelles et la maturité des organisations (questionnaire d'auto-évaluation).

Dans ce cadre, l'ARS outille depuis 2007 les établissements de la région sur plusieurs thématiques : blocs opératoires, Unités de chirurgie ambulatoire (UCA), services d'imagerie, consultations externes.

Les retours d'expérience précédents ont montré que les établissements engagent des réflexions aboutissant à des mesures d'amélioration durables des organisations.

Pourquoi un benchmark sur les unités de chirurgie ambulatoire ?

Le développement de la substitution de la chirurgie classique en chirurgie ambulatoire :

- présente une réelle avancée pour l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.
- est une priorité nationale et donc régionale (axe majeur du volet chirurgie du schéma régional de santé, il est inscrit dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de la région).

Quels avantages pour l'établissement ?

- obtenir une photographie objective de sa performance organisationnelle ;
- se situer par rapport aux structures de la région et obtenir des valeurs repères pour les indicateurs clés afin d'objectiver les gisements de performance ;
- partager avec les autres structures de la région sur les bonnes pratiques organisationnelles ;
- engager ou maintenir une démarche d'amélioration interne aux structures : identification des marges de manœuvre et mise en place de plans d'actions d'amélioration.

Le dernier benchmark UCA a eu lieu en 2019 et a permis à 55 établissements de bénéficier de ce diagnostic.

Le retour d'expérience a donné lieu à des ateliers "plan d'action" (fin 2019) pour identifier des pistes d'amélioration. Pour permettre à d'autres établissements de

mettre en place la même démarche, ce document regroupe des fiches actions issues de ce retour d'expérience.

Les fiches sont classées en 3 principales thématiques abordées dans ces ateliers :

1. Optimiser la rotation des places : favoriser les sorties (y compris avant 13 h) et les entrées avant 12 h.
2. Fluidifier le parcours patient.
3. Améliorer la qualité de prise en charge.

L'ARS s'appuie sur un groupe de travail issu des professionnels publics et privés de la région pour la validation de la démarche proposée, ainsi que sur le cabinet de conseil CERCLH qui délivre un appui technique et méthodologique à l'ARS, fournit les outils de recueil et construit la base de données régionale.

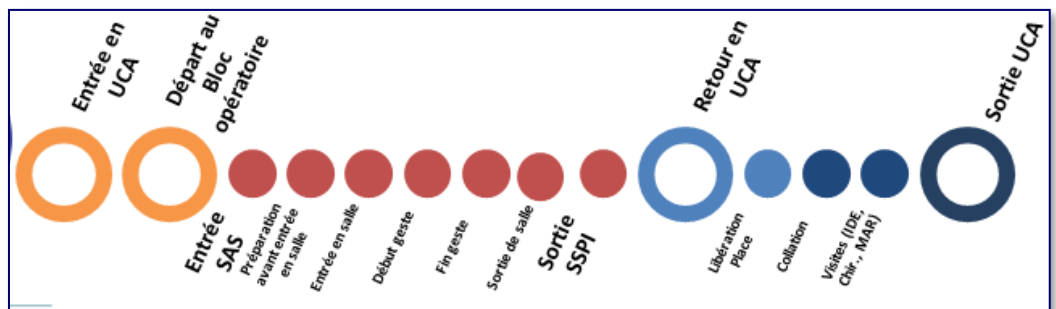
Pour en savoir plus, consultez le [site internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes](#).

Principaux constats du benchmark UCA

Rappel du mode opératoire et du périmètre de la démarche

Le recueil de données par les établissements s'est déroulé en mars 2019 pendant 4 semaines sur une plateforme web mise à disposition.

Il a permis **l'analyse détaillée de l'unité de chirurgie ambulatoire** comprenant tous les patients pris en charge par l'UCA (chirurgie, médecine, soins externes) ; l'analyse du flux patient : pré et post-opératoire; et l'analyse de l'utilisation des moyens humains et matériels.

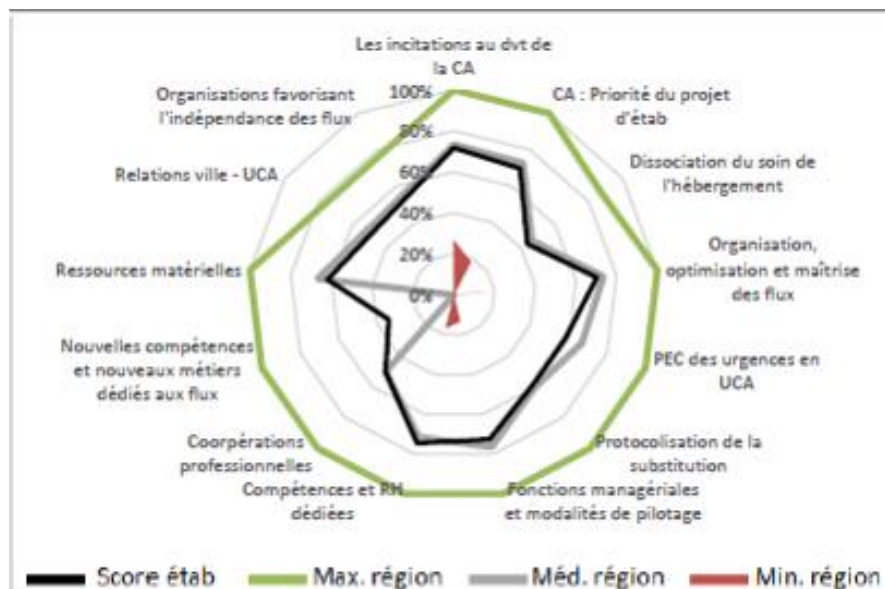


55 établissements ont participé, ce qui correspond à 76 unités de chirurgie ambulatoire ; environ 32 000 séjours sur environ 1 500 places d'UCA.

Auto-évaluation organisationnelle (outil inter diag de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP))

Les établissements ont réalisé une autoévaluation afin de dégager des axes d'amélioration. Les sujets évalués concernent l'activité réalisée, les équipements mobilisés, les ressources humaines engagées, la typologie des patients accueillis et les actes réalisés, l'organisation de l'unité concernée ainsi que des indicateurs de qualité. Cette démarche a également inclus une étude qualitative sur les pratiques organisationnelles et la maturité des organisations.

Un graphique de type « radar » permet de visualiser les points forts et ceux sur lesquels il est possible de travailler.



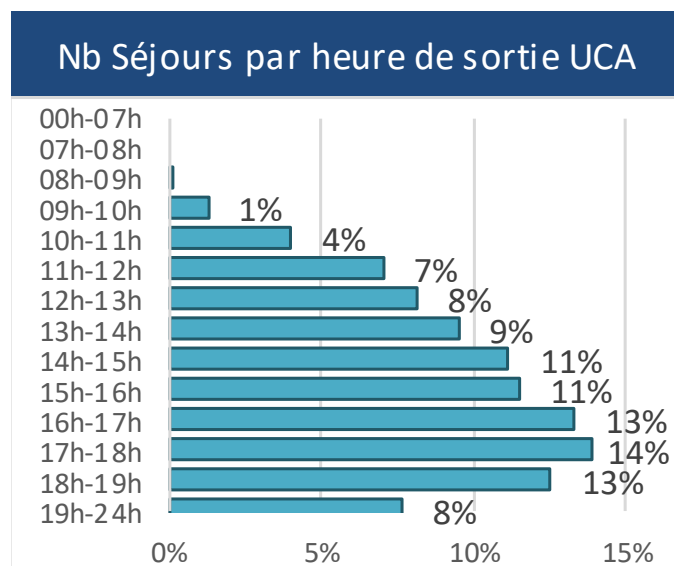
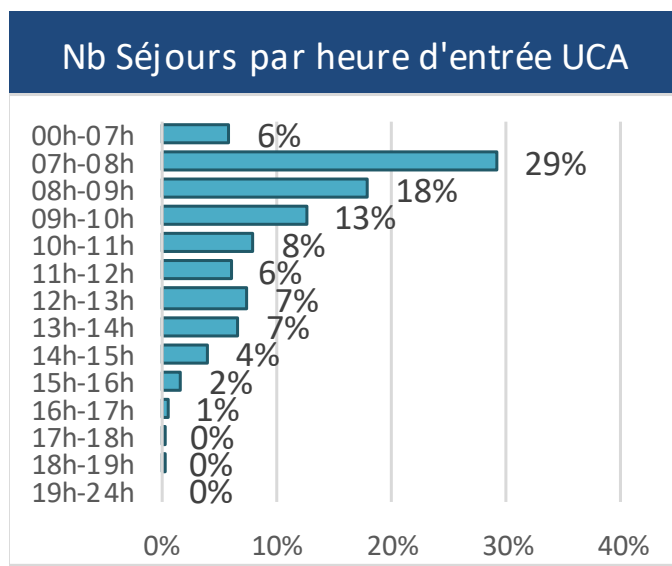
Au niveau régional, les axes d'amélioration à travailler en priorité sont :

- dissocier le soin de l'hébergement ;
- disposer de nouvelles compétences et de nouveaux métiers dédiés aux flux ;
- améliorer les relations entre la ville et l'UCA.

Marche en avant / Taux de rotation / Flux patients

Les principaux constats sont les suivants :

- Une amélioration significative sur les durées de parcours.
- Une légère progression du taux de rotation qui devient un indicateur à interpréter selon l'évolution des organisations.
- Une augmentation de la prise en charge de patients non programmés (en provenance des urgences) mais peu de protocolisation.
- Une marche en avant qui se développe avec 2 vagues d'entrées sur la journée. Par contre, la gestion de la sortie reste un point à travailler avec des sorties tardives mais une persistance de certaines organisations engendrant :
 - des durées pré-bloc supérieures à 3 h pour 1 patient sur 10 dans 20 % des établissements ;
 - des durées post-bloc supérieures à 3 h en moyenne pour plus de 20 % des établissements.



Qualité avant et après le séjour

- Des taux d'appels de la veille stables depuis 2015.
- Une diffusion de certaines pratiques avancées :
 - 20 % des établissements ont mis en place une consultation paramédicale pré opératoire ;
 - 20 % des établissements anticipent les ordonnances pour plus de 1 patient sur 3 ;
 - moins de 20 % des établissements continuent à prémédiquer majoritairement leurs patients.
- Une maturité sur l'éligibilité des patients à l'ambulatoire.
- Un effort reste à faire sur la lettre de liaison en ambulatoire à la sortie.
- Des taux d'appels et de contacts quasi complets entre J+1 et J+3.

Ressources humaines

Une médiane à environ 2 patients par Infirmier diplômé d'État (IDE) et Aides-soignants (AS) mais des écarts sont visibles dans la journée (cf. carte de chaleur ci-dessous) :

- aux heures de pointe (entre 9 h et 13 h) : 3 patients par IDE + AS (hors patient au bloc) ;
- en début et fin de journée (avant 8 h et après 18 h) : 1,5 patients par IDE + AS.

Ressources humaines – Vision régionale sur 76 UCA

Plages	Présence Patients (hors bloc et SSPI)	Présence IDE+AS	Ratio
07h-08h	388	229	1,7
08h-09h	755	276	2,7
09h-10h	998	310	3,2
10h-11h	1123	336	3,3
11h-12h	1138	362	3,1
12h-13h	1117	361	3,1
13h-14h	1086	389	2,79
14h-15h	998	357	2,80
15h-16h	856	300	2,9
16h-17h	662	261	2,5
17h-18h	433	215	2,0
18h-19h	212	177	1,2
19h-24h	17	21	0,8

Conclusion

« 70 % de chirurgie ambulatoire en 2022 », c'est plus qu'un slogan, ce sont des soins de meilleure qualité en UCA avec des professionnels de santé qui se sont emparés du sujet.

Cette organisation nécessite de nouveaux métiers en distinguant le soin (infirmier coordonnateur) de la gestion des flux (ingénieur santé) ; elle permet la revalorisation de certains métiers (Aides-soignants (AS), brancardiers).

Par contre la lettre de liaison reste un point à travailler pour la majorité des établissements ainsi que la gestion de la sortie au global et le lien avec la ville. De plus, les principes de la Réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC) sont à développer en chirurgie ambulatoire.

Thématique 1

Comment favoriser les sorties
(y compris avant 13 h)
et favoriser les entrées avant 12 h ?

DIFFICULTÉ D'OBTENIR LA SIGNATURE DU CHIRURGIEN

Piste d'amélioration :

- Organiser les moments de passage en fonction de l'ordonnancement au bloc dès la réunion de staff.
- Identifier les gestes pour lesquels le chirurgien n'a pas besoin de revoir son patient (annoncé dès la consultation de chirurgie).
- Mettre en place une téléconsultation depuis le bloc (si patient en salon de sortie, nécessité d'une salle de consultation en UCA pour garantir la confidentialité du patient).
- Anticiper les ordonnances lors de la consultation de chirurgie/d'anesthésie.
- Faire attendre le patient sortant avec son accompagnant à côté du bloc pour consultation chirurgie à proximité.
- Formaliser une procédure pour les patients désirant partir sans signature pour cause d'attente trop longue.

DIFFICULTÉ D'OBTENIR LA SIGNATURE DE L'ANESTHÉSISTE

Pistes d'amélioration :

- Supprimer la double signature systématique, sur demande écrite en sortie de Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) uniquement.
- Mettre en place la Sortie sous conditions (source [SFAR-AFCA](#)).

COMPTE RENDU / LETTRE DE LIAISON NON FINALISÉE AU MOMENT DE LA SORTIE

Pistes d'amélioration :

- Sécuriser le circuit pour s'assurer que le chirurgien puisse dicter le compte rendu dès l'intervention terminée et que les éléments soient récupérés rapidement par les secrétaires pour la frappe.
- Mettre un poste dédié UCA pour la frappe des comptes rendus le jour-même, ou priorisation des comptes rendus UCA.
- Utiliser la dictée numérique et/ou la reconnaissance vocale.

PROGRAMMATION AU BLOC

SANS FAVORISER LES PARCOURS RAPIDES EN DÉBUT DE VACATION

Pistes d'amélioration :

- Adapter l'ordonnancement des interventions aux sorties UCA (notion de durée théorique). En premier les patients ambulatoires avec surveillance longue (SSPI + UCA), puis les patients en hospitalisation conventionnelle, puis en fin de matinée/début d'après-midi les ambulatoires avec surveillance courte.
- Adapter les horaires d'ouverture de l'UCA aux horaires d'ouverture du bloc opératoire (+ 2 h par exemple par rapport aux vacances).

PAS DE PROGRAMMATION AMBULATOIRE AU BLOC EN FIN DE VACATION

OU FIN DE VACATION EN TOUT DÉBUT D'APRÈS-MIDI

Piste d'amélioration :

- Programmer certains patients d'ambulatoires avec un parcours court en fin de matinée/début d'après-midi.
- Organiser les vacances avec une amplitude permettant de faire des entrées après 12h.

- Augmenter l'amplitude d'ouverture de l'UCA.

CONVOCATION TROP ANTICIPÉE DES PATIENTS

PAR RAPPORT À LEUR HEURE DE PASSAGE PRÉVUE AU BLOC OPÉRATOIRE

Piste d'amélioration :

- Adapter la convocation à l'heure de passage au bloc, communiquée la veille (24 à 48 h) par téléphone ou par sms par le service d'UCA et non le praticien (ou son secrétariat).
- Ne pas convoquer plus de 2 patients sur le même créneau (y compris les premiers de la journée. Certains les convoquent à 30 minutes d'intervalle pour gérer les annulations).
- Trouver des solutions pour éviter les consultations J0 avant le début de vacation : anticipation des examens, injections la veille, consultations par un autre opérateur que celui en salle.
- Assurer la cohérence des communications au patient (consultations médicales, documents fournis, appels) et leur complétude (documents à apporter rappelés lors de l'appel de la veille).

INDISPONIBILITÉ DES CHAMBRES POUR LES NOUVEAUX PATIENTS

À PARTIR DE 11 H, ABSENCE DE SALON D'ENTRÉE

Piste d'amélioration :

- Échelonner le plus possible les sorties de patients.
- Mettre en place un salon d'entrée.
- Réfléchir à la possibilité de faire arriver des patients plus tardivement sans avoir de chambre de libre.

Thématique 2

Comment fluidifier le parcours patient
et minimiser les durées
en unités de chirurgie ambulatoire ?

TRAJETS ALLER ET RETOUR SYSTÉMATIQUEMENT COUCHÉS ENTRE L'UCA ET LE BLOC

Pistes d'amélioration :

- Éviter le transport de patients couchés en amont du bloc dès que possible pour limiter la charge des brancardiers et accélérer les transports.
- Maintenir le patient debout pour conserver l'autonomie / la dignité des patients le plus longtemps possible et permettre des transports multi patients.
- Adapter les tenues au salon d'entrée, au trajet et au passage au bloc.
- Conduire une réflexion sur l'emplacement/logistique des brancards/fauteuils nécessaires pour le retour.
- Réfléchir à la possibilité de dédier une équipe aux parcours debout composée de personnels avec de fortes restrictions de tâches.

PATIENTS OCCUPANT LEUR CHAMBRE JUSQU'À LA SORTIE, ABSENCE DE SALON DE SORTIE

Pistes d'amélioration :

- Convaincre l'équipe soignante par l'application du salon de sortie de manière objective (après une évaluation de la sortie par un score de Chung chez l'adulte et le Ped-PADSS chez l'enfant) et systématique (y compris lorsque la chambre n'est pas reprise par un patient).
- Mettre en place un lieu convivial (échanges patients, inter surveillance, sièges confortables) et sécurisé (fluides, sonnettes).
- Intégrer un espace collation en self-service.
- Favoriser l'autonomie pour la prise du repas (favorise la remobilisation du patient).

DURÉES DE PARCOURS VARIABLES

Pistes d'amélioration :

- Mettre en place des chemins cliniques avec durées théoriques pour chacune des étapes et surveillance des écarts importants.
- Réaliser des chemins cliniques en équipe soignante complète (y compris chirurgiens et anesthésistes).

Thématique 3

Comment mieux gérer
les contacts pré et post chirurgie
avec les patients ?

CHARGE DE TRAVAIL TROP IMPORTANTE POUR DES APPELS SYSTÉMATIQUES AU VU DES RESSOURCES DISPONIBLES

Pistes d'amélioration :

- Mettre en place des rappels par sms ou application.
- Cibler les patients concernés.
- Identifier les patients en erreur de parcours de manière anticipée (absence de consultation d'anesthésie par exemple).
- Cibler les procédures pour lesquels les patients doivent absolument être appelés en j+1 et/ou j+3.
- Appeler les patients non répondants.
- Réfléchir aux profils réalisant les appels (en particulier de la veille) et à la mutualisation possible. Profils pouvant être non infirmiers sur l'appel de la veille (cf. généralisation des logiciels pour la gestion de ces appels).

DIFFICULTÉS À ÉTABLIR LE CONTACT AVEC LE PATIENT

Pistes d'amélioration :

- S'assurer de la cohérence entre les checklists internes et les documents fournis aux patients (en particulier sur la notion d'heure d'arrivée en UCA indiquée lors de l'appel de la veille).
- Préciser au patient une plage horaire d'appel (même large).
- Cibler les patients pour lesquels une 2^e tentative sera réalisée.
- Proposer un système adapté pour les patients en activité professionnelle.

Outils

Rappel

*Lors de l'élaboration et pour la mise en œuvre d'un plan d'amélioration, il est important de mettre en place **une équipe projet** avec à minima un trinôme : cadre / médecin / direction*

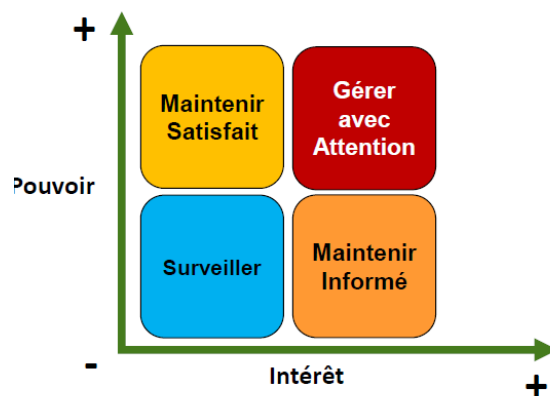
Pour compléter les fiches actions, vous trouverez ci-après les principaux outils pour la construction de votre plan d'actions et le suivi des indicateurs.

Parties prenantes

L'analyse des parties prenantes c'est identifier toutes les personnes, groupes et institutions qui peuvent avoir un intérêt dans un projet et engager des actions pour gérer leurs intérêts et leurs attentes afin que le projet fonctionne le mieux possible.

Pour chaque chantier, il faut lister tous les noms des parties prenantes qui pourraient :

- être concernées de n'importe quelle façon par le projet ;
- avoir une position influente, ou
- être affectée par les problèmes auxquels s'attaquent le projet



Les 2 types de Partie prenante (PP) :

- Les PP en interne
 - Le commanditaire/Pilote
 - Les impactés (opérationnels)
 - La direction (gouvernance)
 - L'équipe projet (restreinte)
 - Les services supports du projets (ressources humaines, service informatique, etc.)
 - Les experts
- Les PP en externe
 - Les patients
 - Les partenaires (ville, prestataires)
 - Les organismes publics (ARS, Caisse primaire d'assurance maladie)

Plan de communication

La communication ne doit pas être négligée. Elle permet d'informer et de faire adhérer les différentes parties prenantes.

Modèle de plan de communication qui sera mis à jour tout au long de la démarche :

PLAN DE COMMUNICATION INSTITUTIONNEL (à adapter par l'établissement)

Phases	Objectifs	Objectifs particuliers selon la cible	Date / fréquence	Cible	Instance	Support	Responsable de la communication	Etat d'avancement
Cadrage	Lancer le projet : Présenter la démarche ARS et sa déclinaison opérationnelle dans l'établissement (objectifs, calendrier, équipe projet, gouvernance)	Valider et cadrer le projet	déc-16	Membres du Directoire	Directoire	Note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	PM	Présentation CME	Note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	PM	Conseil de bloc	Note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	Cadres	Présentation en CSIRMT	Note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	Responsables de services	Bureaux de pôle : point à l'ordre du jour	Synthèse note de cadrage	Trinôme	Terminé
			déc-16	Tout le personnel		Synthèse note de cadrage Journal interne	Trinôme	Terminé
Diagnostic	Partager les indicateurs clés relevés et les conclusions de l'analyse (résultats du benchmark, des outils d'autodiagnostic et des entretiens / groupes de travail réalisés) et les premières grandes pistes d'action	Valider le diagnostic	févr-17	Directoire		Restitution du diagnostic	Trinôme	En cours
		- Axer les sur les thématiques qui auront un impact sur l'organisation de la prise en charge médicale	févr-17	PM	Présentation CME	Restitution du diagnostic	Trinôme	En cours
		- Axer les sur les thématiques qui auront un impact sur l'organisation de la prise en charge soignante	févr-17	Cadres	Présentation en CSIRMT	Restitution du diagnostic	Trinôme	En retard
		- Axer les sur les thématiques qui auront un impact sur l'organisation de les processus administratifs	févr-17	Responsables de services	Bureaux de pôle: point à l'ordre du jour	Restitution du diagnostic	Trinôme	Pas commencé

Actions et indicateurs

Une action doit avoir :

- un pilote ;
- une durée (environ 6 mois - elle ne doit pas durer plus d'un an sinon il faut la redéfinir et la découper en plusieurs actions) ;
- un indicateur de suivi avec une cible.

Pour suivre une action, il faut à minima un indicateur de suivi. Cet indicateur est à suivre en routine, dont il faut avoir une valeur de départ (avant le début du changement).

L'indicateur de suivi est différent de l'indicateur de pilotage, l'indicateur de suivi de plan d'action est plus précis et définit par l'équipe projet. Il doit être :

- Mesurable
- Atteignable
- Limite temporelle à définir
- Intelligible
- Négociable

Modèle de fiche action et plan d'action à télécharger

Vous pouvez télécharger les outils suivants :

Trame de suivi de Plan d'actions

Cet outil est un fichier Excel composé de 2 onglets. Le 1^{er} onglet étant une aide à l'utilisation du fichier et le 2^e, intitulé FDR (Feuille de route) permet de décrire le plan d'actions et de suivre son avancement.

Fiche action

Ce document est un fichier Power point qui permet de décrire une action et peut faciliter la communication.

>> insérer un lien vers le document « Trame suivi PA » et « fiche action »
(document qui sera publié sur le site internet ARS)

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

 @ARS_ARA_SANTE

