

DIU « Alternatives à l'hospitalisation Traditionnelle  
et Prise en charge Médicochirurgicale en  
Ambulatoire »

## MODULE 3

# Organisation et Fonctionnement des alternatives à l'hospitalisation Hôpitaux de jour et de semaine

Dr. EH.BENMANSOUR.

Directeur du Groupe Hospitalier l'Archet – CHU de Nice

Le 27/01/2005

Dr EH.BENMANSOUR. Directeur  
du Groupe Hospitalier de l'Archet  
- CHU de Nice

# INTRODUCTION

- Les alternatives sont nombreuses:
  - HDJ
  - Chirurgie Ambulatoire
  - HDS
  - HAD
  - Et autres

# La Chirurgie Ambulatoire

Définition de la conférence de consensus de mars 1993, organisée par la Fondation de l'Avenir :

« La chirurgie ambulatoire correspond à des actes et/ou des explorations programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivis d'une surveillance post-opératoire prolongée, permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission »

# La chirurgie ambulatoire (suite)

- Chirurgie qualifiée, non mineure
- Chirurgie substitutive car pourrait se pratiquer dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle

» Pour un certain nombre de cas

# Chirurgie ambulatoire (Suite)

- Ce n'est pas une invention
  - Même technique
  - Profite des progrès médicaux et biomédicaux
  - Répond à une attente du patient
  - Facilite la régulation dans les cas de déficit ou d'excédent en lit
  - Permet la réduction des coûts directs dans un contexte économique contraignant
  - Relativise les difficultés de recrutement des IDE

# Facteurs favorisant son fonctionnement

- L'adhésion des acteurs
- Un réel besoin, identifié et mesuré
  - Substitution immédiate
  - Potentiel
  - Développement
    - ✓ *Activité prévisionnelle plafond*
- Une analyse de cette activité potentielle au regard d'autres impératifs

Cas favorable	Nombre de lits	Potentiel de substitution retenu	Incidence sur le nombre de lits	Proposition de configuration	Redéploiement possible d'IDE
Unité A	28	200	2	26	0
Unité B	27	66	0,7	26	0
<b>Service de Chirurgie Générale<sup>1</sup></b>	<b>55</b>	<b>266</b>	<b>2,7</b>	<b>52</b>	<b>0</b>
Unité C	14	32	0,3	14	0
Unité D	28	152	1,5	26	0
<b>Total Service de Chirurgie 2</b>	<b>42</b>	<b>184</b>	<b>1,8</b>	<b>40</b>	<b>0</b>
Service d'Orthopédie	30	300	3	27	1,2
Total Service de Gynécologie	20	600	6	14	1,2
Chirurgie Pédiatrique	20	500	5	15	1,2
<b>Total Général</b>	<b>167</b>	<b>1850</b>	<b>18,5</b>	<b>148</b>	<b>3,6</b>

Dr EH.BENMANSOUR. Directeur  
du Groupe Hospitalier de l'Archet  
- CHI de Nice

Cas défavorable	Nombre de lits	Potentiel de substitution retenu	Incidence sur le nombre de lits	Proposition de configuration	Redéploiement possible d'IDE
Unité A	28	200	2	26	0
Unité B	27	66	0,7	26	0
Service de Chirurgie Générale <sup>1</sup>	55	266	2,7	52	0
Unité C	14	32	0,3	14	0
Unité D	28	152	1,5	26	0
Total Service de Chirurgie 2	42	184	1,8	40	0
Service d'Orthopédie	30	92	1	29	0
Total Service de Gynécologie	20	200	2	18	0
Chirurgie Pédiatrique	20	100	1	19	0
<b>Total Général</b>	<b>167</b>	<b>842</b>	<b>8,5</b>	<b>158</b>	<b>0</b>

Dr EH.BENMANSOUR. Directeur  
du Groupe Hospitalier de l'Archet  
- CHI de Nice

- Détermination de la capacité en places
- Examen des capacités du bloc et salle de réveil
- Solutions d'aménagement de l'unité d'accueil:
  - Réaffectation, extension
  - Proximité du bloc
  - accessibilité

# Une organisation centrée sur le patient

- Le médecin traitant
- La consultation posant l'indication
  - Évaluation médicale
  - Evaluation psycho-socio-environnementale
- La consultation d'anesthésie
- La programmation
- Le jour J
- La sortie

# L'organisation centrée sur le patient (Suite)

- L'intervention du lendemain
- Consultation post-opératoire à distance
- L'organisation du personnel
  - Bloc
  - De l'unité
- Le règlement intérieur et autres documents

# Les écueils à éviter

- Ne pas prendre d'urgence
- Ne pas programmer d'interventions inopinées
- Eviter les déprogrammations
- Eviter les retards au démarrage du programme opératoire
- Maîtriser les douleurs post-opératoires

# Les écueils à éviter (Suite)

- Assurer, dans de bonnes conditions, la continuité des soins du patient, après sa sortie, et son éventuel retour en cas de complications
- Instaurer un esprit d'équipe basé sur la complémentarité de ses membres, tout en développant ses compétences par des formations adaptées
- Soigner la relation avec le médecin traitant, ne pas le concurrencer

# Conclusion

- Chirurgie qualifiée
- Restructurante
  - ✓ Concept d'organisation centré sur le patient
  - ✓ Synergies internes et externes
- Répond à la demande des patients
- Exposerait moins aux infections nosocomiales
- Source d'économie en coûts directs
- Facteur de modernité

# Hospitalisation de Semaine

- C'est de l'hospitalisation traditionnelle sur 5 Jours
- Adapter l'ouverture des lits aux réalités du terrain,
- Economie du temps de personnel qualifié,
- Amélioration de ses conditions de vie.
- S'adresse aux patients programmés dont le séjour est compris entre 2 et 5 jours : traitements et bilans lourds incompatible avec un HDJ ou Chirurgie ambulatoire.
- Pas de réglementation spécifique.

# HDS ( suite)

Situation initiale	Nb de lits	Nb d'entrées	Nb de journées	DMS	TOM
Unité A	26	1 186	6 880	5,8	72,5%
Unité B	26	1 154	6 928	6,0	73,0%
Service de Chirurgie Générale1	<b>52</b>	<b>2 340</b>	13 808	5,9	72,8%
Unité C	26	1 179	6 856	5,8	72,2%
Unité D	26	1 215	6 989	5,8	73,6%
Total Service de Chirurgie 2	<b>52</b>	<b>2 394</b>	13 845	5,8	72,9%
<b>Total Service de Chirurgie</b>	<b>104</b>	<b>4 734</b>	<b>27 653</b>	<b>5,8</b>	<b>72,8%</b>

Dr EH.BENMANSOUR. Directeur  
du Groupe Hospitalier de l'Archet  
- CHI de Nice

## HDS ( suite )

Projet	Nb de lits	Nb d'entrées	Nb de journées	DMS	TOM
Unité A à regrouper avec C	13	566	4 024	7,1	84,8%
Unité B	26	1 056	7 528	7,1	79,3%
Service de Chirurgie Générale1	<b>39</b>	<b>1 622</b>	11 552	7,1	81,2%
Unité C à regrouper avec A	13	578	4 078	7,1	85,9%
Unité D	26	1 069	7 489	7,0	78,9%
Total Service de Chirurgie 2	<b>39</b>	<b>1 647</b>	11 567	7,0	81,3%
Unité d'HDS commune	15	1 465	4 534	3,1	82,8%
<b>Total Service de Chirurgie</b>	<b>93</b>	<b>4734</b>	<b>27 653</b>	<b>5,8</b>	<b>81,5%</b>

Dr EH.BENMANSOUR. Directeur  
du Groupe Hospitalier de l'Archet  
- CHI de Nice

# HDS ( fin)

## Avantages :

Les TOM sont meilleurs. Il passe globalement de 72, 8 à plus de 80 %.

En soignant autant de malades, la réduction de lits permet de redéployer 5,5 IDE et 4,5 AS ( 405 000 Euros).

Une demi aile est libérée, cela peut permettre au service de créer d'autres espaces ( bureaux, bibliothèque, salon)

Le fait que les deux services soient amenés à partager 2 unités peut rapprocher les équipes.

## Inconvénients :

Le fait que les deux services soient amenés à partager 2 unités peut générer des conflits.