

Chirurgie ambulatoire : pourquoi mettre en place un tableau de bord ?

De la nécessité d'un pilotage opérationnel de l'unité de chirurgie ambulatoire

Quels que soient les modes utilisés, explicatif (études médicale et épidémiologique, observatoire de la satisfaction des patients, témoignages d'équipes...), incitatif (suppression des bornes basses de la tarification, contractualisation interne...), coercitif (mise sous autorisation préalable [MSAP], contrat pluriannuel d'objectif et de moyen [CPOM]...), force est de constater qu'il ne suffit pas d'ouvrir des places en chirurgie ambulatoire pour les voir se remplir. Si les motivations pour faire de la chirurgie ambulatoire sont puissantes, si les accompagnements et autres benchmarks ont documenté les actions susceptibles de lever les derniers freins, si la vague montante du développement marginalise petit à petit les résistants, la

L'essentiel

Le développement de la chirurgie ambulatoire implique un pilotage actif de la part du médecin coordonnateur et du cadre de l'unité. Afin de maintenir cet effort au long cours, un tableau de bord métier est nécessaire pour proposer, en peu de temps, une vision cohérente de l'unité et de son évolution, de l'activité et de la qualité. Cet outil repose sur des indicateurs, en petit nombre et bien choisis, mais inclut aussi des fonctions d'alerte permettant de gagner du temps d'analyse et de soutenir la communication qui accompagne les actions à entreprendre (résolution, célébration). La production du tableau de bord doit être largement automatisée pour un suivi efficace du développement.

Mots-clés : chirurgie ambulatoire, indicateur, tableau de bord, pilotage.

Philippe Devillers¹, David Lechaux², Krys Kostih³

1- Directeur associé, consultant en organisation, Apsis Santé, Paris

2- Chirurgien digestif, centre hospitalier Le Foll, Saint-Brieuc (22)

3- Cadre de santé, chirurgie ambulatoire, CH Le Foll, Saint-Brieuc (22)

force de l'habitude reste sans doute le pire des obstacles. En dehors de circonstances particulières et facilitantes, comme des lits d'hospitalisation saturés en chirurgie par exemple, le changement des pratiques demande un temps et une énergie formidables. Sans outil spécifique de suivi pour se simplifier la tâche, il est difficile de maintenir l'effort et l'enthousiasme de la création initiale. Généraliser l'ambulatoire à toutes les spécialités chirurgicales, remplir les places, supprimer le forain¹ ; lisser l'activité, fiabiliser la programmation, faire de la rotation ; optimiser le remplissage, créer des circuits courts... Quel que soit le niveau de maturité de l'unité de chirurgie ambulatoire, le dynamisme du pilotage opérationnel impulsé par le binôme moteur – médecin coordonnateur et cadre de santé – est un facteur clé de succès.

Quels indicateurs pour la chirurgie ambulatoire ?

Les travaux menés depuis plus de dix ans par les institutions – Haute Autorité de santé (HAS), Agence nationale pour l'appui à la performance (Anap, ex-MeaH), Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) – et par les sociétés savantes – Société française d'anesthésie réanimation (Sfar), Association française de chirurgie ambulatoire (Afca) – permettent une bonne appréhension des nombreux indicateurs

1- Un patient ambulatoire est dit forain s'il est accueilli dans une unité d'hospitalisation conventionnelle et non dans l'unité ambulatoire dédiée. Il ne peut alors bénéficier des spécificités de l'organisation ambulatoire, seules garanties d'une prise en charge de qualité et en sécurité.

Les indicateurs retenus doivent être simples à produire.

utiles à une unité de chirurgie ambulatoire. La liste de ces indicateurs s'enrichit régulièrement du fait de la maturité croissante des organisations et de la généralisation du principe du « parcours patient ». Cependant, pour conserver son caractère très opérationnel, un suivi efficace doit pouvoir se faire avec un nombre limité d'indicateurs bien choisis, quitte à les faire évoluer dans le temps pour refléter l'évolution de l'organisation. Un bon principe pour retenir ou non un indicateur est d'évaluer la faisabilité technique et humaine de sa mesure à une fréquence adaptée au système observé (hebdomadaire ou bimensuelle pour la chirurgie ambulatoire). Au critère d'exhaustivité, impossible à atteindre par définition, on préférera un sous-système d'indicateurs, typiquement une dizaine, faciles à obtenir (ne créant pas une grosse charge de travail pour leur collecte), couvrant les divers aspects ou moments clés de la prise en charge, représentant au moins les deux principaux domaines d'évaluation : l'activité de l'unité et la qualité de la prise en charge. Ce faisant, nous excluons volontairement deux autres domaines : la satisfaction des partenaires et celle des professionnels de l'unité. Non pas que ces dimensions ne soient pas importantes (elles sont même essentielles pour certains projets, et de plus en plus alors que l'ambulatoire intègre des coopérations avec la ville) mais plutôt que leur rythme de mesure est en général bien plus lent. Dans l'examen de la faisabilité de la mesure d'un indicateur, la source des données de départ est évidemment une question à se poser. Sont-elles contenues dans une base de données que l'on pourra requêter ? Sont-elles inscrites sur un support papier archivé par l'unité ? Dans tous les cas, on cherchera à exploiter des sources de données existantes pour éviter la surcharge de travail d'une ressaisie. Par exemple, pour piloter l'évolution de l'activité en chirurgie ambulatoire, on pourrait extraire les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de semaine en semaine. Exacte en théorie, cette hypothèse est irréaliste en pratique, à cause des délais de validation des dossiers par le département de l'information médicale (DIM). En outre, la mesure de l'activité ambulatoire au sens de la facturation ne reflète pas les passages effectifs dans l'unité : ambulatoire forain en trop, activité non ambulatoire (forfaits...) en moins, patients transférés en hospitalisation requalifiés en séjours hospitaliers alors qu'ils ont utilisé une place en ambulatoire... Étudier l'évolution de l'activité à la semaine nécessite donc une autre source de comptabilisation des passages dans l'unité.

Le pilotage opérationnel, à rythme soutenu, complète le pilotage stratégique, plus lent

Le pilotage du développement de la chirurgie ambulatoire combine de nombreux niveaux d'action, de réactivité croissante, par exemple :

- le bilan annuel d'activité et de qualité, rapproché des objectifs annuels du contrat de pôle ou de la déclinaison du CPOM ;
 - un rapport trimestriel ou semestriel de développement de l'ambulatoire, présentant l'évolution du pourcentage de séjours chirurgicaux ambulatoires, global et par spécialité (diverses définitions existent, en cours de convergence avec la définition internationale), à destination de la direction générale, de la commission médicale d'établissement, des chefs de pôles, du DIM, du responsable des pôles et services chirurgicaux ;
 - une approche plus managériale des acteurs chirurgicaux, à rythme trimestriel, qui suit la pénétration de la pratique ambulatoire par geste et par praticien, selon les sous-spécialités de chacun et leurs potentiels, et incite au développement des gestes innovants ;
 - un niveau opérationnel, hebdomadaire ou bimensuel, pour suivre le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire par spécialité, le remplissage de l'unité et la rotation, et certains indicateurs de qualité de la prise en charge : orientation des patients, annulations, transferts en hospitalisation conventionnelle, urgences rajoutées, appels de la veille et du lendemain, etc.
- Ces divers niveaux de pilotage cohabitent. Chacun pourrait justifier son propre tableau de bord.

Un tableau de bord n'est pas qu'un ensemble d'indicateurs, c'est un outil d'aide à la décision

Pour un peu nombre d'unités très dynamiques, une poignée de chiffres suffit à piloter. Ce pilotage « à vue », largement intuitif, est pertinent à condition d'être mené conjointement par le médecin et le cadre à l'occasion de réunions régulières, pour discuter des décisions à prendre pour améliorer l'activité et la qualité de la prise en charge. Quelle meilleure définition de la conduite du changement finalement ? Mais pour la plupart des unités, l'absence d'outil permettant d'obtenir facilement une compréhension synthétique et juste de la situation, a souvent condamné les premières tentatives de pilotage opérationnel, faute de temps. On ne se réunit plus alors qu'en gestion de crise, pour expliquer et résoudre les gros dysfonctionnements (l'échelle de gravité du problème étant souvent à l'aune du déclarant), ce qui n'est pas du pilotage. Et puis, le pilotage « à vue », tout performant soit-il, oublie en chemin un des rôles primordiaux d'un outil bien conçu : accompagner la communication avec le terrain autour des décisions prises. Avec cet objectif en tête, de nouveaux utilisateurs du

tableau de bord apparaissent pour former, globalement, trois catégories : les pilotes qui vont s'y pencher quelques minutes à chaque réunion de pilotage, pour analyser les observations, suivre les effets des actions en cours et décider d'entreprendre de nouvelles actions ; les institutionnels qui veulent être informés, à fréquence plus lente, avec un bilan d'activité et de qualité, global ou par spécialité, et éventuellement la liste des actions entreprises ; les professionnels de l'unité qui vont être acteurs des changements de pratiques ou d'organisation, et qui doivent, autant que possible, partager les décisions prises par les pilotes de poursuivre telle ou telle action. Chacune de ces « cibles » souhaite recevoir l'information qui l'intéresse sous un format adapté à son niveau de lecture. Le tableau de bord doit donc inclure divers modes de présentation, pour chaque cible. Par exemple, avec un tableau de bord très dynamique, les pilotes examineront dès le lundi le bilan de la semaine qui vient de s'écouler (la saisonnalité d'activité de la chirurgie ambulatoire reflète celle du bloc opératoire, bâtie en règle générale autour d'une planification hebdomadaire) : pour comparer l'activité aux semaines qui précèdent et aux objectifs moyens par semaine, globalement et par spécialité ; pour suivre l'évolution des principaux indicateurs de qualité, voir si les processus sont sous maîtrise ou si les actions en cours pour les améliorer ont les effets attendus ; pour étudier l'activité par jour de semaine, résoudre les problèmes de lissage ou trouver des capacités de développement ; pour comparer la rotation effective par place ouverte avec les objectifs définis par l'établissement. Le tableau de bord devra donc inclure des fonctionnalités adaptées : graphes montrant l'évolution des indicateurs par semaine dans le temps, choix d'une semaine de l'historique pour zoomer sur les indicateurs, détail par spécialité pour l'activité, importance des divers motifs de dysfonctionnement pour les indicateurs de non-qualité... *À tout indicateur est associé un objectif chiffré*, sinon la mesure n'apporte pas d'éléments de décision, et, du point de vue du pilotage, est inutile. Cet objectif chiffré est à définir par une négociation consensuelle entre les acteurs concernés, institutionnels et terrain, éclairée par la connaissance des potentiels d'activité, les bonnes pratiques de référence en qualité ou une réflexion des professionnels sur le « *gold standard* ». Pour gagner en rapidité de lecture et jouer son rôle d'alerteur, le tableau de bord affichera donc automatiquement la tendance d'évolution de chaque indicateur par rapport à la période précédente et la comparaison de la valeur mesurée avec l'objectif. Associer des symboles (*smileys*) à chaque situation renforce le rôle d'alerteur du tableau de bord, en attirant l'œil des pilotes sur les points à discuter : résolution du problème si sous-performance, célébration si performance.

Témoignage du centre hospitalier de Saint-Brieuc

Dr David Lechaux, Krys Kostih

Un tableau de bord est un gain de temps appréciable dans la tâche de pilotage d'une unité de chirurgie ambulatoire, mais ce n'est pas le seul outil. Nous l'expérimentons au centre hospitalier de Saint-Brieuc depuis une mission MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers) de 2007.

Le tableau de bord doit apporter une plus-value opérationnelle directe

Après une première version basée sur les données globales de la journée, nous avons souhaité mesurer en routine les durées de séjour des patients pour optimiser le temps de prise en charge. Il faut disposer des horaires des principales étapes du parcours patient (arrivée, départ au bloc, retour du bloc, sortie), ce qui impose un suivi patient par patient, que les infirmières effectuaient déjà. Nous l'avons remplacé par un fichier Excel bien conçu. Cela leur procure une supervision en temps réel des patients dans l'unité par un jeu de couleurs, un gros plus pour franchir le blocage de l'informatique. Par une manipulation simple, on récupère chaque matin le programme du bloc, ce qui évite de ressaisir identité patient, geste, opérateur... L'analyse des données poursuit deux objectifs d'optimisation complémentaires :

- produire le profil de présence des patients, pour adapter les ressources en soignants aux pics et positionner les tâches de back-office (appels, dossier...) dans les creux ;
- mesurer les durées par geste, et les comparer à une durée-objectif (avis d'expert...) pour une prise en charge de qualité et compétitive, donc efficiente.

Un tableau de bord évolutif permet de coller aux problématiques de l'unité tout en instaurant un regard vers l'extérieur, indispensable pour s'améliorer

Il faut se demander comment faire mieux et plus sûr. L'intégration de l'horaire du score de Chung dans le suivi des patients a permis de dissocier le temps post-opératoire utile et le temps à faible valeur ajoutée. Cela a entraîné une réflexion sur la création d'un salon de sortie et, globalement, une adaptation du parcours.

Notre démarche d'amélioration étant avant tout sécuritaire, bien d'autres indicateurs devraient rejoindre le tableau de bord : sortie avec compte rendu opératoire, complication après sortie... Le pilotage doit s'adapter aux évolutions du service et à la réglementation.

Exemple d'un tableau de bord opérationnel sous Excel

Une des capitalisations importantes de la mission pilote MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers) sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire a été la conception et le déploiement sur de nombreux sites d'un tableau de bord opérationnel dans Excel que nous avons réalisé en 2005-2006. Cet outil a largement évolué depuis. En voici la présentation dans les grandes lignes. Ce tableau de bord est conçu spécifiquement pour soutenir un pilotage fréquent, par quinzaine ou mensuel. Il présente des informations graphiques pour faciliter une prise de décision rapide et soutenir une communication élargie, selon des modalités spécifiques à chaque cible (unité de chirurgie ambulatoire, chirurgies, institution). Dans la mesure où il n'inclut pas toutes les dimensions de la qualité en ambulatoire – satisfaction des patients, des professionnels, maîtrise des durées de séjour par geste, adaptation de la ressource soignante à l'activité... – il ne représente que la partie la plus dynamique des outils de supervision dont doit disposer le groupe projet chargé de développer la chirurgie ambulatoire.

Suivi de l'activité et de la rotation

La **vue 1** permet de suivre activité et rotation hebdomadaire sur vingt-six semaines, soit un semestre d'activité. Une feuille de suivi mensuel se présente de la même façon. Une feuille spécifique suit la contribution des spécialités chaque jour de la semaine afin d'apprécier le lissage de l'activité.

Suivi de la qualité

Quatre indicateurs ont été retenus pour la qualité de la prise en charge et des filières : annulation à J0, transfert en hospitalisation complète (HC), rajout à J0 hors procédure, activité non qualifiée (**Vue 2**). Chaque indicateur de qualité contient des motifs explicatifs (en nombre variable par indicateur) qu'il est essentiel de suivre pour orienter les actions correctives. Par exemple, l'indicateur « Annulation à J0 » comprend huit motifs explicatifs, affichés automatiquement à côté du graphe, par ordre décroissant d'importance (**Vue 3, tableau I**). Cette feuille contient aussi quatre indicateurs liés à l'appel de la veille et du lendemain, des étapes

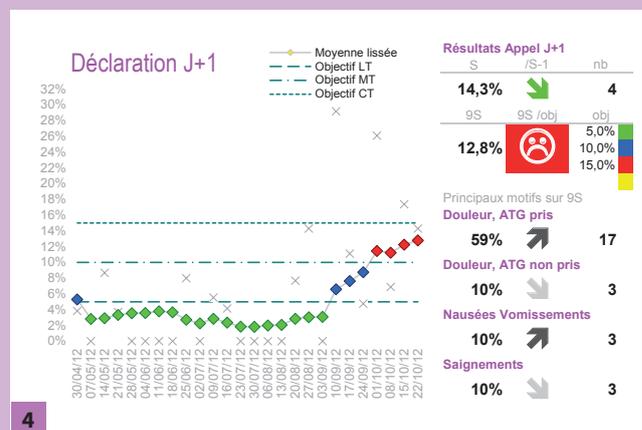
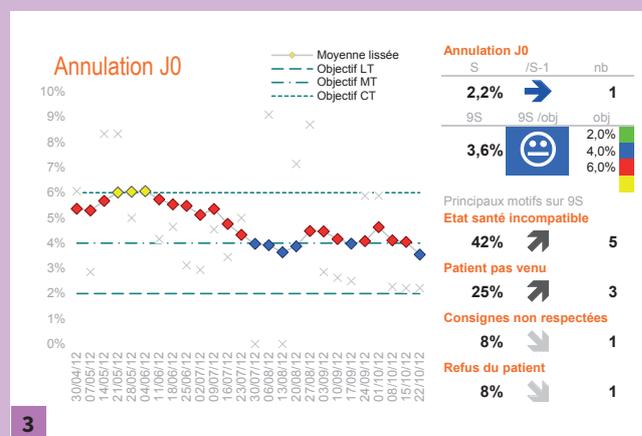
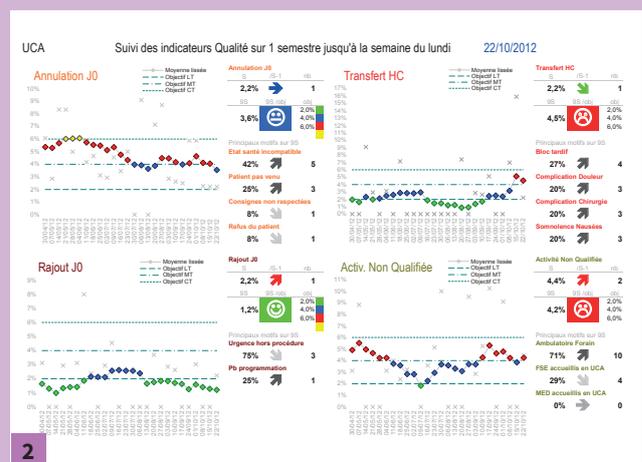
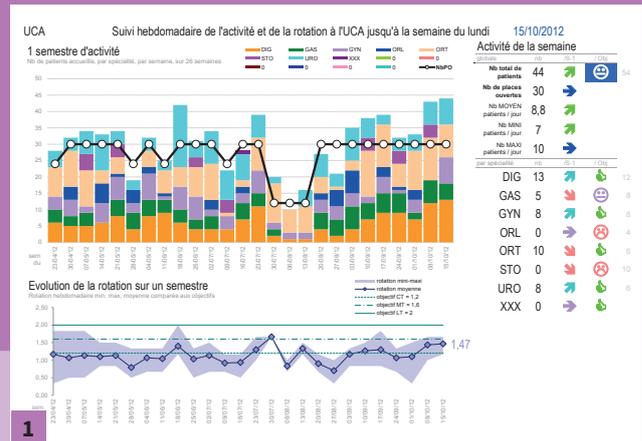


Tableau I - Motifs d'annulation à J0

Motif	Explication et exemple
Patient pas venu	Le patient ne se présente pas, sans prévenir ou prévient le jour J sans raison
Etat de santé incompatible	Le patient se présente et n'est pas pris en charge à cause de son état de santé, ou le patient téléphone (après l'appel de la veille) pour avertir de sa maladie
Consignes non respectées	Le patient se présente et n'est pas pris en charge car il n'a pas respecté les consignes de préparation au domicile (douche, jeûne, accompagnement...)
Dossier incomplet	Le patient se présente et n'est pas pris en charge car son dossier est incomplet (manque d'examen indispensable, consultation d'anesthésie non faite...)
Arrivée trop tardive	Le patient se présente et n'est pas pris en charge car il est arrivé très en retard et le programme ne peut être décalé
Refus du patient	Le patient se présente mais refuse d'être pris en charge lors de l'entretien d'accueil (totalement ou en ambulatoire)
Indication annulée	Le patient se présente mais l'indication de l'intervention a disparu (le kyste s'est résorbé, le calcul s'est dissous...)
Patient reporté	Le patient se présente et n'est pas pris en charge pour une raison imputable à l'établissement (bloc indisponible, panne, incident, instrumentation, médecin indisponible, grève...)

importantes de la prise en charge difficiles à mettre en place. Par exemple l'indicateur « Déclaration J+1 » comprend neuf déclarations explicatives (Vue 4).

Paramétrage

L'outil, sous Excel, est très simple à mettre en œuvre. Il est complètement paramétré en capacités d'accueil, jours d'ouverture, spécialités pratiquées, objectifs de rotation, d'activité par spécialité, des indicateurs qualité...

Utilisation

Il suffit de dix minutes pour saisir l'activité d'une semaine (par une secrétaire de l'unité ambulatoire par exemple). Les pilotes (médecin coordonnateur et cadre de santé) utilisent les différents graphes pour suivre l'activité et la qualité et décider des actions d'amélioration. Toutes les feuilles sont déjà mises en page pour l'impression couleur (papier ou PDF) à fin d'affichage et de communication aux divers responsables des spécialités chirurgicales et à la direction.

Le pilotage s'inscrit dans un cadre apaisé où les objectifs des acteurs sont en phase

Une bonne définition du pilotage opérationnel pourrait être « la poursuite active et collégiale d'objectifs concrets partagés ». Elle traduit l'engagement d'une équipe autour d'idées simples : les petits pas successifs font les grands changements ; rien n'arrive par magie et chaque pas dans la bonne direction nécessite d'être soutenu et accompagné ; des actions sont à mettre en place aussi bien pour célébrer les objectifs en bonne voie que pour résoudre les blocages. La chirurgie ambulatoire est très adaptée à ce pilotage rapide et fréquent, car on mesure vite l'effet des changements d'organisation et de pratiques. Cependant, rien n'est plus facile à dévoyer qu'un indicateur, alors qu'ils sont désormais présents dans tous les aspects de la vie quotidienne (il suffit d'écouter l'actualité pour s'en convaincre, dans un monde qui a inventé une échelle du bonheur...). Lorsque la mesure ne plaît pas, on remet en question l'indicateur, son mode de calcul ou sa représentation graphique. Pour éviter d'être ainsi ramenés au point de départ et pour maximiser le retour sur investissement en temps (temps de pilotage et temps initial de conception du tableau de bord), plusieurs étapes préalables sont indispensables : un consensus global de tous les acteurs vers la cible à atteindre et les pistes pour y arriver ; des indicateurs définis avec une grande clarté, en discussion avec les acteurs ; un tableau de bord automatisé, simple et partagé ; des pilotes – praticien, cadre – collaborant en bonne intelligence. Arriver à ce stade peut demander un délai de préparation long, sorte d'acculturation à cette démarche étrangère au monde de la santé. Si les travaux nationaux et témoignages sur les indicateurs de l'ambulatoire donnent de plus en plus de points de référence, il paraît difficile de faire l'économie de cette phase préparatoire. Quant aux aspects techniques de la mise en œuvre, les logiciels de gestion des séjours ambulatoires étant actuellement peu répandus ou adaptés, un tableau de bord dans Excel (par exemple) peut tout à fait répondre aux besoins. ■

Références

- 1- Association française de chirurgie ambulatoire (Afca). Actes des congrès JAB [2015, 2014, 2013, 2012, 2011]
- 2- Actes de journées Videocaa [2015, 2014, 2013]
- 3- Haute Autorité de santé (HAS), Agence nationale d'appui à la performance (Anap). Dossier Chirurgie ambulatoire [2015, 2014, 2013, 2012]
- 4- Agence régionale de santé d'Île-de-France. Bilan du projet Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et restructurante [2011]
- 5- Anap. Journée « Chirurgie ambulatoire : le nouveau paradigme » [2011]
- 6- Société française d'anesthésie réanimation (Sfar). Recommandations formalisées d'experts, « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » [2009]
- 7- Direction générale de l'organisation des soins (DGOS). Abécédaire chirurgie ambulatoire [2009]
- 8- Mission d'étude et d'audit hospitalier (MeaH). Bréviaire chirurgie ambulatoire [2007]