

MODULE 3
ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES ALTERNATIVES A
L'HOSPITALISATION
Hôpitaux de jour et de semaine

Introduction :

Les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle, ou plus précisément complète, sont nombreuses et toutes justifiées par des évolutions techniques, économiques ou sociales.

C'est ainsi que nous pouvons distinguer, selon les disciplines, plusieurs types d'alternatives :

- L'hospitalisation de jour pour des spécialités médicales où sont pratiquées des investigations lourdes nécessitant coordination et surveillance, ou des traitements nécessitant une surveillance pendant l'administration des produits médicamenteux ou sanguins, ou des actes sous surveillance (exemples, l'épuration extra-rénale, lithotritie, etc.), ou encore pour des séances de chimiothérapie.
- La chirurgie ambulatoire, ou day surgery, qui concerne des interventions qui auraient pu être réalisées en Hospitalisation Complète, qui n'est donc pas une chirurgie mineure.
- L'Hospitalisation de Semaine (HDS), considérée comme une hospitalisation traditionnelle, qui se distingue de l'Hospitalisation Complète (HC) par une fermeture le week-end.
- L'Hospitalisation à Domicile (HAD), qui permet d'assurer la continuité des soins au domicile du patient, entouré par sa famille, soit à la suite d'une hospitalisation, soit en tant que relais dans un processus de soins long (Chimiothérapie à domicile).
- Et bien d'autres types : Traitement à domicile (Dialyse rénale, insuffisance respiratoire chronique, nutrition entérale), CATTP en Psychiatrie (Centre d'Actions Thérapeutiques à Temps Partiel), Appartements Thérapeutiques, etc.

Cette intervention abordera essentiellement 2 alternatives importantes, la chirurgie ambulatoire et l'Hospitalisation de semaine.

La Chirurgie Ambulatoire ou Day Surgery

Selon la définition de la conférence de consensus de mars 1993, organisée par la Fondation de l'Avenir, et à laquelle participait l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), 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 ».

Il s'agit d'une chirurgie qualifiée et non d'une chirurgie mineure, concernant des actes qui auraient pu être réalisés dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.

C'est donc une chirurgie qualifiée et substitutive, pour un certains nombre d'actes.

La chirurgie ambulatoire n'est donc pas une invention puisque qu'elle fait appel aux mêmes techniques que celles utilisées dans le cadre de l'hospitalisation complète, c'est plus une innovation induite entre autres par le progrès médical (anesthésie, dispositifs implantables, équipements chirurgicaux, biomédical, etc.).

Elle s'appuie sur un concept d'organisation centré sur le patient et non sur le service ou l'acte spécialisé où le patient est en attente des événements générés par le ou les services.

Ainsi, c'est le couple acte-patient qui devra être évalué, selon des critères médicaux et psycho-socio-environnementaux, avant de prononcer l'éligibilité du patient à une prise en charge par la chirurgie ambulatoire.

En pratique, la chirurgie ambulatoire qui est une chirurgie qualifiée et substitutive s'adressant au couple acte-patient éligible, se développe du fait des facteurs favorisant ou contraignant suivants :

- le progrès technique
- le souhait du patient d'écourter son séjour hospitalier
- les listes d'attente
- les déficits ou excédents de lits de chirurgie
- les difficultés économiques
- l'évolution de la réglementation
- la nécessité d'optimiser les ressources mises à disposition
- les difficultés de recrutement de personnels soignants, notamment des infirmiers.

Malgré tout cela, notre pays reste en retard, une comparaison internationale réalisée à partir de données de 1997 relatives à une liste limitée d'actes significatifs, le montre au 12^{ème} rang, juste devant l'Italie et le Portugal, sur les 14 pays de l'OCDE, avec un taux moyen d'actes chirurgicaux de 30 %, contre 33% en Espagne, 60 % en Grande Bretagne, et 94 % aux USA (source : PNIR Enquête chirurgie ambulatoire / volet Synthèse et perspectives / septembre 2003 / Annexe 4 Contexte international Contribution de l'IAAS).

Sachant que les modules abordent l'historique et les aspects réglementaires, les structures, les enjeux, la gestion des risques, les aspects médicaux et épidémiologiques et l'évaluation médico-économique, je vais m'attacher à vous présenter des éléments concrets du fonctionnement d'une unité de Chirurgie Ambulatoire.

Tout d'abord, s'assurer de **l'adhésion de l'ensemble des acteurs**, au moins sur le principe, au projet d'organisation de la chirurgie ambulatoire : les médecins (Chefs de service, CME, etc.), la direction, et les soignants.

Déterminer **les besoins** immédiats **par spécialité chirurgicale et par acte**, sur la base du PMSI, des données administratives et de l'expérience des acteurs, Chirurgiens et Anesthésistes. On mesure ainsi l'effet de substitution, on s'assure qu'il s'agit bien d'actes de chirurgie qualifiée, et on identifie les actes éligibles sur le plan médical.

Evaluer le potentiel de substitution pour chacun des actes retenus, notamment en excluant les contre-indications médicales absolues (nouveau-né, invalidité pouvant mettre en jeu le pronostic vital, ASA sup. à 3, etc .) pour chacun des actes répertoriés.

Et enfin essayer d'évaluer les contre-indications absolues psycho-socio-environnementales (personne isolée, pas de téléphone, logée à plus de 60 minutes d'un centre de soins adapté, logement insalubre, etc.).

Ces éléments permettent de déterminer l'activité prévisionnelle plafond qui servira à arrêter le nombre de places nécessaire, le niveau de substitution par unité de soins, voire par service afin de réadapter et de réorganiser le nombre de lits par unité ou par service et ainsi de mesurer le niveau possible de redéploiement des personnels.

Une analyse pluridisciplinaire critique et objective de ces données confrontée aux orientations stratégiques de l'établissement (concurrence, financement, modernité, etc.) et des contraintes sociales (demande des patients), architecturales (faisabilité) et réglementaires (SROS, Obligations par décrets, circulaires, etc.) permet à ce stade de décider de la poursuite ou non de la construction du projet.

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
Service de Chirurgie Générale ¹	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	300	3	27	1,2
Total Service de Gynécologie	20	600	6	14	1,2
Chirurgie Pédiatrique	20	500	5	15	1,2
Total Général	167	1850	18,5	148	3,6

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 ¹	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
Total Général	167	842	8,5	158	0

Ces deux exemples démontrent bien la difficulté que l'on peut avoir à créer une unité de chirurgie ambulatoire à partir de structures d'hospitalisation traditionnelle existantes.

Il montre dans le cas dit défavorable, que l'activité est insuffisante pour créer une unité de chirurgie ambulatoire avec un nombre de place significatif (Nb de malades par IDE), et qu'il n'y a pas de redéploiement IDE possible.

Par contre, il n'indique en rien que le projet doit être abandonné dans la mesure où d'autres facteurs peuvent intervenir dans la prise de décision.

Dans le cas où la décision de poursuivre est prise, il faut alors **déterminer la capacité optimale** de l'Unité. Prenons le cas d'une activité prévisionnelle de 1 850 interventions, et une hypothèse de croissance de 15 % en cinq ans, après que l'activité ait atteint la prévision (il faut 2 à 3 ans environ).

La capacité à demander serait de $1850 \times 1,15 / 365$ jours (Décret N° 92.1102 du 2/10/92), soit 5,8 places arrondi à 6. Il y a souvent une confusion entre le nombre de places autorisées et le nombre de postes, lits ou fauteuils de chirurgie ambulatoire installé. Donc pour faire l'activité autorisée (2 128 interventions) en 250 jours ouvrés, il faut soit accueillir 2 patients sur la moitié des places, soit installer 1,5 lits pour une place.

Dans notre exemple, cela reviendrait à réaliser 9 interventions par jour ouvré, sur 9 lits, sauf à en accueillir 2, successivement, dans un même lit.

A ce stade, et dans le cas où tous les acteurs sont d'accord, il faut examiner **les capacités du bloc et de la salle de réveil**, à accueillir cette activité. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter : il reste des plages de bloc disponibles, la réorganisation des journées opératoires est possible, l'espace permet l'extension du Bloc, voire de la salle de réveil. Ces solutions doivent être évaluées aussi bien sur les plans matériels qu'humains.

Au même moment il faut explorer les solutions d'aménagement **de l'unité d'accueil** des patients, par réaffectation de locaux, ou par extension. Sachant que cette unité doit être très proche du Bloc et de la salle de réveil, qu'elle doit être confortable, et d'accès facile. Pour ma part, je suis plus favorable à des chambres individuelles qu'à des espaces d'accueil communs. Dans le cas donné en exemple, 6 chambres individuelles pour adulte et 3 chambres enfants, et des locaux (accueil-secretariat, soins, salle de consultation, et bureaux, seraient tout à fait adaptés.

L'**Organisation** de cette activité, **centré sur le patient**, et prenant en compte le **couple Acte-Patient**, doit être élaborée et formalisée sans négliger aucun des aspects de la prise en charge globale du patient :

- Le médecin traitant qui vous adresse le patient : information, communication, formations, protocoles médicaux, etc. Il faut en faire un véritable partenaire, respecté et participatif.
- La consultation qui pose l'indication d'une chirurgie ambulatoire doit s'appuyer sur une évaluation clinique et sur les conditions psycho-socio-environnementales du patient, qui doit être convaincu et d'accord sur cette forme de prise en charge. Les critères d'éligibilité doivent être formalisés. Une plaquette d'information peut être remise au patient, voire une visite de l'unité, organisée avec la surveillante ou l'agent d'accueil.
- La consultation d'anesthésie vient clôturer cette première étape, et s'assurer de l'éligibilité du patient.
- La programmation est alors établie, le rendez-vous, les prescriptions et recommandations données. Il est important d'étaler la venue des patients en fonction de l'heure d'intervention.
- Le jour de l'intervention, le patient est accueilli, préparé, et attend que le brancardier vienne le transporter au bloc.
- Après le réveil, il se repose dans sa chambre, puis examiné avant sa sortie, muni d'un dossier complet (prescriptions, compte rendu opératoire, les conduites à tenir en cas de problèmes, son ou ses rendez-vous post-opératoires), et si nécessaire ses soins à domicile organisés (HAD, SIAD). S'il doit être hospitalisé en hospitalisation conventionnelle, il doit l'être le plus rapidement possible, au plus tard, à la fermeture de l'unité.
- Si possible, interview du lendemain, par l'infirmière de l'unité.
- Consultation post-opératoire, à distance, si nécessaire.

Dans le cas qui nous intéresse **l'organisation du personnel** peut être la suivante :

- Pour opérer 9 patients par jour ouvré, et sachant que la durée d'immobilisation d'une salle et de 45 minutes à 1 heure, il faudra pouvoir disposer de 2 salles opératoires de 8 heures à 12 heures, en prenant le soin de programmer en premier, les patients nécessitant le temps de récupération le plus long. Il faut pouvoir disposer de 2 IBODE, et de 2 IADE, selon l'organisation mise en place au sein du Bloc. Le Médecin

Anesthésiste peut prendre en charge plusieurs salles, l'essentiel est qu'elles soient regroupées, et qu'il puisse compter sur la présence des IADE à la tête du patient. Il faudra également prévoir un poste infirmier en salle de réveil de 8H30 jusque vers 13H30.

- Pour l'accueil dans l'unité, la configuration possible est de disposer d'une secrétaire médicale de 8H30 à 18H30, d'une IDE de 7H à 18H, d'une aide-soignante de 7H à 18H et d'un ASH pour le nettoyage, en décalage par rapport à l'équipe, de 10H à 19H.
- Le brancardage devra être assuré par l'équipe du Bloc, autrement, il faudrait prévoir un brancardier de 7H30 à 13H30.

Au total, si on considère que l'unité fonctionne 230 jours par an, il faudrait :

- Pour le bloc, s'il s'agit d'un personnel spécifique, 1,20 IBODE, et 1,20 IADE. Le ménage, la stérilisation étant prises en charge par le pool du Bloc. En fonction du degré de substitution ce personnel peut être redéployé à partir du Bloc.
- Pour l'unité d'accueil, 1 cadre de santé, 1,60 IDE, 1,6 AS, 1,30 ASH pour le nettoyage (pouvant être un AS), et 1,5 secrétaire médicale. Cette unité doit être placée sous l'autorité d'un médecin coordonnateur (**en débattre**).

Enfin, l'unité doit **se doter de protocoles médicaux écrits, d'un règlement intérieur**, d'un livret spécifique pour le patient, de convention avec l'HAD voire avec des associations d'infirmiers pour la continuité des soins à domicile, chaque fois que nécessaire, et de tableau de suivi de l'activité du bloc, éventuellement des temps d'intervention et d'immobilisation de salles, de suivi de l'activité de l'unité, de suivi des complications, des hospitalisations obligées, et des réhospitalisations secondaires en fonction de la cause (complications médicales, ou problèmes psycho-socio-environnementaux inattendus).

Quelques 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
- 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.

En conclusion, la chirurgie ambulatoire et une chirurgie qualifiée. Elle est restructurante dans la mesure où elle fait appel à un concept d'organisation centré sur le patient, développant des synergies tant avec des partenaires internes qu'externes. Elle répond à une demande de nombreux patients qui préfèrent, chaque fois que possible, la chaleur de leur foyer, de leur entourage, au stress de l'hospitalisation. Elle exposerait moins le patient aux infections nosocomiales. Elle fait gagner du temps, et permet de réaliser des économies notamment sur les coûts directs (surtout pour les dépenses de personnel). C'est une option d'avenir, apportant davantage de modernité au système hospitalier, trop bureaucratique, trop lourd. Des mesures incitatives sont attendues des pouvoirs publics.

L'Hospitalisation De Semaine (HDS) :

C'est de l'hospitalisation traditionnelle qui s'interrompt le vendredi au soir pour reprendre le lundi matin.

Elle répond à la nécessité d'adapter l'ouverture des lits aux réalités du terrain, notamment à la baisse d'occupation constatée. Certains services voient leur Taux d'Occupation moyens chuté de 50%.

Elle permet d'économiser du temps de personnel qualifié, et d'améliorer ses conditions de vie dans la mesure où il accède plus souvent au repos de fin de semaine.

Cette variante de l'hospitalisation traditionnelle s'adresse aux patients programmés dont le séjour est compris entre 2 et 5 jours. C'est le cas des traitements et bilans lourds qui ne peuvent être réalisés dans le cadre d'un Hôpital de jour ou dans celui de la Chirurgie ambulatoire.

Il n'existe pour l'instant aucune réglementation régissant ce type d'Hospitalisation.

Prenons l'exemple de 2 services de respectivement 52 lits chacun, réalisant 4 734 entrées par an, avec une DMS de 5,8 jours. Ce service va avoir un TOM de 75,80 %, alors même que l'on constate que quasiment tous les lits sont pleins pendant la semaine.

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 Générale ¹	52	2 340	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	52	2 394	13 845	5,8	72,9%
Total Service de Chirurgie	104	4 734	27 653	5,8	72,8%

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 Générale ¹	39	1 622	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	39	1 647	11 567	7,0	81,3%
Unité d'HDS commune	15	1 465	4 534	3,1	82,8%
Total Service de Chirurgie	93	4734	27 653	5,8	81,5%

Avantages :

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

Tous en soignant autant de malades, la réduction de 11 lits permet de redéployer 5,5 IDE et 4,5 AS, soit une économie de 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.

Les avantages de l'Hospitalisation de semaine sont nets, cependant, cette forme de prise en charge nécessite une organisation des personnels et des soins, et une programmation des admissions et des examens très rigoureuses.

- Les programmations d'examens doivent être cohérents avec la durée prévisionnelle des séjours.
- La durée prévisionnelle des séjours détermine le jour d'admission du patient, afin d'optimiser la structure.
- La continuité des soins doit être organisée. Elle peut s'appuyer sur des structures de type HAD ou SIAD, toujours en lien avec le médecin traitant.

A l'heure où les recrutements sont difficiles, et où les contraintes financières sont de plus en plus fortes, ce mode d'hospitalisation apporte un gain évident en ressources humaines et en qualité de vie des équipes, sans préjudice pour le patient, sous réserve de l'adhésion des acteurs et d'une bonne organisation.

Questions.