



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

***Coordination des soins ville-hôpital :
Exploration des représentations des chirurgiens et des médecins
du Centre Medico-Chirurgical Ambulatoire du CHRU de Lille***

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 26 septembre 2014
à 18 heures

au Pôle Formation de la Faculté de Médecine

Par Marion DUMAS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur PRUVOT François-René

Assesseurs :

Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond

Monsieur le Professeur WIEL Eric

Monsieur le Professeur ZERBIB Philippe

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur LERUSTE Sébastien

représenté par Monsieur le Docteur BAYEN Marc

Liste des abréviations

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
Anest	Anesthésie
CdS	Coordination des Soins
Chir	Chirurgie
Chir ambu	Chirurgie ambulatoire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMCA	Centre Médico-Chirurgical Ambulatoire
Gastro	Gastro-entérologie
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
MG	Médecin Généraliste
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PEC	Prise en Charge
PPS	Plan Personnalisé de Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières

Résumé	1
Abstract.....	2
Introduction	3
Méthodes et Matériels	6
A. Méthode de recherche qualitative	6
B. Méthode de recherche bibliographique	6
A. Population étudiée.....	7
B. Recueil des données.....	7
C. Analyse des données	9
Résultats	10
III. Caractéristiques de l'échantillon étudié et données générales des entretiens	10
IV. Représentation du parcours coordonné de soins en chirurgie ambulatoire ..	11
A. Organisation générale du CMCA et rôle des acteurs de la coordination des soins	11
B. Parcours pré-opératoire	12
C. Parcours per opératoire.....	14
D. Parcours post-opératoire.....	15
V. Représentations de la coordination des soins	16
A. Représentation liée à l'organisation	16
B. Représentation liée à l'acte de chirurgie ambulatoire.....	18
C. Représentation liée aux acteurs.....	20
D. Représentation liée aux moyens	22
E. Perception globale de la coordination des soins	24
VI. Suggestions de modifications	26
Discussion	31
VII. Analyse des principaux résultats et implications majeures.....	31
A. Parcours de soins.....	31
1. Parcours de soins en préopératoire	33
2. Parcours de soins post-opératoire.....	34
B. Représentation de la coordination des soins.....	35
1. Représentation liée à l'organisation	36
2. Représentation liée à l'acte de chirurgie ambulatoire.....	37
3. Représentation liée aux acteurs.....	38
4. Représentation liée aux moyens	38
C. Modifications proposées et perspective d'avenir.....	39
VIII. Forces et faiblesses de l'étude	42
A. Sélection de la population	42
B. Entretiens	42
C. Analyse des données	43
Conclusion.....	45
Références bibliographiques	46
Annexes	49
Annexe I : Taux de Chirurgie ambulatoire par région en 2012	49
Annexe II : Guide d'entretien sur la coordination des soins ville-hôpital dans le	

cadre des soins ambulatoires au CHRU de Lille	50
Annexe III : Caractéristiques de la population interrogée	52
Annexe IV (a) : Fiche de suivi du patient à l'unité d'hospitalisation Leloir	53
Annexe IV (b): Fiche de suivi du patient à l'unité d'hospitalisation Leloir	54
Annexe V : Fiche d'entrée du patient à l'unité d'hospitalisation Leloir	55
Annexe V : Fiche d'entrée du patient à l'unité d'hospitalisation Leloir	56
Annexe VI : Lettre de consentement consultation pré-anesthésie	57
Annexe VII: Parcours de soins au CMCA	58
Annexe VIII : Transcription littérale des entretiens	59
Serment d'Hippocrate	113

RÉSUMÉ

Contexte : La coordination des soins est une fonction qui participe à l'efficacité des soins. L'accompagnement du parcours de soins du patient fait partie des compétences du médecin généraliste, renforcées par la loi HPST et la stratégie Nationale de Santé. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations de la coordination des soins ville- hôpital chez les professionnels de santé du service de chirurgie ambulatoire (CMCA), de l'hôpital Huriez, au CHRU de Lille.

Méthode : Une étude qualitative utilisant une approche par théorie ancrée a été conduite, à l'aide d'entretiens semi-dirigés collectifs et individuels. L'analyse des données a été effectuée après retranscription puis double codage informatique des données à l'aide du logiciel Nvivo®.

Résultats : La chirurgie ambulatoire semble concerner des actes restreints chez des patients à l'état de santé connu. Cette éligibilité est permise à la condition d'une coordination de bonne qualité avec les professionnels de santé de soins primaires. La programmation et la protocolisation de la prise en charge des patients permettent d'anticiper et d'éviter les aléas.

Cette coordination des soins est satisfaisante pour la plupart des médecins et chirurgiens interviewés mais perfectible en interne. Améliorer la communication au sein de l'hôpital permettrait une meilleure coordination des soins en extrahospitalier.

Conclusion : Une confrontation des représentations de la coordination des soins par les différents acteurs de santé concernés est une étape préalable à la réalisation d'une étude d'intervention. Des pistes de modifications pourront alors émerger.

ABSTRACT

Background : Care coordination is a participating function of the care efficiency. The accompaniment of the patient's care pathway is part of the general practitioner's competence, reinforced by the HPST law and the National Health Strategy. The main purpose of this study was to explore the representations of hospital-community care the health professionals of the ambulatory surgery service (CMCA) at the Huriez hospital of the Lille CHRU have.

Method : A qualitative study using a grounded theory approach was conducted, by carrying both collective and individual semi-structured interviews. The data analysis was performed after retranscribing and double processing the data using the Nvivo® software program.

Results : Ambulatory surgery seems to concern restricted actions with patients whose health status is known. This eligibility is permitted on condition of a good quality coordination with the primary care health professionals. Programming and creating protocols for the patients' care allows to anticipate and avoid hazards.

This care coordination is satisfying to most of the interviewed physicians and surgeons, but internally perfectible. Improving the communication within the hospital would allow a better extramural care coordination.

Conclusion : Confronting the representations of care coordination by all the involved health professionals is a preliminary step to an intervention study. Modification leads may then emerge.

INTRODUCTION

Le médecin généraliste MG assure le suivi du patient et la coordination des soins en interaction avec les professionnels de santé. Il oriente le patient et l'accompagne tout au long de son parcours de soins dans le système complexe de santé.

Cette coordination des soins fait partie des compétences du médecin généraliste définies par la WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) en 2002. (1) La qualité de cette coordination permettrait une meilleure efficacité des soins.

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 réorganisait le système de soins en mettant en place un parcours coordonné ; en particulier entre les soins de premier recours et l'hôpital. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) faisait émerger un volet ambulatoire. (2)

L'organisation ambulatoire améliorerait la qualité des soins obligeant à tout organiser autour du patient et dans son intérêt. Elle présenterait des avantages en termes de coûts hospitaliers directs, de sécurité des soins, d'optimisation de l'organisation et de satisfaction du personnel.(3)

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré sur le patient dont le principe est de réduire le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire dans la structure, tout en améliorant la qualité de sa prise en charge (moins de risque d'exposition aux infections nosocomiales, plus grande satisfaction du patient, réhabilitation plus précoce, etc.). (4)

Selon l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), 80 % des actes chirurgicaux pourraient être réalisés en ambulatoire et 90% des patients seraient éligibles à ce type de prise en charge. Le développement de la chirurgie ambulatoire est une des priorités nationales avec un objectif global de 50% par rapport à l'ensemble des séjours de chirurgie pour 2016. (5)

En 2012, le taux de chirurgie ambulatoire au Danemark et en Allemagne est bien plus élevé qu'en France (40.8%), respectivement de 78% et 61%. (6)

ANNEXE I : Taux de chirurgie ambulatoire par région en 2012.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est donc un projet régional commun.(7)

Depuis 2008, l'alternative à l'hospitalisation classique par la chirurgie ambulatoire est une des priorités du projet d'établissement du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille (8).

Le Centre Médico-Chirurgical Ambulatoire (CMCA), à l'Hôpital Huriez (CHRU de Lille) s'est développé considérablement en 2009 et il est devenu un plateau technique regroupant des blocs opératoires, salles d'endoscopie et laser (chirurgie vasculaire, chirurgie digestive, chirurgie andrologique, chirurgie urologique, chirurgie endocrinienne, chirurgie bariatrique, gastroentérologie, douleurs chroniques, sismothérapie) ainsi qu'une unité d'hospitalisation journalière dite « Leloir » (8)

Dans ce contexte de changement de structuration de l'offre de soins et dans un projet d'amélioration de la coordination des soins, le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille a mis en place en 2012, un Comité Ville-Hôpital réunissant médecins hospitaliers et médecins généralistes autour du parcours de soins du patient. (9)

En Juin 2012, une table ronde a eu lieu à l'initiative du Comité Ville-Hôpital réunissant des médecins généralistes de la métropole lilloise, des médecins du CHRU de Lille et des représentants des organisations professionnelles. Les débats ont porté sur le fonctionnement du transfert d'informations et de suivi du patient dans le cadre de la coordination des soins. L'ensemble des participants a témoigné du fonctionnement non optimal de la coordination des soins. Les participants ont souhaité des améliorations.

Pour répondre à cette problématique, un protocole de recherche a été élaboré par des membres du département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille et du Collège des enseignants de Médecine Générale du Nord Pas de Calais sous l'égide du CHRU.

La première étape, objet de ce travail de thèse, a consisté en une analyse des besoins et des représentations des différents acteurs concernés dans le parcours de soins, étape préalable à toute intervention et à tout changement.

L'objectif principal de cette étude a été d'explorer les représentations de la coordination des soins ville-hôpital chez les professionnels de santé du service de chirurgie ambulatoire (CMCA), de l'hôpital Huriez du CHRU de Lille.

Les objectifs secondaires ont été de repérer les éléments facilitant et bloquant cette coordination, et de proposer des modifications selon le point de vue des professionnels de santé.

Cette première étude s'inscrit dans un protocole plus large utilisant une méthode mixte exploratoire séquentielle de type QUAL/QUANT. Elle devrait fournir les données nécessaires à la réalisation, dans un deuxième temps, d'une étude transversale quantitative par questionnaire pour décrire et hiérarchiser les problèmes et solutions au sein d'échantillons représentatifs des populations concernées. Une troisième étape recherchera un consensus par une ronde Delphi permettant de d'hiérarchiser et prioriser les solutions proposées. La dernière étape sera une étude d'intervention médico-économique sur la base des solutions proposées.

MÉTHODES ET MATÉRIELS

I. Méthodes

A. Méthode de recherche qualitative

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels et collectifs réalisée d'octobre 2013 à septembre 2014, auprès des médecins chirurgiens et anesthésistes du Centre Médico-Chirurgical Ambulatoire (CMCA) de l'hôpital Huriez du CHRU de Lille. Cette étude a utilisé une approche par théorie ancrée (10), faisant une large place à l'intuitivité et laissant émerger les données pertinentes avec le phénomène étudié. L'analyse des expériences, des représentations et des opinions des personnes interviewées nécessitait une méthode de recherche qualitative pour permettre l'interprétation des phénomènes et évènements dans leur milieu naturel. (11)

En parallèle à ce travail de thèse, d'autres internes effectuaient le même type d'étude dans le cadre du protocole de recherche Vil-Hop&Co auprès des médecins généralistes, des patients et des professionnels de santé paramédicaux. Ces études seront confrontées pour produire une synthèse des représentations des professionnels de santé à propos de la coordination des soins.

B. Méthode de recherche bibliographique

En préalable à ce travail, une recherche bibliographique a été effectuée en langue française et en langue anglaise.

En langue française, les mots clés utilisés ont été principalement :

- Coordination des soins / échanges ville hôpital / relation ville hôpital / réseau coordonné
- Etude qualitative
- Chirurgie ambulatoire
- Acteurs de soins / médecins généralistes

En langue anglaise, les mots clefs utilisés ont été principalement :

- Primary care / healthcare / care coordination / Community networks
- General practitioners
- Ambulatory surgery / day-case surgery

Ces mots clefs ont été utilisés sous diverses combinaisons avec les opérateurs booléens, sur les moteurs de recherche Pubmed, CISMEF et Google Scholar.

L'aide d'une documentaliste hospitalière de l'hôpital de Pontoise (95) a permis d'optimiser l'utilisation des outils de recherche bibliographiques.

II. Matériels

A. Population étudiée

L'échantillonnage était raisonné avec la recherche d'une variance maximale pour avoir des avis les plus diversifiés possible et approcher une exhaustivité des points de vue. Il a été constitué à partir de la liste des médecins, chirurgiens et anesthésistes exerçant au CMCA, transmise par la chef de pôle Madame le Dr Ruolt.

Chaque médecin ainsi identifié avait reçu un courriel l'invitant à participer à cette étude. Ce courriel décrivait succinctement l'étude, ses objectifs, la méthode par entretien, insistant sur le caractère anonyme de la démarche et enfin les disponibilités et les coordonnées pour convenir d'un rendez-vous. Ces messages avaient, à deux reprises pour certains, été envoyés à quelques jours d'intervalle sur leur adresse de messagerie professionnelle du CHRU de Lille.

B. Recueil des données

Le recueil des données s'était effectué lors d'entretiens individuels ou collectifs, à l'aide d'un guide d'entretien.

Ce guide d'entretien semi-structuré, avait été élaboré individuellement par les internes et directeurs de thèse impliqués dans ce projet Vil-Hop&Co puis avait été validé à l'issue d'une réflexion collégiale.

Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes, cohérentes et neutres. Il permettait de guider chaque entretien en restant souple dans la chronologie des thèmes abordés.

ANNEXE II : guide d'entretien.

Ces thèmes reflétaient les objectifs de l'étude :

- ➔ Déroulement de la prise en charge d'un patient au CMCA : pré, per et post-opératoire,
- ➔ Implication des acteurs dans la coordination des soins,
- ➔ Outils concrets permettant la coordination des soins,
- ➔ Idées d'amélioration, satisfaction sur la coordination des soins.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à obtenir la saturation théorique des données.

Un court questionnaire avait été envoyé après les entretiens et le début de l'analyse des données pour caractériser la population étudiée.

Le rappel de l'anonymat et le consentement oral des participants pour l'analyse de leurs discours avaient été précisés et recueilli préalablement à l'entretien.

Les entretiens avaient été intégralement enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits dans un traitement de texte littéralement « mot à mot », dit verbatim.

ANNEXE VIII : retranscription littérale des entretiens.

Les informations avaient été anonymisées, complétées par les attitudes non verbales et intonations. Certains discours trop personnels (et hors sujet) n'ont pas été retranscrits ; signalés entre parenthèses par des points de suspension.

En juillet 2014, une visite du CMCA par le cadre de santé du pôle ambulatoire avait permis de suivre les étapes clefs du parcours patient.

ANNEXE VII : Parcours de soins du patient au CMCA.

Le concept organisationnel nécessitait une approche par des processus reflétant des objectifs : éligibilité du patient, organisation de la prise en charge du patient éligible, action à mener la veille et l'avant-veille de l'intervention prévue (J-1

ou J-2), prise en charge du patient le jour de l'intervention (J0), suivi immédiat après la sortie (J0 ou J+1), à distance de la sortie. (12)

C. Analyse des données

Le travail d'analyse qualitative a été effectué avec l'aide du logiciel N-Vivo®.

L'analyse avait été faite en parallèle des entretiens et des retranscriptions pour adapter le guide d'entretien et améliorer la technique d'interview.

Chaque partie du verbatim avait été classée dans une ou plusieurs catégories correspondant à une idée directrice. Les catégories étaient regroupées par thème représentant un arbre de concept répondant aux objectifs de l'étude.

Cette association de thèmes avait permis une analyse descriptive après le travail sur tous les verbatim.

La triangulation de l'analyse des données avait été réalisée en binôme avec un interne travaillant sur le protocole Vil-Hop&Co afin de renforcer la validité interne de l'étude et la reproductibilité de l'analyse.

RÉSULTATS

III. Caractéristiques de l'échantillon étudié et données générales des entretiens

L'enquête avait débuté en janvier 2014 pour se terminer en juillet 2014. Treize médecins/chirurgiens avaient accepté de participer à l'étude.

La première interview s'était déroulée sous forme d'entretien collectif. Elle était composée de quatre personnes, professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Cet entretien collectif avait été animé par le directeur de thèse, lui-même médecin généraliste.

Les onze entretiens suivants s'étaient déroulés sous forme individuelle. Ils ont eu lieu dans le bureau personnel du médecin/chirurgien ou en salle de réunion de leur service. La durée avait varié de 20 à 105 minutes, avec une durée moyenne de 41min. Les 7 heures et 31 minutes d'entretien ont été intégralement retranscrites.

L'échantillon des treize médecins hospitaliers travaillant tous partiellement au CMCA comprenait deux médecins anesthésistes (les deux seules femmes), un gastro-entérologue endoscopiste et dix médecins chirurgiens (viscéral, urologue et vasculaire).

La plupart des médecins chirurgiens ont déclaré effectuer environ 10% de chirurgie ambulatoire dans leur activité professionnelle.

La médiane de durée d'exercice de la chirurgie en mode ambulatoire est de 16 années pour une durée médiane d'exercice professionnel de 25 ans.

Sur huit médecins interrogés (5 médecins n'ont pas répondu au questionnaire caractérisant la population), quatre médecins exerçaient la chirurgie ambulatoire hors CHRU de Lille ; un seul en structure privée.

ANNEXE III : Caractéristiques de la population interrogée

IV. Représentation du parcours coordonné de soins en chirurgie ambulatoire

A. Organisation générale du CMCA et rôle des acteurs de la coordination des soins

Le Centre Médico-Chirurgical Ambulatoire propose principalement une activité ambulatoire de chirurgie et d'endoscopie. Cette mutualisation est le fruit de l'évolution des pratiques *« l'endoscopie interventionnelle qui consiste à faire des gestes qu'on faisait autrefois par chirurgie »* [M4].

Selon les personnes interrogées, la coordination des soins est efficiente si tous les acteurs y participent et ont un rôle précis. *« il y avait 500 chirurgiens et des anesthésistes, c'est la guerre pour le suivi. Qui fait quoi, qui suit quoi, qui fait les ordonnances ? »* [M11]

La chirurgie ambulatoire est centrée sur le patient, c'est le fil rouge du parcours de soins. En fonction des intervenants et de l'acte effectué, les médecins semblent autonomiser les patients sur leur prise en charge médicale. *« dans la manière dont on protocolise, on laisse peu de place à l'aléa, on rend le malade acteur de son soin »* [M6]

Le médecin généraliste, dans sa fonction de médecin traitant, a un rôle capital dans l'éligibilité préopératoire. Il demande un avis spécialisé auprès des médecins hospitaliers du CMCA et expose les caractéristiques pertinentes pour la prise en charge du patient. *« C'est-à-dire s'il sait qu'un malade va être mis en ambulatoire dès la première date de consultation ; il peut nous dire, attention moi je le connais, il vit tout seul ou avec une handicapée au troisième étage »*[M11]. Ce sont conjointement les médecins chirurgiens et anesthésistes qui posent l'indication opératoire dans un mode ambulatoire.

Selon les personnes interviewées, le médecin généraliste coordonnerait les renseignements, expliquerait la prise en charge au patient et les signes opératoires à surveiller, gérerait les traitements et la douleur post-opératoire. Cette coordination des soins se fait aussi bien en pré, per qu'en post-opératoire.

Des infirmières sont présentes au sein du pôle de programmation du CMCA, dans les services conventionnels et au sein de l'unité d'hospitalisation Leloir. « *Les IDE programmatrices du service s'occupent d'avant. Après c'est le CMCA. Le CMCA s'occupe de gérer complètement le programme opératoire, l'offre de soins* » [M13] Elles programment les rendez-vous d'anesthésie, les bilans préopératoires, les rendez-vous post-opératoires et répondent aux questions pratiques des patients. Les infirmières de l'unité Leloir font les vérifications pré-opératoires et post-opératoires par téléphone. « *il y a les infirmières la veille qui appellent les patients pour les informer de l'hospitalisation, il faut que vous veniez à jeun. C'est génial [M1] (...) Et elles rappellent le lendemain aussi* »[M2]

En cas d'échec de l'ambulatoire le jour de l'intervention, c'est le chirurgien opérateur qui prend la responsabilité du malade et le fait hospitaliser dans son service conventionnel. « *mais si jamais il ne peut pas sortir, on a des protocoles enfin des conventions avec les services qui viennent opérer chez nous, les services conventionnels.* »[M1]

Un médecin d'astreinte, interne en chirurgie, est toujours présent, 24h sur 24h, gérant la « Hop'line » réservée aux médecins généralistes, répondant directement aux patients ou donnant des avis aux Urgences.

Par ailleurs, les médecins interrogés ont peu parlé des réseaux de soins et des infirmiers libéraux et aucunement cités les kinésithérapeutes.

Les secrétaires du CMCA tapent les comptes rendus opératoires et les courriers de sortie, en post-opératoire immédiat.

En pratique, les acteurs du CMCA ne s'occupent des patients que le jour J de l'intervention ainsi que de la programmation de la consultation d'anesthésie. Tout le reste est géré par les services conventionnels en pré ou en post-opératoire.

B. Parcours pré-opératoire

L'adressage se fait par le médecin généraliste, parfois le spécialiste pour la gastro-entérologie, par courrier uniquement. « Les médecins généralistes envoient

pour un geste chirurgical, donc effectivement c'est plutôt directement au chirurgien ». [M1]

Selon les interviewés, le lieu de prise en charge semble se faire sur des critères subjectifs, par le bouche à oreille, l'avis des patients et les réseaux de soins. « *Maintenant ils arrivent et ils nous disent : il paraît que vous faites ça en ambulatoire ? On vient pour ça ! Ils sont convaincus.* » [M11] L'existence de certains types d'intervention chirurgicale en mode ambulatoire est mal connue par les acteurs de soins primaires du fait de l'absence d'information et de publicité autour des interventions proposées au CHRU de Lille.

Tous les chirurgiens rencontrent les patients en préopératoire sans exception. La consultation chirurgicale précède la consultation d'anesthésie « *On les voit en consultation systématiquement en chirurgie puis en consultation d'anesthésie pour voir s'ils peuvent être pris en charge en ambulatoire* » [M8].

En effet, ces deux consultations ont pour objectif un triptyque capital d'éligibilité : acte, patient et organisation.

L'éligibilité acte permet de sélectionner certaines interventions compatibles avec la prise en charge en ambulatoire « *tout commence en consultation où on sélectionne les pathologies* » [M7].

L'éligibilité patient accorde une prise en charge en ambulatoire en fonction de plusieurs critères psycho-médicosociaux. « *En consultation anesthésie ; on va le voir et on va vérifier qu'il a bien tous les critères pour l'ambulatoire* » [M1]. « *On les voit avant et on élimine la prise en charge en ambulatoire quand ils vivent seuls, s'ils ne peuvent pas aller chez quelqu'un ou faire venir quelqu'un chez eux, parfois lié à la distance, quoique plus maintenant s'il y a un centre hospitalier pas trop loin de leur domicile* » [M5]. « *Il faut être certain que le malade est autonome* » [M6].

L'éligibilité organisationnelle reflète la capacité à organiser un acte particulier en ambulatoire dans la structure choisie, en fonction de la disponibilité des ressources humaines et techniques à une date précise. « *Bien sûr, il y a l'organisation principale, globale qui se fait bien avant. C'est-à-dire qu'il y a des conseils de cliniques, conseils de pôles qui ont pour but de finaliser l'organisation* » [M1]

En pratique, le chirurgien évalue un patient, un acte en ambulatoire au sein de la structure de soins. Il remplit une fiche d'informations standardisée qui est transmise au CMCA en programmation. Deux infirmières qui composent ce pôle de programmation, vont « *prendre rendez-vous pour une consultation d'anesthésie,(...)[vont] réserver un lit pour le jour de la prise en charge de la chirurgie ambulatoire et puis vérifier sur le plateau technique si c'est possible de faire le geste* » [M1]. Cela permet, par ailleurs, de gérer des examens complémentaires nécessaires en préopératoire.

Ce pôle de programmation au sein du CMCA est « *capital. C'est même la définition de la chirurgie ambulatoire.* » [M6] L'organisation au sein de l'ambulatoire ne « *laisse aucune place à l'aléa, même si elle prévoit les aléas* » [M6].

A la fin de la consultation d'anesthésie « *des documents avec les consignes, avec les critères, avec les choses à faire et à ne pas faire* » [M1] sont donnés au patient.

ANNEXE VI : lettre de consentement lors de la consultation de pré-anesthésie

Puis, le patient reçoit par voie postale une convocation pour la date de l'intervention avec les mesures à anticiper si besoin. Cette convocation est envoyée par le service de chirurgie et non par le CMCA.

C. Parcours per opératoire

Le patient arrive le matin de l'intervention programmée à l'accueil du CMCA. L'intervention se déroule dans le bloc opératoire dédié, par le chirurgien qui a posé l'indication opératoire.

Une fiche de suivi du patient opéré sous anesthésie générale est pré-renseignée par les infirmiers relatant entre autres, les coordonnées du chirurgien, de l'anesthésiste et du médecin référent. Cette fiche n'est pas mentionnée par les médecins lors des entretiens.

ANNEXE IV (a) : Fiche de suivi du patient dans l'unité d'hospitalisation « Leloir »

Le geste opératoire est adapté à la prise en charge en ambulatoire. Par exemple, « *la cholécystectomie en ambulatoire nécessite une adaptation de la chirurgie. C'est-à-dire qu'il ne faut pas de drainage et qu'il faut infiltrer les coupoles avec de la naropéine, c'est essentiellement ça qui modifie le geste.* » [M7]

D. Parcours post-opératoire

Après l'intervention, le patient est hospitalisé dans une unité d'hospitalisation dédiée, appelée unité « Leloir » au CMCA. « *C'est l'unité d'hospitalisation qui doit être autonome* » [M12]. Cette unité est citée par tous les médecins interrogés sans exception.

ANNEXE V : fiche d'entrée à l'unité d'hospitalisation « Leloir »

Le personnel dédié qui y travaille est formé pour ce mode de prise en charge.

Les infirmières de l'unité procèdent à des vérifications pré-opératoires et post-opératoires immédiates (J0) telles que les douleurs, les nausées, la reprise du transit et de la diurèse. « *Il faut qu'ils aient mangé et bu, faut qu'ils aient uriné et faut qu'ils aient marché* » [M7]

On parle alors d'aptitude à la rue.

« *Elles téléphonent le lendemain (de l'intervention) pour prendre des nouvelles des gens* » [M4]

ANNEXE IV (b) : Fiche de suivi du patient dans l'unité d'hospitalisation « Leloir »

Ces vérifications post-opératoires sont à nouveau contrôlées par les deux médecins, chirurgien et anesthésiste, qui signent les papiers de sortie comme suit : « *compte-rendu opératoire, compte-rendu de sortie ; ce qu'on a fait ; les prescriptions, les pansements, l'infirmière ; ce qu'il faut faire ; besoin de kiné ou non, les réseaux de soins,* » [M11]

Cette « *signature (est) obligatoire, ça fait partie des critères de l'ambulatoire, pour pouvoir sortir il doit y avoir la signature du médecin, nous si c'est le chirurgien*

ou le gastro et l'anesthésiste » [M1]. Elle est médico-légale dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire.

Par contre, si le patient est « inapte à la rue » (douleurs, rétentions d'urine, nausées...), ce sont les services conventionnels du chirurgien opérateur qui accueillent le malade.

Les médecins parlent d'échec de l'ambulatoire quand les patients ne sortent pas le soir même de l'intervention comme prévu ou en cas de réadmission.

V. Représentations de la coordination des soins

A. Représentation liée à l'organisation

Thèmes abordés	Nbre de sources	Connotation	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE A L'ORGANISATION				
Organisation	7	-	<i>"Ce qu'il y a c'est que le système leur propose d'être à dix milles endroit à la fois. Donc ça ne marche pas, donc à la dernière minute ils ne s'organisent pas"[M12]; "ça se passe avec des petits bouts de ficelles" [M4]</i>	défaut d'organisation temporo-spatiale : chirurgiens multi-sites, emplois du temps pleins
Ressource humaine	4	-	<i>"vous êtes déjà pas en nombre suffisant sur le plateau technique"[M2] ; "en fin d'après midi, les secrétaires sont parties avant que le patient ne soit sorti" [M4]</i>	manque de personnel : → anesthésie : allongement délais consultation anesthésie →secrétaires et coordinatrices, infirmiers
Ressource matériel	1	-	<i>"il y a des pathologies où il y a des listes d'attente, pour des actes très spécialisés. Parfois il y a jusqu'à 4mois de délai pour certains actes"[M13]</i>	allongement du délai de certaines interventions très spécifiques → accès au matériel réduit → accès aux créneaux difficiles car beaucoup d'intervenants
Quantité de travail	5	-	<i>"J'ai passé 10 min avec les radiologues avant, je suis allé voir le scanner, il y a beaucoup de travail en amont" [M4]</i>	travail majoré en amont pour tout anticiper et éviter les aléas
Horaires	6	-	<i>"Moi qui arrive au CMCA tous les jours à 7h30, on ne commence jamais avant 9h" [M12]</i>	horaires d'ouverture théorique du CMCA correctes mais en pratique inertie, perte de temps horaires des secrétaires et des

Thèmes abordés	Nbre de sources	Connotation	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE A L'ORGANISATION				
				programmatriques inadaptés / manque de personnel →défaut de CdS
Coordination pré-opératoire ville <---> hôpital	2	+	<i>"Combien de fois on a des lettres de patients, adressé par la ville qui arrivent après qu'on ait fait le geste" [M4]; "Le courrier (...) On l'envoie au médecin traitant ou au spécialiste" [M5]</i>	en pré-opératoire mauvaise CdS ville ---> hôpital mauvaise CdS anesth ---> ville bonne CdS chir --> ville PAS de rappel pré-op précoce
Coordination pré-opératoire chir <----> anest	2	+	<i>"On remplit des petites feuilles de programmation, qui sont disposées sur le dossier. Les anesthésistes les complètent" [M5] "Les anesthésistes ne font pas de courriers" [M4]</i>	en pré-opératoire bonne CdS chir --> anest mauvaise CdS anest ---> chir
Coordination post--op	7	+	<i>"on dicte un compte rendu opératoire et un courrier qui est tapé le jour même par les secrétaires qui sont en ambulatoire et qui sont remis au patient avant sa sortie" [M5]</i>	bonne coordination post-op →délai court le jour J →moyen = courrier
Coordination post-op en fonction des disciplines	1	+	<i>"Encore un problème d'informations, le transfert ou non des soins, c'est souvent différent en fonction des disciplines"[M11]</i>	dépendant des disciplines
Coordination post-op via le patient	7	-	<i>"mais après au niveau de la médecine de ville je ne sais pas ; on leur donne le courrier mais c'est le patient qui y va directement, c'est lui qui l'a"[M2]</i>	dépendant du patient = acteur de son soin
Vérifications / coordination via le patient	7	+	<i>"appel la veille pour que les gens soient bien préparés" [M4]</i>	Vérifications / CdS demandant une coopération du patient pour les examens complémentaires, transmission des informations ... →moyens= téléphone, courriers

B. Représentation liée à l'acte de chirurgie ambulatoire

Thèmes abordés	Nbre de sources	connotation	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE A L'ACTE				
Centralisation de la programmation	3	-	"ils sont hospitalisés là-bas, à l'unité Leloir ; je ne vois pas pourquoi c'est nous qui envoyons la convocation d'hospitalisation"[M13] « le circuit est le même pour n'importe quelle chirurgie, c'est à dire que la programmation se fait par le CMCA, et les consultations de pré anesthésie se font par le CMCA »[M13]	convocation d'hospitalisation au CMCA envoyée par l'unité de spécialité chirurgicale Mais programmation faite par le CMCA → défaut = double travail / perte de temps → avantage = 1 interlocuteur unique qualifié = unité de spécialité chirurgicale
Bloc / unité d'hospitalisation / personnels dédiés	11	+	"il est clairement plus facile pour le praticien de travailler avec ses infirmières habituelles « formées » aux techniques opératoires" [M9] "personnel dédié, Il faut vraiment que ce soit du personnel formé (...) parce que ça change vraiment tout" [M1]	importance bloc/unité d'hospitalisation/ secrétaire / infirmiers dédiés = bonne organisation interne = meilleure CdS
Notion de petite chirurgie	6	-	"L'ambulatoire c'est fait pour les petites choses" [M4]	caractéristiques de la chir ambu permettant : →CdS utile mais actuellement existence de moyens de suppléance suffisants
Population avec peu de comorbidités	2	+	"l'ambulatoire ce sont souvent des gens qui ont peu d'antécédents, la majorité peu de traitement"[M5]	MAIS interventions de plus en plus complexes requérant une vigilance plus importante
Chirurgie avec peu de vérifications, peu de surveillance, sans soins rapprochés	4	+	"on n'est pas censé vérifier pleins de choses comme en conventionnelle la veille"[M13] "Si(...) patient en ambu (...) pas besoin d'une check liste de suivi accrue" [M9]	et une CdS adaptée et de meilleure qualité
Polymorphisme acte	5	-	"unité beaucoup trop polymorphique. On y fait beaucoup trop de choses diverses"[M6]	coordination dépendante de l'acte beaucoup d'actes différents = coordination variable
Adaptation du geste à l'ambulatoire	2	+	"On ne fait pas de chirurgie à risque particulier, on ne fait pas de suture intestinale, pas de chirurgie à risque hémorragique... Tout se passe bien. C'est de la « petite » chirurgie " [M7]	adaptation du geste à l'ambulatoire sur techniques chir et molécules anesthésiantes pour éviter réveil difficile, nausées / vomissements, douleurs

Thèmes abordés	Nbre de sources	connotation	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE A L'ACTE				
Coordination dépendante de l'acte	7	+	<i>"Mais c'est vrai qu'on ne fait pas non plus de visite quand c'est un geste simple" [M5], "Il y a quand même une particularité, c'est que nous on fait de la chirurgie viscérale, même les varices je pense, il faut quand même vérifier avant le sortie ; tandis que la traumatologie c'est quand même plus facile à gérer" [M3]</i>	pas de consultation post-opératoire systématique si geste simple donc coordination en fonction du type d'intervention
Evolution des pratiques	6	+	<i>"pour un cathétérisme rétrograde, il y a 20ans c'était une chirurgie qui nécessitait trois semaines d'hospitalisation"[M4], "Mais toute la chirurgie proctologique, toutes les hernies inguinales, toutes les vésicules, les reflux gastro œsophagien, tout ça est fait en ambulatoire" [M7]</i>	amélioration dans la qualité des interventions chirurgicales faites maintenant en ambulatoire ->chirurgie d'excellence ->rentabilité temporo-spatiale (diminution des lits en conventionnel, turn-over plus important) ->rentabilité financière
Développement de soins externes = chir sans anesthésie générale	2	-	<i>"c'est qu'il y a des interventions qui se font sans anesthésie donc du coup les gens ne sont plus vu par les médecins anesthésistes, ça enlève encore une évaluation qui était bienvenue" [M13]</i>	Evolution vers actes sous anesthésie locorégionale MAIS pas de consultation / évaluation supplémentaire proposée en préopératoire
Autres activités que l'ambulatoire au CMCA	1	-	<i>"nous sommes un centre ambulatoire mais 1/3 ambulatoire et 2/3 non ambulatoire. Les 2/3 non ambulatoires c'est l'endoscopie digestive de l'ensemble du CHR, endoscopie, coloscopie et radio-interventionnelle" [M1]</i>	multi-activités ->gestion plus compliquée présence d'actes non programmés modifiant l'organisation et donc toute la PEC
Activité ambulatoire hors CMCA	3	+	<i>"on fait la même chose, pareil mais ce n'est pas dans le cadre du CMCA"[M13]</i>	En chir conventionnelle = absence d'acteur dédié PEC similaire selon les chirurgiens avec la même CdS ce qui paraît difficile car moins organisée et anticipée
Echec de l'acte l'ambulatoire	6	-	<i>"chaque chose qui dysfonctionne peut avoir des conséquences importantes, notamment que le patient ne puisse pas sortir le soir parce que si le bloc passe trop tard il va être obligé de rester ; c'est une conséquence importante pour nous parce que c'est un échec" [M1]</i>	échec de l'ambulatoire du : -> absence anticipation -> organisation modifiée -> continuité des soins altérée = absence de sortie le soir ou réadmission post-opératoire précoce ;

C. Représentation liée aux acteurs

Nom	Nbre de sources	Connotations	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE AUX ACTEURS				
Intervenants multiples	7	-	<i>"Nous ce qui est difficile, c'est que c'est beaucoup de praticiens qui utilisent notre plateau" [M1]. "ce n'est pas forcément la personne qui vous a opéré qui vous fait sortir et ce n'est pas forcément la personne qui vous a fait sortir qui vous voit en consultation" [M12]. "Ils ont le chef d'astreinte"[M11]</i>	praticiens multiples = polymorphisme de PEC pour un même type d'intervention En fonction état clinique du patient
Polymorphisme PEC	5	-	<i>"après l'intendance suit, chirurgiens compris. Chacun ayant sa propre vision de l'histoire"[M12]</i>	→CdS variable même si présence de protocole
Evaluation de la chir ambulatoire	7	+	<i>"D'ailleurs la majorité des patients sont bien au courant de tout ça. Ils sont d'accord eux" [M11]</i>	valorisation de la chir ambulatoire : →demande des patients =acteur de leur soin →amélioration de la qualité de vie →valorisation de l'activité ambu par le ministère de la Santé →expérience des médecins
Perception de la chirurgie ambulatoire par les patients	2	-	<i>"les gens en général ne connaissent pas très bien, ne comprennent pas très bien(...) l'importance de la consultation d'anesthésie est très peu comprise" [M2]</i>	flou des connaissances concernant la chirurgie ambulatoire = incompréhension de la part des patients → erreur dans la CdS
Perception de la chirurgie ambulatoire par les médecins	6	-	<i>"Quand ça s'est mis en place il y a quinze ans j'étais dans le coup "[M10] "Et après il y a la méconnaissance en ville, il y a une dame dont j'ai eu un coup de téléphone 15 jours après son intervention, elle avait une éruption" [M1]</i>	Connaissance obsolète : →manque de formation en ville et à l'hôpital →impression de savoir car expérience en chirurgie = absence de prise en compte des protocoles → personnalisation de la CdS
Perception de l'organisation du CMCA	2	-	<i>"Enfin j'imagine que le courrier est envoyé au médecin traitant"[M7] "mais les infirmières je ne pense pas qu'elle le fasse non plus"[M5]</i>	connaissances partielles sur l'organisation : → défaut d'organisation + de CdS
Lien coordination interne et externe	5	-	<i>"Après la coordination des soins c'est aussi que tout le monde doit être à l'heure, que tout le monde doit se coordonner, avoir le bon matériel au bon moment ..." [M1]</i>	Coopération inter professionnels de santé →CdS en interne primordiale pour une bonne coordination avec la ville
Coordination intra-hospitalière	4	+	<i>"pour une pathologie qui met en jeu le pronostic vital, il y a une discussion pour ces patients" [M7]</i>	CdS intra-hospitalière de bonne qualité, adaptée à l'état du patient

Nom	Nbre de sources	Connotations	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE AUX ACTEURS				
Rôle des acteurs de la CdS	2	+	"Les désaccords chirurgiens – anesthésistes sont un vrai problème.(...) c'est la guerre pour le suivi. Qui fait quoi, qui suit quoi, qui fait les ordonnances ?"[M11]	absence de rôle clair définis, discordance entre chir et anest → défaut dans la CdS
Informations transmises	6	-	"il y a tout et son contraire"[M2]"Il me dit « ah non le médecin traitant m'a dit de faire attention »" [M7]	contradiction des informations entre les médecins hospitaliers, les MG, les paramédicaux et médicaux
Coordination dépendante du statut du patient	4	+	"On a des patients assez lourds que l'on fait quand même en ambulatoire, c'est pour ça qu'on discute entre nous" [M2] "Donc soit on fait une visite à 1 mois ; vésicule biliaire c'est variable, les gens bien cortiqués, ça me paraît inutile" [M5]	population du CHU particulière =PEC des patients avec plus de comorbidités ; PEC des patients à faibles revenus ; PEC de patients avec un niveau socio-culturel plus bas →nécessité de coordination intra et extra hospitalière majorée
Coordination dépendante des disciplines et des chirurgiens impliqués	5	+	"le transfert ou non des soins, c'est souvent différent en fonction des disciplines" [M11] "c'est l'ambu dans les services qui gère elle-même ses programmations c'est-à-dire l'envoi des convocations aux patients, la prise de rendez-vous de consultation d'anesthésie" [M9]	variation de la coordination en fonction des disciplines cohérente (par ex rappel pour ECBU avant lithotripsie) --> PEC plus spécialisé, meilleure qualité
Coordination dépendante des acteurs (hors médecins ou infirmiers)	5	+	"Moi-même je ne le sais pas forcément quand je revois le patient (au niveau de la date) mais ma secrétaire programme toujours la date de rendez-vous post-op en fonction de l'intervention" [M9]"avec la société M. un petit livret où chaque patiente qui sort de l'ambulatoire avec des consignes pour le renouvellement des pansements" [M9]	rôle primordial des secrétaires (connaissant les habitudes des chir) rôle des laboratoires pharmaceutiques dans la CdS
Evolution de la société →Générale	6	-	"une manière de gérer la santé dépend de la société dans laquelle on vit ; gérer la santé des citoyens doit être en phases avec la mentalité qu'ils ont"[M6] ; "on a une culture aussi qui nécessite d'être adaptée" [M7]	société française dépendante, tributaire des autres acteurs →contradiction avec les valeurs de la chirurgie ambulatoire
Evolution de la société →professionnels de santé	1	-	"Ça se féminise, vous avez besoin d'avoir des horaires fixes" [M10]	implication majeure de la qualité de vie des acteurs féminisation du personnel médical →acteurs moins accessible →moins de présence au travail

Nom	Nbre de sources	Connotations	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE AUX ACTEURS				
Evolution de la fonction professionnelle	2	+/-	"Pour travailler en ambulatoire, il faut qu'il n'y ait pas de problème, il faut qu'on soit un prestataire de service mais respecté" [M12]. "Et le chirurgien devient un technicien opératoire, les jeunes sont d'accords pour ça, c'est ce qui les intéresse, ce n'est plus des docteurs" [M10] "On est en train de vous remplacer par des infirmières"[M10]	Chirurgien = technicien opérateur → relation humaine médecin-patient réduite car protocolée, formatée Médecin suppléé par les IDE → moins cher à former → compétences suffisantes

D. Représentation liée aux moyens

Nom	Nbre de sources	Connotation	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE AUX MOYENS				
Moyens facilitant la CdS	9	+	"s'il y a un souci on leur dit de rappeler tel poste"[M5]"des infirmières ... Elles téléphonent le lendemain" [M4] "elle nous accompagne pour aller voir le patient"[M5]	Téléphone, courriers, communication orale face à face, en réunion → IDE= moyen pour la CdS → pas de d'utilisation courriel
Délai courriers	7	+	"Après on donne une lettre explicative, les gens sortent avec un courrier (...) en expliquant les délais, l'antalgie ..." [M13]	Délai court → Tous les papiers de sortie en post-opératoire immédiat → double signature chir + anest
Intérêts des consultations pré-opératoires	7	+	"Parce que l'ambulatoire ne se fait n'importe comment au retour (...) Il faut que tout soit prêt" [M11]	→ anticipation, organisation → but= éviter les aléas
Recours si CdS mauvaise qualité	3	-	"Tout est écrit dans l'HAS, il suffit de lire et ils savent tout (...) par définition si elles doivent être bien comprises par le patient, elles doivent être connues des médecins généralistes" [M2]	Peu d'utilisation des recours en cas de mauvaise CdS → méconnaissance des recours → défaut d'accès aux recommandations, aux formations

Nom	Nbre de sources	Connotation	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE AUX MOYENS				
Utilisation de procédures	9	+	"c'est organisé, c'est protocolé" [M1]; "Oui, il y a des procédures écrites de circuit du patient, de vérifications, quoi faire dans toutes les situations" [M13]; "activité extrêmement protocolée" [M6]	très protocolé en amont et en aval →avantage=tout est anticipé au maximum
Absence de procédure	3	-	"Il n'y a pas d'appel non plus systématique comme ça se fait dans certain domaine d'appeler le patient systématiquement" [M5]; "Pour d'autres actes chirurgicaux je n'ai pas défini de protocole" [M9].	moins protocolé pour certains actes considérés plus simples ou pour certains patients plus « mesurés »
Type d'informations transmises	8	+	"les ordonnances (...) Les fiches d'informations de ce qui peut se passer après traitement" [M13] "compte-rendu opératoire, compte-rendu de sortie, ce qu'on a fait, les prescriptions, les pansements, l'infirmière, ce qu'il faut faire, besoin de kiné ou non, les réseaux de soins"[M11]	informations complètes et rigoureuses sur le geste défaut d'informations concernant la reprise du travail/ durée arrêt de travail, PEC de la douleur, adaptation des traitements
Adaptation des traitements	2	-	"il peut être intéressant d'avoir un relais auprès de la médecine de ville à la fois pour prévenir ce type de douleurs" [M2] ; "c'est quelque chose qu'on devrait travailler ensemble c'est les arrêts des anticoagulants [M1]	anticoagulants; reprise activité sportive, conduite automobile ...
Continuité des soins post-opératoire	2	+	"C'est vrai qu'on est sûr qu'ils vont voir leur médecin après"[M3]; "Ici (...) c'est les MT qui font les arrêts de travail (...) Ça se défend (...) mais c'est une consultation supplémentaire" [M9]	consultation nécessaire chez MT pour arrêt de travail →avantage pour la CdS mais coût supplémentaire et perte de temps
Bureautique	2	-	"Les courriers sont dictés dans le secrétariat de l'activité ambulatoire ce qu'il fait qu'ils ne sont pas forcément rattachés à notre système parce que nous avons un système propre de résumé d'observations" [M9]	interfaces informatiques multiples →absence d'interface commune →difficulté d'accès aux informations →perte de temps
Communication orale ville-hôpital entre deux médecins et/ou entre deux infirmiers	7	-	"On peut toujours améliorer les choses en développant la communication avec le médecin traitant, mais c'est chronophage, pour un bénéfice qui serait moindre" [M7]"des relations avec le médecin traitant, moi je n'en ai jamais si c'est la question. Il n'y a aucune relation avec le médecin. Je n'appelle jamais le médecin"[M8]	présence d'une communication orale pré-op et post-op directement avec le patient →communication immédiate en post-op mais patient étourdi par l'anesthésie
Communication orale post-op	2	+	"il y a toujours un chirurgien (...) avant de le laisser partir, pour lui expliquer un peu ce qui a été fait"[M5]	absence de communication orale avec les médecins traitants pour apports d'informations absence de communication entre paramédicaux en ville

Nom	Nbre de sources	Connotation	Citations	Explications
REPRESENTATION LIEE AUX MOYENS				
Communication orale pré-op J0	2	-	"le jour de l'opération on ne va pas le voir avant"[M8]	absence de communication orale en pré-opérateur immédiat sauf à la demande du patient
Communication orale intra-hospitalière	2	-	"Déjà on ne communique pas entre nous au CHU"[M1]	absence de communication en interne
Solutions de secours : Communication	3	+	"Moi par exemple, chaque soir je rappelle trois, quatre médecins généralistes car j'ai quelques messages"[M13]; "les secrétaires ne sont pas toujours là car certaines sont à 80%, tous les transferts d'appel ne sont pas bien faits, on est vulnérable dans ce domaine. Il y a plein de gens qui nous disent honnêtement, « on a essayé de vous joindre et on n'a pas pu vous joindre »" [M13]	Solutions de secours : 1) Aux heures ouvrables: Téléphone (coordonnées service de chir sur les CR hospitalisation) via secrétaires /IDE → chir souvent indisponibles → Interne d'astreinte (ignorance du dossier) → échec si personnel non dédié (exemple d'échec transfert d'appel) → Hotline peu connue
Solution de secours : Urgences	4	-	"C'est une problématique qui va se poser, on n'a pas le dimensionnement pour les réadmissions qui sont statistiquement associées à l'activité ambulatoire"[M13]	2) les Urgences → perte de temps, pas de protocole, → absence de structure de secours hors urgences (= consultation) → absence de circuit court spécifique à la chirurgie ambulatoire → pôle d'urgences loin du CMCA

E. Perception globale de la coordination des soins

Les médecins interrogés décrivent une coordination des soins correcte mais perfectible « j'ai l'impression que ça fonctionne bien » [M5]. Mais la coordination des soins « est un des gros points de faiblesse de la chirurgie ambulatoire actuelle » [M11]

« L'ambulatoire est très dépendant de ces relations(...) nécessité d'avoir un échange d'informations très rapide, très fluide, et très complet » [M4]

Cette bonne perception est souvent justifiée par le peu d'échec et de plaintes des patients quant à la prise en charge ambulatoire « *Il n'y a pas eu de retour ou de plainte particuliers donc j'ai l'impression que ça fonctionne bien.* » [M5]

Cependant, au fur et à mesure de l'interview, ils se posent la question de l'avis des autres acteurs de soins et tempèrent leurs discours. Plusieurs médecins expriment surtout un défaut de coordination en interne qui influencerait sur la coordination des soins avec la ville. « *En faisant comme on fait maintenant, on démontre que nous sommes incapables de s'organiser en interne puisque les médecins généralistes n'y voient que du bordel. Ils voient que ce n'est pas le bon chirurgien, les malades qui disent « je n'ai pas vu mon docteur ». Ils ont donc l'impression qu'on est à l'ouest.* » [M12]

Les médecins interviewés ont vraiment conscience de l'utilité de cette coordination. « *La base pour qu'un patient accepte et ait confiance en la chirurgie ambulatoire c'est que tout le monde soit d'accord et au courant qu'il va être pris en ambulatoire* » [M11]

D'ailleurs, en cas de doute sur l'éligibilité d'un patient, ils décrivent une majoration de la discussion entre professionnel de santé et une coordination des soins adaptée. « *On a des patients assez lourds que l'on fait quand même en ambulatoire, c'est pour ça qu'on discute entre nous* » [M1].

Ils insistent plus sur la coordination des soins en amont de l'intervention. Ils semblent la minimiser en aval. « *En aval, ça se passe relativement bien même si il y a des choses à améliorer* » [M4]. Au moment de l'entretien, certains me demandent si cela m'intéresse de savoir ce qui se passe après l'intervention.

Certains médecins avouent comprendre la réticence et le manque de confiance des médecins généralistes dans la chirurgie ambulatoire. « *Moi je serais médecin traitant j'aurais peur* » [M8], en particulier sur des gestes de plus en plus complexes qui requièrent des compétences médicales et paramédicales spécialisées.

« *Et donc il y a des peurs, comme toutes les peurs quand on ne connaît pas du tout, et comme ce n'était pas connu, on pensait que les gens allaient sortir avec des drains, des machins, etcetera ... et du coup effectivement* » [M1]

D'autre part, certains ont l'impression d'un désintérêt de la part des acteurs en ville « de l'autre côté les médecins généralistes n'étaient pas intéressés pour donner suite dans l'évaluation de la douleur de leurs patients qui sont pris en charge chez nous » [M2].

Au cours des entretiens, quelques médecins comparent le système anglo-saxon, américain et le système français. Ils ne leur semblent pas comparables du point de vue sociétal et professionnel. « *Le malade ça ne sert à rien car en France, vous avez des arrêts de travail, je dirais même que personne n'a intérêt à vous faire reprendre les malades trop vite. On est au chômage ...*

Aux Etats-Unis c'est l'inverse, c'est capital » [M6]

« Après les modèles anglo-saxons et américains de l'ambulatoire, ce n'est pas les médecins qui font les check listes, ce sont les infirmiers qui font le soin derrière et qui notent, puisque même eux laissent sortir les patients » [M9]

« les Etats-Unis. Ils sont malins les gars. Ils opèrent les gens et les envoie à l'hôtel en face » [M7]

Par ailleurs, les médecins exerçant une activité ambulatoire hors CMCA, en service conventionnel, ne perçoivent pas de différence de prise en charge ou de coordination des soins entre les deux services. La plus-value organisationnelle du CMCA et des acteurs dédiés ne semblent pas jouer un rôle important à leurs yeux. Le plus gros avantage du CMCA semble être la rentabilité temporelle : « *le turnover du bloc central est tellement chronophage en terme de bloc » [M9].*

VI. Suggestions de modifications

La communication et l'information sont les thèmes les plus explorés par les médecins/chirurgiens interrogés.

Certains proposent des réunions d'informations au sein de l'hôpital et avec la ville pour discuter des différentes prises en charge proposées en pratique dans un mode ambulatoire et en particulier par le CMCA. La vulgarisation du savoir-faire de certains types d'intervention et ces réunions d'informations pourraient suffire à pallier l'interdiction de publicité.

Des formations pourraient être intégrées dans la formation des étudiants en médecine et des paramédicaux ; ainsi que dans la formation continue des médecins généralistes. L'anesthésie, facteur anxiogène en chirurgie ambulatoire, pourrait être mieux connue ce qui améliorerait la continuité des soins. « *pour peu que la consultation aille vite, ils vont se dire qu'on les a fait venir pour rien, l'importance de la consultation d'anesthésie est très peu comprise.* »[M1]

Les chirurgiens et anesthésistes avouent que l'amélioration de la qualité des informations transmises augmenterait la confiance des acteurs dans ce mode de prise en charge.

Le moyen de coordination des soins privilégié reste le courrier manuscrit, les courriels seraient à développer. « Il y a aussi l'idée que la secrétaire envoie le courrier par messagerie électronique au médecin correspondant, car quand elles mettent sous enveloppe le courrier pour un malade (...) la lettre arrive 4 jours plus tard donc c'est trop tard » [M4]

Cependant, certains se plaignent du manque de temps pour correspondre par courriels. « *on n'a pas de mail, on n'a pas les mails de tous les médecins traitants, sinon on passerait notre vie à envoyer des mails* » [M7]

Les coordonnées des intervenants (médecin généraliste, chirurgien, anesthésiste, infirmier, kinésithérapeute) devraient être plus lisibles et facilement accessibles. Certains proposent même des coordonnateurs infirmiers au sein du CMCA pour répondre aux questions d'ordre pratique. « *il peut y avoir des vraies coordinatrices qui suivent, qui puissent rappeler aux chirurgiens, et ce n'est pas s'humilier devant le chirurgien que de lui rappeler ce qu'il a à faire* » [M12]

Des protocoles manuscrits, donnés aux patients dès le premier contact, ou accessibles facilement (internet par exemple), pourraient être utiles en cas de consultation chez un médecin de premier recours.

Par ailleurs, du point de vue organisationnel, nombreux médecins interrogés aimeraient des horaires d'ouverture plus précoces pour pouvoir commencer avant 9h ; plus fiables et sans urgences inopinées (prélèvement de moelle par exemple) perturbant tout le programme opératoire ; jusqu'aux annulations. « *il faudrait que le*

CMCA ouvre plus tôt (...) Si on pouvait opérer vers 8h, 8h15, on pourrait faire un tour de plus et surtout le faire sortir plus tôt. »[M9]

Les patients pourraient être accompagnés par une hôtesse tout au long de leur parcours de soins ; en particulier pour les patients limités sur le plan moteur ou intellectuel.

La réduction du personnel, pendant les vacances scolaires, ne devrait pas affecter le CMCA. En effet, les médecins se plaignent du manque de plages opératoires. L'agrandissement de la structure et du nombre de patients pris en charge permettrait d'affecter un médecin au CMCA pour toute la journée et donc de limiter ses déplacements vers les services conventionnels. Ceux-ci éviteraient également des prises en charge ambulatoire hors CMCA. *« Je reste quand même convaincu que si on pousse des chirurgiens à un certain volume ambulatoire, on doit pouvoir leur imposer une unité d'hospitalisation en ambulatoire » [M12]*

A contrario, quelques médecins préféreraient un secteur ambulatoire par service de spécialité et un bloc opératoire dédié à un médecin.

Une majoration des protocoles au sein de l'hôpital obligerait à tout anticiper et serait rentable selon quelques chirurgiens. *« un protocole, c'est extrêmement important car c'est vital » [M13]*

Sur le plan personnel, la qualité de vie des acteurs, patients et médecins, est citée plusieurs fois. L'autonomie des plannings est suggérée par plusieurs médecins. *« Il faut donc diminuer le niveau d'anxiété du patient et diminuer le niveau d'anxiété du chirurgien »[M7]*

« là on peut s'arranger pour que la vie des chirurgiens qui travaillent en ambulatoire soient plus confortables. » [M12]

La qualité de vie des médecins semble appréciée mais pourrait être améliorée par un recrutement médical plus important et une aide par des internes affectés au CMCA ; travailler avec les mêmes équipes et protocoliser les prises en charge faciliteraient l'organisation. *« De toute façon, vous avez une procédure qui est économe et respectueuse de votre temps, qui est respectueuse du parcours ambulatoire dans sa globalité » [M12]*

Par ailleurs, éviter de faire venir tous les patients de la journée à 7h30 pour ceux opérés à 14h serait appréciable. Des « hôtels » au cœur du CHR, proposés la veille de l'intervention, pourraient éviter les perturbations routières des patients habitant à l'autre bout du département.

L'explication de cette organisation du parcours de soins aux patients limiterait leur angoisse.

Sur le plan des moyens de coordination des soins, des sociétés pharmaceutiques proposeraient des carnets d'informations pour les interventions les plus complexes.

Au sein du CHR, des interfaces communes entre les logiciels pourraient faciliter les échanges des informations. Une valorisation tarifaire permettrait ces améliorations coûteuses.

Certains proposent le passage d'un infirmier au domicile le soir de l'intervention pour vérifier l'état clinique du patient et répondre à ses questions. Un soutien par des réseaux de soins en ville serait souhaitable. *« Par contre il manque un réseau de soutien en ville »* [M9]

La chirurgie ambulatoire demande une autonomie des patients qui est perfectible actuellement et en particulier avec la diversité du Nord-Pas-de-Calais : l'éducation thérapeutique devrait se développer. *« Il y a peut être un manque d'informations de notre part sur les signes qui doivent inquiéter et amener à la reconsultation »* [M8]

« Forcer les plateaux techniques à augmenter la dose d'ambulatoire. Bien sûr le faire, mais ça ne marchera que si en parallèle, on change la mentalité des gens. (...) On a appris aux gens à se responsabiliser en termes de médicaments. « Un antibiotique c'est pas automatique » » [M8]

Au cours de la consultation préopératoire chirurgicale et/ou d'anesthésie, certains médecins interrogés souhaiteraient donner précocement les informations post-opératoires importantes : ordonnances de sortie, explications des signes opératoires à surveiller, des moyens de recours et des motifs de reconsultations. La prise en charge de la douleur devrait également avoir une place plus importante.

Les prises en charge de plus en plus complexes mériteraient des vérifications préopératoires et post-opératoires plus régulières. Les interventions sous anesthésie locale, donc par définition, sans consultation pré-anesthésie, auraient besoin de vérifications supplémentaires. Ses consultations pourraient être téléphoniques et non téléphoniques. *« Comme ils ne sont pas vus avant, et que, à part l'infirmière du CMCA qui va tout faire pour que tout ce passe bien, pour l'acte les anesthésistes vont dire « on ne connaît pas cette personne-là donc on ne peut rien faire ». Donc ce sont des gens à risque pour des tas de petites raisons de déprogrammation ou de traitement dans de mauvaises conditions » [M13]*

En cas d'échec de la chirurgie ambulatoire, certains médecins aimeraient une meilleure communication avec les Urgences pour améliorer la qualité et réduire le temps de prise en charge. Un circuit court aux Urgences ou des consultations en urgences au CMCA, réservées aux malades opérés en chirurgie ambulatoire, pourraient être utiles. *« En heure ouvrable, tout patient qui est suivi par ici, faites le venir ici et non pas aux urgences. »[M13]*

Les médecins interrogés expriment leur inquiétude et proposent ces améliorations en imaginant le développement de la chirurgie ambulatoire. La coordination des soins ne sera que plus indispensable.

« Ça c'est primordial et ça ne va faire que s'aggraver. Donc probablement le travail de vérification et de prise de décision avant le bloc ambulatoire va devenir plus complexe, plus prenant dans la mesure où il va y avoir une succession de consultation jusqu'au dernier moment, soit téléphonique, soit non téléphonique pour vérifier ça » [M13]

DISCUSSION

VII. Analyse des principaux résultats et implications majeures

A. Parcours de soins

La chirurgie ambulatoire est un mode d'organisation où le patient est acteur de sa santé. Sa prise en charge est articulée par le médecin généraliste. Une visite du CMCA a été effectuée en juillet 2014 avec le cadre de santé. Elle a permis aux chercheurs de visualiser le parcours de soins protocolé du patient dans sa globalité et la nécessaire coopération de l'ensemble des acteurs de soins primaires et secondaires dans la prise en charge ambulatoire du patient.

En centre de chirurgie ambulatoire, la gestion du flux de patient sur un temps contraint oblige plus encore que dans les services conventionnels à tout anticiper, en intégrant l'aspect humain et la sécurité des patients.

ANNEXE VII : parcours de soins au CMCA

La loi HPST de 2009 suivie ensuite en septembre 2013 par la Stratégie Nationale de Santé, ont proposé une réorganisation du système de soins pour faire face à l'évolution de l'état de santé des français, des contraintes économiques et financières. Elle comporte trois axes majeurs : l'anticipation des évènements de santé, la réorganisation des soins de premiers recours et l'accès aux soins. (2,13)

La chirurgie ambulatoire s'intègre complètement dans cette réorganisation de l'offre de soins. Elle est devenue un des fers de lance de la politique du Ministère de la Santé dans sa recherche d'économie de santé. La Cour des Comptes a fixé à 5 milliards d'euros les économies attribuables au développement de cette chirurgie en prenant pour base de calcul un développement de 80 % de la chirurgie ambulatoire.

L'HAS et l'ANAP ont défini un programme de travail sur la chirurgie ambulatoire. Elles ont élaboré des recommandations organisationnelles dans le but de développer la chirurgie ambulatoire. (14) Les étapes clefs du processus sont le reflet du parcours de soins optimal du patient.

Ce parcours de soins est bien connu et intégré par tous les professionnels de santé interrogés. Cependant, ils ont conscience de la spécificité de la population du CHRU de Lille et de la taille de cet établissement qui majorent les difficultés d'organisation et de coordination. En effet, l'enjeu financier et l'échelle du centre influent sur le développement de l'activité ambulatoire. A titre d'exemple, en structure privée, les médecins sont payés à l'acte et n'ont pas intérêt à garder les patients une nuit de plus dans un lit. Aussi dans les structures publiques plus petites, identifier les potentiels de développement (regroupement et substitution) en chirurgie ambulatoire est devenu une priorité. (7)

Des recommandations sur la tarification par le programme commun HAS-ANAP ont été publiées depuis plusieurs années. Ce programme préconise une valorisation des actes effectués en ambulatoire et répondrait à une meilleure efficacité des soins. (16) Dans cet esprit, des incitations tarifaires ont été négociées avec l'Assurance Maladie et mises en place depuis 2004 et renforcées en 2012-2013. L'intérêt économique est mal défini par l'Assurance Maladie mais révèle un coût moindre de la chirurgie ambulatoire sur certaines interventions. (15) Il n'existe pas d'études sur les coûts indirects (arrêt de travail, aidants, transports ...) à ce jour. Les médecins interrogés ne sont d'ailleurs pas d'accord sur la rentabilité supposée de ce mode de prise en charge.

Sur le plan organisationnel, la mise en place de protocoles permettrait d'anticiper et éviter les aléas thérapeutiques. La qualité et la sécurité des soins est une priorité nationale (programme HAS 2013-2017) repris spécifiquement pour la chirurgie ambulatoire. (16) Cependant, cette protocolisation du système pourrait entraîner une absence de réflexion et de personnalisation de la prise en charge. Le patient en tant que personne ne doit pas être oublié. La systématisation et la centralisation obligent le personnel à se qualifier, se sur-spécialiser dans un domaine particulier. Certains chirurgiens interrogés craignent une dégradation de la prise en

charge du patient dans sa globalité ou d'un oubli des qualités humaines nécessaires à un « bon docteur » en formant des « techniciens opératoires ».

Par ailleurs, sur le plan pratique, la visite du CMCA au CHRU de Lille a permis d'identifier des freins possibles au fonctionnement optimal du service. L'accueil, ainsi que les blocs opératoires, ne se trouvent pas à proximité de l'unité d'hospitalisation « Leloir ». L'implication de l'unité de régulation du brancardage a une influence dans toute la programmation du bloc et permet de situer géographiquement le patient dans l'hôpital (bloc opératoire, SSPI, Chambre....). Les recommandations organisationnelles spécifiques au CHRU de Lille faites par l'ANAP en 2013 remarquent l'influence de cette gestion du brancardage. (12)

Par ailleurs, les salles de consultation des chirurgiens ne sont pas localisées au niveau du CMCA, source de confusion pour les patients.

1. Parcours de soins en préopératoire

En amont de l'intervention, tous les patients semblent être adressés au chirurgien par courrier du médecin généraliste. Le chirurgien, puis l'anesthésiste, déterminent conjointement l'indication opératoire en chirurgie ambulatoire par des critères précis suivant les recommandations de l'ANAP et l'HAS. (3)

Les médecins interrogés se plaignent du défaut de coopération entre les chirurgiens et les anesthésistes au sein de l'hôpital. Ceci semble être un frein dans le fonctionnement optimal du mode ambulatoire.

Les critères de prise en charge en chirurgie ambulatoire sont bien connus et respectés au CMCA. Il existe une « fiche navette » manuscrite dans le dossier patient accordant ce mode de prise en charge. Il n'existe pas de « check-list » relatant les indications ou les contre-indications à une intervention spécifique en chirurgie ambulatoire au CMCA. Suivant les recommandations de l'ANAP, un projet de « passeport ambulatoire » entre les mains du patient pourrait être envisagé. (16)

Les infirmières du pôle de programmation du CMCA ou les programmatrices des services conventionnels sont indispensables à la coordination entre services. Au CMCA, elles proposent aux infirmières programmatrices des services conventionnels

du chirurgien opérateur, une date de consultation d'anesthésie et une date d'hospitalisation au CMCA. Cette date est validée par le chirurgien.

Depuis juin 2012, la gestion des consultations d'anesthésie se fait par cette cellule de programmation au CMCA ce qui permet d'éviter les annulations au dernier moment, faute de consultations d'anesthésie non programmées. (12)

Cependant, certains médecins interrogés souhaiteraient une plus grande autonomie dans la maîtrise de leur outil de travail et de leur planning.

Par ailleurs, tous les patients sont appelés la veille de l'intervention par les infirmiers de l'unité Leloir pour confirmer l'hospitalisation et répondre aux questions éventuelles. Cet appel est relaté sur une fiche de suivi tenu par les infirmiers. Elle sera complétée au fur et à mesure du parcours de soins. Cette fiche de suivi n'a pas été abordée par les médecins/chirurgiens interrogés.

2. Parcours de soins post-opératoire

En post-opératoire immédiat, les courriers de sortie, comptes-rendus opératoires et ordonnances sont systématiquement donnés au patient avec une double signature du chirurgien et de l'anesthésiste. Ces documents sont envoyés par voie postale en parallèle au médecin référent. Sur ces documents sont indiquées les coordonnées des intervenants de la structure assurant la permanence des soins. Selon le code de Santé Publique, il existe des obligations médico-légales pour assurer la continuité des soins et la sécurité des patients : des informations écrites au médecin référent désigné par le patient relatant la conduite à tenir post-opératoire et les coordonnées des structures assurant la permanence des soins. (17)

La surveillance post-opératoire au CMCA se fait par des infirmiers formés à ce mode ambulatoire. Ils sont une valeur ajoutée dans cette organisation spécifique.

Les causes d'échec de sortie précoce sont peu explicitées par les médecins interrogés. Ces patients ne semblent rester qu'une seule nuit hospitalisés en chirurgie conventionnelle, le plus souvent pour une prise en charge symptomatique (antiémétiques, antidouleurs). La gestion de ces complications post-opératoires est connue mais semble être une cause fréquente de d'échec de l'ambulatoire (absence de sortie précoce, reconsultations en soins de premiers recours. (18) C'était déjà le

cas il y a 10 ans, selon une autre étude réalisée en chirurgie ambulatoire au CHRU de Lille. (19)

Cependant, les médecins hospitaliers interrogés décrivent peu de complications post-opératoires et d'échec dans ce mode de prise en charge. Le taux d'inaptitude « à la rue » (pas de sortie le jour de l'intervention) et de réadmission sont faibles, résultant d'une sélection de gestes peu spécialisés et d'une anticipation du parcours de soins.

Selon les médecins interrogés, les échecs de sortie précoce sont plus dus à un défaut d'organisation (heure de l'intervention trop tardive par exemple) ou d'éligibilité que de prise en charge.

Une vérification de l'état de santé du patient le lendemain de l'intervention est effectuée par les infirmiers du CMCA pour certaines interventions ou à la demande d'un médecin hospitalier.

A moyen terme selon les personnes interrogées, le recours en urgence doit être organisé et protocolé afin d'optimiser la prise en charge des patients. Il faut améliorer la coopération entre les acteurs de premier recours et les hospitaliers. Le développement de la chirurgie ambulatoire vers des actes plus complexes nécessite d'adapter la coordination des soins pour éviter les échecs. Des consultations, directement auprès des spécialistes pour les patients opérés au CMCA, ont été envisagées mais requièrent des aménagements.

B. Représentation de la coordination des soins

Cette étude qualitative confirme l'intérêt de la coordination des soins pour une prise en charge optimale des patients. Les chirurgiens et anesthésistes impliqués dans le CMCA perçoivent cette coordination comme étant de bonne qualité.

La plupart des médecins interrogés comprennent le sentiment d'abandon ressenti par les acteurs de premier recours au sujet des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire. Cette inquiétude est le fruit d'un défaut de transmission des informations développée dans la thèse de E. Bâillon il y a 10 ans, étudiant les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire. (19)

1. Représentation liée à l'organisation

Selon tous les interviewés, le patient est autonome et responsable de son propre soin tout au long de la prise en charge ambulatoire.

Toute l'organisation est centrée sur lui.

Les contacts téléphoniques ou courriers se font directement vers le patient. Aucune communication supplémentaire avec les acteurs de soins primaires n'est anticipée pour la sortie du patient, libre à lui de prévenir son médecin référent et son infirmier.

La coordination des soins en post-opératoire est moins discutée par les interviewés car relativement similaire dans la prise en charge en chirurgie conventionnelle selon les chirurgiens interrogés. Il n'y a aucun délai de réception des lettres de sortie puisque tous les courriers et ordonnances sont systématiquement donnés aux patients le jour de la prise en charge.

Pour des raisons d'organisation, il arrive que les médecins venant donner les informations de sortie ainsi que ceux vus en consultation post-opératoire, ne soient pas les mêmes que les médecins ayant donné l'indication opératoire et ayant opéré.

Les plannings préétablis et surchargés entraînent à une dispersion des médecins/chirurgiens dans leur service conventionnel. Ceux-ci sont éloignés géographiquement de l'unité d'hospitalisation Leloir.

Cela majore la méfiance et l'anxiété de tous les acteurs et en particulier du patient envers le système de santé. (19)

En post-opératoire, les médecins hospitaliers seraient appelés par les médecins généralistes ou par les patients au sujet des effets iatrogènes des traitements ou pour des critères de surveillance post-opératoire.

Les chirurgiens interrogés avouent être souvent inaccessibles pour des appels impromptus et laissent l'interne de chirurgie d'astreinte juger de la gravité de la situation. Ils remarquent que cet interne de spécialité ne connaît pas le dossier au préalable. Il a accès au dossier patient de chirurgie ; pas accès au dossier d'anesthésie. Une amélioration des interfaces entre logiciels intra-hospitaliers est

donc indispensable, comme indiquée dans les recommandations organisationnelles.(12)

2. Représentation liée à l'acte de chirurgie ambulatoire

En amont de l'intervention, la coordination des soins semble plus spontanée en permettant le triptyque indispensable éligibilité patient, acte et organisation. Le médecin généraliste impliqué dans cette décision est déterminant mais non indispensable. Les médecins hospitaliers préfèrent juger eux-mêmes des critères de prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Il n'y a pas de discussion autour des accompagnants ayant un rôle dans le retour au domicile, en particulier pour les personnes plus âgées. La recherche bibliographique n'a pas permis de trouver une enquête sur l'apport d'un référent accompagnant.

Pour les patients jugés à risque dans ce mode de prise en charge, peu importe les critères, les médecins interrogés décrivent parfois une discussion intra-hospitalière, n'impliquant pas les médecins généralistes dans la décision finale. C'est pourtant un des rôles du médecin généraliste selon la WONCA que de coordonner les soins. (1) Selon les personnes interrogées, il n'y a aucun contact téléphonique pour un apport d'informations de l'hôpital vers les soins primaires. L'intérêt du courrier du médecin généraliste pour les interviewés se fait surtout sur les traitements en cours et les comorbidités et très peu sur le mode de vie du patient.

Le courrier post consultation préopératoire n'est pas systématique de la part des chirurgiens comme des anesthésistes. Cette coordination est variable en fonction de l'acte, de la compréhension du patient et de son état de santé. Les anesthésistes transmettent les informations concernant les examens à envisager en préopératoire et les modulations de traitements. Ils se plaignent de la méconnaissance des médecins généralistes envers l'anesthésie sans créer le contact pour améliorer la prise en charge du patient. Ce défaut de communication est déjà mis en évidence dans le travail de thèse réalisé par Baillon E. (19)

Avec l'apport de soins externes au CMCA, gestes sous anesthésie locale, la consultation d'anesthésie préopératoire n'a plus lieu. Il n'existe pas de nouveaux

moyens de vérification et de surveillance du patient en préopératoire. La Stratégie Nationale de Santé souhaite impliquer des nouveaux métiers de santé, correspondant à un niveau de formation intermédiaire entre celui des auxiliaires médicaux et celui des médecins, de même que la concrétisation de transfert de compétences. (13)

3. Représentation liée aux acteurs

Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence de différence majeure dans la perception de la coordination des soins entre les chirurgiens et les anesthésistes. Par ailleurs, il ne semble y avoir aucun contact en préopératoire comme en post-opératoire avec les paramédicaux de soins primaires.

Il existerait des contradictions entre les discours intra et extrahospitaliers concernant la prise en charge en ambulatoire. Ces discordances sont d'autant plus importantes qu'il ne semble pas y avoir plus de communication entre la ville et l'hôpital ?.

Les médecins du CHRU ne font pas d'arrêt de travail pour leurs patients. Cette gestion est laissée aux médecins généralistes. Selon certains, ceci est un avantage et oblige une consultation supplémentaire chez le médecin généraliste. Il peut alors prendre le temps de tout coordonner.

Cependant, Il pourrait y avoir des détails sur le délai d'arrêt de travail, le délai de reprise des activités physiques ou de conduite automobile dans la lettre de sortie. Ceci était déjà une demande de la part des médecins généralistes du bassin Lillois concernant la chirurgie ambulatoire il y a 10 ans. (19)

La gestion de la douleur, indispensable pour le confort du patient, est peu exprimée lors des entretiens et semble être aussi affectée au médecin généraliste.

4. Représentation liée aux moyens

Le sentiment de satisfaction envers la coordination des soins est paradoxal. Les médecins interrogés identifient des carences dans la communication, des doublons, des retards dans l'information.... Ce constat est déjà effectué lors des recommandations organisationnelles du CHRU de Lille. (12)

Il y a peu de communication par courriel ou par courrier électronique crypté actuellement. C'était une perspective d'amélioration proposée par les médecins généralistes il y a 10 ans. (19)

C. Modifications proposées et perspective d'avenir

Cette étude met en évidence des dysfonctionnements dans système de santé déjà en cours de perfectionnement concernant la chirurgie ambulatoire. (20)

En particulier, il existe des insuffisances en termes d'information et de coopération entre tous les acteurs de soins.

Les médecins proposent rapidement au cours des entretiens des alternatives pour améliorer cette coordination des soins, en particulier sur le partage d'informations (téléphone, coordonnateurs, courriers, dossier médical partagé...). Ils ne semblent pas être au clair quant au rôle de chacun des acteurs ni dans le fonctionnement précis du CMCA. Cette méconnaissance pourrait être minimisée par des formations et des réunions d'informations entre les acteurs de santé de la chirurgie ambulatoire.

Concernant l'amélioration de la communication entre les acteurs intra et extra hospitaliers, la proposition de communication par téléphone parait le moyen le plus direct et spontané mais ni les médecins généralistes ni les médecins hospitaliers semblent avoir du temps. La politique actuelle limitant le recrutement médical et paramédical dans un but de rentabilité va à l'encontre des besoins pour laisser un moment aux acteurs pour communiquer.

De plus, la densité médicale de médecins généralistes tend à diminuer, en particulier en milieu rural où les patients en auraient le plus besoin.

La coordination des soins va avoir un rôle de plus en plus capital.

Par ailleurs, prendre conscience du défaut de coopération est une étape préalable à tout changement. Il faut pour cela avoir une base théorique de la prise en charge optimale. Cette meilleure connaissance théorique est possible par des

réunions d'informations (congrès, enseignements post-universitaires...) et par la formation médicale continue concernant les médecins généralistes. (19)

Cette information doit être donnée et vérifiée pour permettre une qualité et une sécurité optimale des soins. L'HAS est une agence de vérifications. Ce principe de mesure d'indicateurs qualité généralisés à tous les établissements de santé s'articule avec la procédure de certification de la HAS qui vise les mêmes objectifs. (21)

Selon les interviewés, la majoration de l'autonomie du patient semble être une autre solution. Actuellement, les médecins spécifient bien le caractère « sain » du patient opéré en chirurgie ambulatoire. Il doit présenter peu de comorbidités, d'antécédents et de traitement. Un dossier médical partagé n'a pas été discuté lors des entretiens. C'est pourtant un outil pertinent pour la coordination des soins. Il concerne tous les acteurs de soins. Malheureusement le retard accumulé à sa mise en place ne laisse pas présager d'un développement prochain. (19) Une éducation thérapeutique faite par les médecins généralistes, les paramédicaux, la médecine du travail serait utile et possible. Cette proposition développée pour les maladies chroniques dans la Stratégie Nationale de Santé devrait être exportée dans ce mode de prise en charge qui demande une responsabilisation des patients.

Pour les personnes plus fragiles ainsi que pour les actes plus complexes, qui vont se majorer avec le vieillissement de la population, une aide par des personnes ressources supplémentaires comme les réseaux de soins devraient se développer. Des travaux étudient la coordination des soins dans un réseau de santé territorial montrant une demande croissante de la part des médecins généralistes, comme le préconise la loi HPST. En 2011, le frein principal de ces réseaux était la présence de réseau informel et la méconnaissance du fonctionnement de ceux-ci.(22,2)

Par ailleurs, la HAS a élaboré un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Il concerne les personnes âgées mais il serait possiblement transférable à la chirurgie ambulatoire. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluri-professionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. (23)

L'implication de tous les acteurs dans le parcours de soins en chirurgie ambulatoire contribue à améliorer l'efficacité des soins, dont le patient est au centre du projet.

Le comité ville-hôpital, mis en place en 2012, est un outil majeur du projet d'établissement du CHRU de Lille. (8) Il mène en collaboration pluridisciplinaire plusieurs chantiers : création d'un annuaire Internet dédié aux professionnels de santé, l'évolution du numéro vert Hop'line, création d'un «pack de sortie» à destination du médecin généraliste après l'hospitalisation de son patient. (9)

Par ailleurs, la chirurgie ambulatoire est un modèle d'excellence car elle garantit l'expertise et la sécurité d'un acte technique standardisé, l'organisation d'une structure dédiée où une équipe pluridisciplinaire travaille en étroite collaboration avec le réseau de soins de ville et les médecins référents du patient, les médecins ambulatoires de soins primaires et de soins secondaires. (5)

La qualité de vie des acteurs devient une priorité intégrée dans ce processus, en particulier des patients. La prise en charge ambulatoire dans la chirurgie des cancers se développe. Elle permet aux patients d'avoir un rôle plus actif dans la prise en charge de la maladie, de dédramatiser celle-ci, d'autoriser une réinsertion familiale et personnelle plus précoce et de diminuer le taux d'infections nosocomiales.

Elle permet également une meilleure organisation et cohésion de l'équipe hospitalière du fait du caractère dédié de la structure et renforce les liens avec les soins primaires. (24)

Par ailleurs, certains médecins interrogés explorent le changement sociétal qui tend à éviter les contraintes. En effet, les médecins souhaitent terminer à l'heure, éviter les gardes et privilégient leur vie de famille. Les patients deviennent exigeants sur la date des rendez-vous et des interventions.

On remarque une volonté de changement dans la gestion du parcours de santé qui majore l'autonomisation du patient. La société actuelle française est peu responsable. L'évolution des mentalités se fera progressivement.

VIII. Forces et faiblesses de l'étude

A. Sélection de la population

Cette enquête qualitative était centrée sur l'activité ambulatoire du CMCA. Elle n'impliquait pas la chirurgie ambulatoire dans son ensemble. Le CMCA ne reflète que partiellement l'activité ambulatoire de l'hôpital Huriez et plus encore celle du CHRU de Lille. Par exemple, les services d'ophtalmologie et d'ORL présents à l'hôpital Huriez pratiquent beaucoup d'actes en ambulatoire n'ont pas été interviewés. L'absence de chirurgie orthopédique au CMCA a pu expliquer l'oubli du rôle du kinésithérapeute dans la coordination des soins par les médecins interrogés.

Par ailleurs, cette étude ne concernait que la prise en charge des adultes, les enfants étant pris en charge dans les services conventionnels pédiatriques.

La population concernée par une prise en charge au CHRU de Lille est particulière, centrée principalement sur la métropole lilloise, et impliquant plus de patients aux conditions médico-économiques défavorables. (19)

La liste des médecins chirurgiens et anesthésistes proposés par le chef de pôle Madame le Docteur Ruolt, a permis de constituer un échantillonnage raisonné mais n'a probablement pas permis de recueillir l'ensemble des points de vue. L'absence de réponse de près d'un quart des médecins/chirurgiens pourrait constituer un biais de sélection. Seulement treize médecins/chirurgiens ont participé à l'étude, Un endoscopiste gastro-entérologue fait partie de l'échantillon de médecins interrogés.

B. Entretiens

Lors du premier entretien collectif, la présence du directeur de thèse, lui-même médecin généraliste, paraissait tempérer certaines opinions de la part des médecins hospitaliers induisant un biais de recueil. Cependant, la présence du cadre de santé a permis une interface enrichissante entre le point de vue médical et paramédical.

Les internes participant aux études parallèles, étudiant la représentation de la coordination des soins par les paramédicaux, les patients et les médecins généralistes ont permis de mutualiser les premiers résultats des enquêtes. Devant ces nouvelles informations, le guide d'entretien confectionné initialement aurait mérité des améliorations plus axées vers les échanges avec les soins primaires. En effet, les personnes interviewées sont restées très axées sur l'analyse de la coordination des soins en interne ce qui pourrait constituer un biais d'investigation ou signifier que la préoccupation principale des personnes interviewées était la coordination des soins en internes.

La question « brise glace » était peu utile pour répondre à la question de la thèse mais permettait d'introduire le sujet et de concrétiser les idées. Les chirurgiens et anesthésistes interrogés semblaient déterminés vers un axe de réflexion précis dès le début des entretiens. La conduite de l'entretien en a été rendue difficile, surtout dans l'abord de certains thèmes. La conduite des entretiens nécessite une compétence particulière, qui a manqué, pouvant constituer un biais interne.

Cependant, le statut d'interne du chercheur explorant le fonctionnement d'un service au sein du CHRU et d'autre part impliqué personnellement dans la médecine de premier recours ont permis des échanges humains, riches et constructifs.

C. Analyse des données

L'analyse des verbatims « mots à mots » n'est pas un processus rationnel et acquis lors des études de médecine. Cette compétence de sciences humaines s'est développée au fur et à mesure de l'étude pour le chercheur.

La richesse de la thématique a permis d'atteindre qu'une saturation théorique des données après 13 entretiens. Les caractéristiques des personnes interviewées n'ont pas été intégrées à l'analyse des résultats. Ces attributs auraient pu affiner et préciser les conclusions de l'étude.

Deux chercheurs ont entièrement analysés les données par codage en double insu pour limiter le biais d'interprétation. Ce travail collaboratif a permis d'augmenter la validité interne de l'étude par la mise en place de cette triangulation dans l'analyse ouverte et thématique des données.

CONCLUSION

La chirurgie ambulatoire est un modèle d'organisation mettant le patient au cœur du système de santé. L'efficience et la qualité des soins ne sont possibles qu'à la condition d'une prise en charge globale, protocolée et coordonnée du patient. Le parcours de soins est un schéma appliqué sur le terrain à tous les patients pris en charge en mode ambulatoire. Chaque étape requiert une coordination adaptée. Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité nationale dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé dont l'objectif est de répondre aux besoins de santé tout en maîtrisant les dépenses. Le projet d'établissement 2014-2016 du CHRU de Lille va dans ce sens.

Les chirurgiens et médecins interrogés dans le cadre de cette étude étaient conscients de l'importance de cette coordination des soins pour une prise en charge optimale du patient. La coopération entre tous les acteurs de soins était très protocolée, laissant peu de place aux aléas et limitant correctement les échecs de l'ambulatoire au CMCA du CHRU de Lille. La coordination des soins leur semblait satisfaisante mais perfectible, en particulier en interne. En effet, l'amélioration de la communication et de la qualité des informations transmises ont été suggérées à de nombreuses reprises. Ces carences seraient principalement dues à un manque de temps et de ressource humaine au sein de ce système (médecins, coordinatrices, réseaux de soins...).

L'exploration des représentations des médecins et chirurgiens a permis de repérer les facteurs favorisant et bloquant la coordination des soins.

Une confrontation des représentations de la coordination des soins par les différents acteurs de santé dans le cadre du protocole Vil-Hop&Co permettra de faire émerger des pistes de modifications. Elle constitue une étape préalable à la réalisation d'une étude d'intervention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [En ligne]. 2002 [consulté le 26/08/2014]. Disponible à l'URL : <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
- (2) République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel du 22 juillet 2009.
- (3) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, Haute Autorité de Santé, éditeurs. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : socle de connaissances - synthèse. Paris: ANAP; 2012.
- (4) Jouffroy L. Chirurgie ambulatoire : sécurité, qualité. Ann chir. 2001;126(7):686-691.
- (5) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, Haute Autorité de Santé, éditeurs. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : socle de connaissances. Paris: ANAP; 2012.
- (6) ARS Poitou-Charentes. Bilan de la chirurgie ambulatoire en Poitou-Charentes. Com'Stat [En ligne]. 2013 Décembre [consulté le 26/08/2014]; (11) : [8 pages]. Disponible à l'URL: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_ARS/etudes_et_publications/20131213_Com_Stat_11_Chir_ambu.pdf
- (7) Batt-Flament C. Le développement de la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier de Douai: apport des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé; 2009.
- (8) Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. Le projet d'établissement 2012-2016 du Centre hospitalier Régional Universitaire de Lille : projet relatif à la qualité et à l'organisation de la prise en charge. Lille: CHRU; s.d.
- (9) Usagers : une dynamique poursuivie [En ligne]. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille [Consulté le 26 août 2014] ; [1 écran]. Disponible à l'URL : <http://www.chru-lille.fr/chrulille/presentation/119221.html>
- (10) Glaser BG. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. Paris: Armand Colin; 2010.

- (11) Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer [En ligne]. 2008 [consulté le 26 août 2014];19(84):[4 pages]. Consultable à l'URL: <http://www.exercer.fr/numero/84/page/142/>
- (12) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, Haute Autorité de Santé, éditeurs. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : recommandations organisationnelles : monographie CHRU de Lille. Paris: ANAP; 2013.
- (13) Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé : ce qu'il faut retenir. [En ligne]. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013 [consulté le 26 août 2014]. Disponible à l'URL : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>
- (14) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, Haute Autorité de Santé, éditeurs. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : recommandations organisationnelles. Paris: ANAP; 2013
- (15) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, Haute Autorité de Santé, éditeurs. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : Synthèse et recommandations ; tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, état des lieux et perspectives. Paris: ANAP; 2013. Définition de la chirurgie ambulatoire; pages 16-23
- (16) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, Haute Autorité de Santé, éditeurs. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : Recommandations organisationnelles pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre. Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire, guide méthodologique. Paris: ANAP; 2013.
- (17) Code de Santé Publique. Article R 710-2-6 et R710-2-8
- (18) Hunter JD, Chambers WA, Penny KI. Minor morbidity after day-case surgery. *Scott Med J*,1998 Apr ; 43 (2) :54-6
- (19) Baillon E. Relations Ville-Hôpital: les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé; 2004.
- (20) Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi. Paris: ANAP; 2013.
- (21) Projet sur l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : 222 établissements retenus dans le cadre de l'expérimentation [En ligne]. Haute autorité de santé [Consulté le 26 août 2014] ; [1 écran]. Disponible à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins

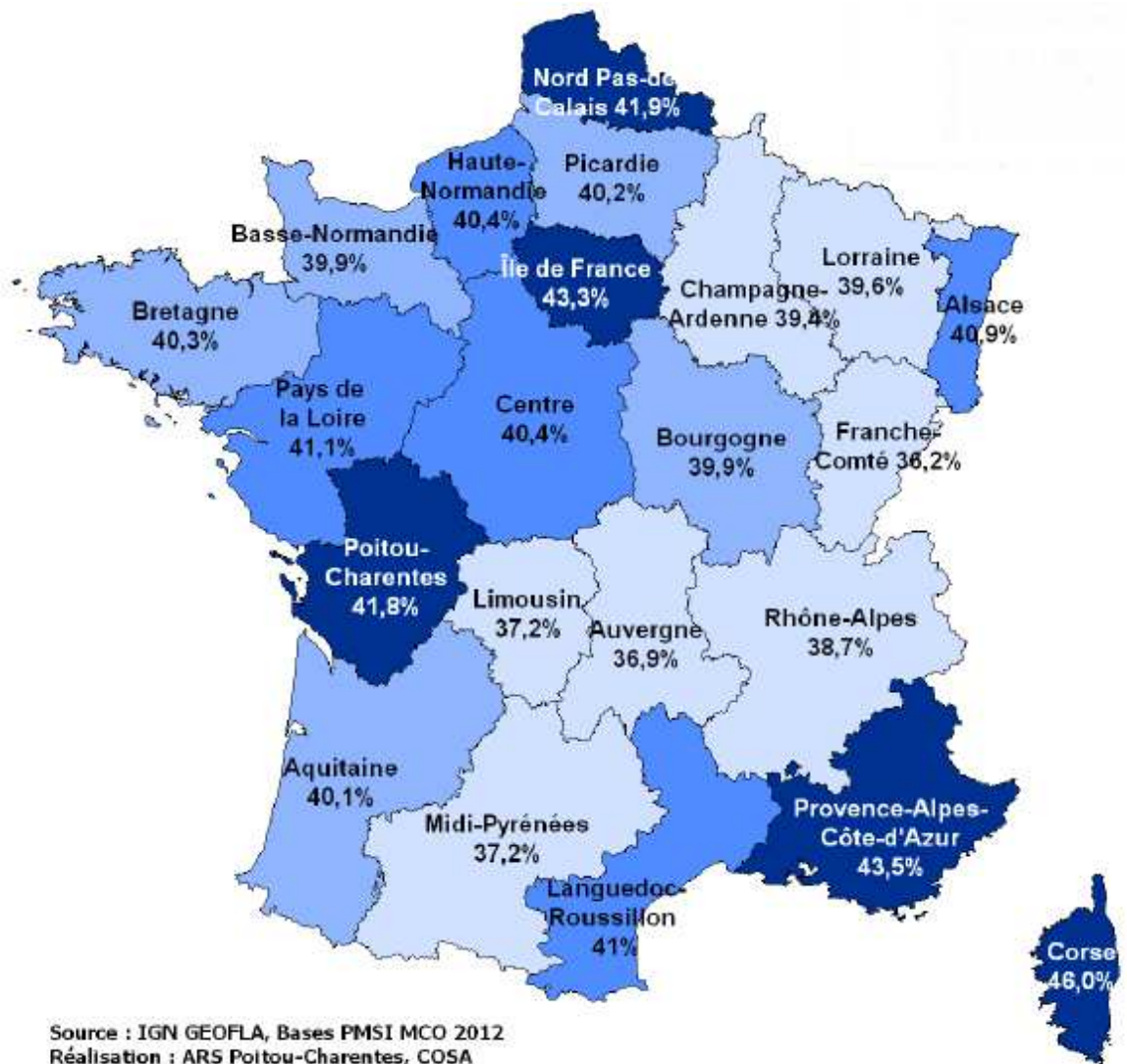
(22) Berthod-Kamta Nogue II O. La coordination des soins dans un réseau de santé territorial: quelle acceptabilité par les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2011.

(23) Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). [En ligne] Saint-Denis: HAS; 2014 [consulté le 26 août 2014]. Disponible à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638460/fr/mode-d-emploi-du-plan-personnalise-de-sante-pps)

(24) Chirurgie ambulatoire [En ligne]. Institut régional du cancer de Montpellier [Consulté le 26 août 2014] ; [1 écran]. Disponible à l'URL : <http://www.icm.unicancer.fr/fr/soins/chirurgie-ambulatoire>

ANNEXES

Annexe I : Taux de Chirurgie ambulatoire par région en 2012



Annexe II : Guide d'entretien sur la coordination des soins ville-hôpital dans le cadre des soins ambulatoires au CHRU de Lille

Représentants : Chirurgiens et Anesthésistes EN SOINS AMBULATOIRES.

Introduction de la thèse :

La coordination des soins est une fonction essentielle de la médecine générale. La qualité de celle-ci permet une meilleure efficacité des soins, ainsi qu'une sécurité optimale pour les patients. Votre participation à cette étude est donc primordiale pour apporter des réponses et modifier nos pratiques au quotidien.

Je vous remercie de votre présence aujourd'hui et pour le temps que vous nous accordez.

Le Projet Vil-Hop&Co a pour but d'analyser la coordination des soins entre les différents acteurs concernés par la chirurgie ambulatoire.

Différents entretiens sont réalisés avec des groupes de patients, de médecins généralistes et de chirurgiens.

Ce projet est réalisé sous forme d'entretiens collectifs et/ou individuels qui seront ensuite analysés.

Demande d'accord pour enregistrer les données.

Les données seront anonymisées.

Question « brise glace »

Racontez-nous comment s'organise la prise en charge des patients opérés en ambulatoire ?

1. COMMENT se déroule la prise en charge des patients devant bénéficier d'une chirurgie ambulatoire dans le service ?

- Avant : qui adresse le patient ? par quelles modalités ?
- Pendant : consultation préopératoire, chirurgie et anesthésie +/- bilans complémentaires. Qui coordonne ?
- Comment se prépare la sortie ?
- Comment se déroule la sortie ?
- Après la sortie, comment se fait la coordination des soins ? Par mail, courrier, téléphone, Apycript ? Via le patient (main propre), directement auprès du médecin traitant ?
- Comment cela se passe-t-il en cas de problème médico-chirurgical ?

2. Vous sentez-vous impliqués avant /pendant / après l'hospitalisation ?

- Quelles sont les catégories de professionnels de santé concernées dans la prise en charge des patients opérés en ambulatoire ?
 - MG/ Kinésithérapeute / IDE / Cardiologue / Angiologue / Radiologue / autres ?
 - Comment transmettent / reçoivent ils les informations ?
- QUI : quelles sont les personnes concernées par la planification des soins dans votre service ?
 - Chirurgiens /Internes/externes
 - Cadre de santé
 - Secrétaire médicale
 - Réseau de soins
- En préopératoire, existe-t-il ?
 - un contact du médecin généraliste vers le chirurgien ?
 - un contact du chirurgien vers le médecin généraliste ?
 - un contact vers d'autres professionnels de santé ?
 - quelles infos sont données ? type anesthésie / technique opératoire / indications / caractère ambulatoire / info sur les soins probables en post-op

- En POST-OPERATOIRE, en plus du courrier pour le médecin généraliste, le patient n'a pas toujours son courrier sur soi ou si le patient consulte un autre médecin (médecin de garde par exemple), une procédure est-elle prévue ?
 - existe-t-il un numéro en cas d'urgence ?
 - les coordonnées des intervenants sont-elles bien explicites ?
 - existe-t-il des données d'informations générales accessibles ?

3. Que pensez-vous de la coordination des soins au moment de la sortie ?

- CONTEXTE :
 - Les différents actes réalisés en chirurgie ambulatoire influencent-ils la coordination des soins ?
 - Les différents contextes du patient influencent ils la coordination des soins ?
 - Entre les patients adressés par le MG et les patients venant des urgences ?
 - entre adultes et enfants ? entre adultes jeunes et seniors ?
- Avez-vous des remarques sur le DELAI de transmission des comptes rendus ?
- Quelles sont les INFORMATIONS qui sont présentes dans ces courriers ?
 - Suivi consultation / suivi radiologique / suivi pansement /suivi kiné
 - Durée arrêt de travail / durée de rééducation
 - Date de reprise /arrêt des anticoagulants, de l'alimentation...
 - Date de reprise des activités physiques / de la conduite /de la marche
 - Autres

4. Quelles propositions de modifications avez- vous à faire pour améliorer les choses ?

- Etes-vous satisfait de cette coordination ?
- Pensez-vous que les patients sont satisfaits de cette coordination ?
- Quels sont les obstacles à une bonne efficacité ?

Nous vous remercions du temps que vous nous avez accordé.

Annexe III : Caractéristiques de la population interrogée

Médecins interrogés	n° entretien	Sexe	Spécialité	Temps d'exercice en tant que médecin chirurgien ou anesthésiste	Temps d'exercice de la chirurgie ambulatoire	Proportion d'exercice de la chirurgie ambulatoire	Exercice de la chirurgie ambulatoire dans un autre établissement que le CHR ?	Exercice de la chirurgie ambulatoire en structure privée ?
M1	1	F	anest					
M2		F	anest					
M3		H	chir					
M4	2	H	gastro	30 ans	15 ans	80%	non	non
M5	3	H	chir	28 ans	> 10 ans	10%	non	non
M6	4	H	chir					
M7	5	H	chir	16 ans	16 ans	10%	oui	non
M8	6	H	chir	7 ans	7 ans	10%	non	non
M9	7	H	chir	10 ans	7 ans	60%	oui	non
M10	8	H	chir	40 ans	14 ans	10%	oui	non
M11	9	H	chir	43 ans	15 ans	20%	non	non
M12	10	H	chir	30 ans	30 ans	0%	non	non
M13	11	H	chir	35 ans	30 ans	10%	oui	oui

Annexe IV (a) : Fiche de suivi du patient à l'unité d'hospitalisation Leloir

<u>Etiquette patient</u>	FICHE DE SUIVI DU PATIENT AG	Clinique Ambulatoire HDJ LELOIR-Dr Ruolt Huriez RDC Est UF 1020
--------------------------	-------------------------------------	--

Date Secteur d'hospitalisation : HCD / **Acte :** **Date :**

Consultation d'anesthésie : Date :
Prémédication prescrite en consultation : Cf feuille Diane IDE

Appel de la veille : Patient prévenu Message répondeur Faux numéro Autre :
Numéro de téléphone : **Identification IDE :**

Entrée

Heure	TA	Pouls	Dextro	Douleur (EVA)	Poids	Identification IDE

Préparation selon protocole :
Prémédication : Cf. feuille Diane IDE
Remarques à l'arrivée du patient :

Per-opérateur

Type d'intervention :	Heure de départ au bloc :
Intervenant :	Numéro d'endoscope :
Infirmier :	Anesthésiste :
	Aide soignant :

Remarques per-opératoires spécifiques (hors feuille post-op) :

Post-opérateur

Heure de retour en chambre :

Les thérapeutiques et les constantes sont retrouvées sur la feuille d'anesthésie DIANE post-opérateur

Sortie

Passage à la sortie : Opérateur : Anesthésiste :

Documents remis au patient : Lettre de sortie Compte-rendu opératoire Ordonnance de sortie

Mode de sortie : Domicile / Mode de retour :
 Service d'origine
 Transfert : Raison : **Identification IDE :**

Appel du lendemain : Non Concerné Concerné (Cf verso)
Identification IDE :

Annexe IV (b): Fiche de suivi du patient à l'unité d'hospitalisation Leloir

L'appel du lendemain

Complications liées au geste
<p style="text-align: center;"><u>Risque de douleur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui EVA..... Type..... • Douleur soulagée par les antalgiques <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non..... <p style="text-align: center;"><u>Risque hémorragique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pansement propre <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non..... • Écoulement <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Quantité.....
Complications liées à l'anesthésie
<p style="text-align: center;"><u>Risque de rétention urinaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miction <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <p style="text-align: center;"><u>Risque de constipation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Selles <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gaz <p style="text-align: center;"><u>Risque de nausée/vomissement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nausée <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui • Vomissement <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui..... • Appétit <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Événements/effets indésirables à domicile
<ul style="list-style-type: none"> • Événements <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui médecin prévenu <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (nom et qualité)..... • Appel <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Chirurgien <input type="checkbox"/> Anesthésiste <input type="checkbox"/> Médecin traitant

Identification IDE :

Annexe V : Fiche d'entrée du patient à l'unité d'hospitalisation Leloir

FICHE D'ENTREE EN HCD - LELOIR	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Clinique Ambulatoire Huriez RDC Est UF 1020 </div>	
<hr/>	
<u>Mode d'admission:</u> <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Transfert : Service et téléphone :	
<u>Mode de sortie</u>	
Profession : _____	
Situation familiale : _____ Nombre d'enfant : _____	
Conditions ambulatoires :	
Personne à contacter	Personne de confiance
Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Motif d'hospitalisation : _____	
Médecin responsable : _____	
Dossier médical : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; width: 200px; height: 40px;"> Signature : </div>	

Annexe V : Fiche d'entrée du patient à l'unité d'hospitalisation Leloir

Macroclé d'entrée :

Patient âgé de.....ans, valide et autonome vient pour.....sous AG/AL
et cf./antécédents feuille DIANE IDE

Histoire de la maladie :

Consignes IDE :

Préparation administrative et physique :

Administrative :	Physique :
Accord patient/ambu :	Allergie :
Autorisation parentale :	A jeun :
Consultation d'anesthésie :	Protocole :
	Préparation :
	Prothèses / Bijoux :

Habitude de vie :

Régime alimentaire :

Tabac :

Alcool :

Drogue :

Macroclé de retour de bloc :

Initiales et signature de l'IDE / AS :

Annexe VI : Lettre de consentement consultation pré-anesthésie



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**

CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL AMBULATOIRE

Centre Sud – Rez de Chaussée
Hôpital HURIEZ

Docteur Nadine RUOLT

**LETTRE DE CONSENTEMENT :
A FAIRE SIGNER AU PATIENT A LA FIN DE LA CONSULTATION
PRE-ANESTHESIQUE ET A JOINDRE AU DOSSIER MEDICAL**

ACCORD DU PATIENT

Je souhaite bénéficier, sous le régime de « l'hospitalisation de courte durée », d'une intervention chirurgicale ou d'une intervention à visée diagnostique et/ou thérapeutique sous anesthésie générale ou loco-régionale.

Je donne l'autorisation au médecin anesthésiste-réanimateur de procéder à une anesthésie générale ou loco-régionale.

J'ai reçu toutes les directives concernant l'hospitalisation de jour et je m'engage à les suivre :

- ✚ respect du jeûne et des consignes avant l'intervention
- ✚ respect des directives médicales après l'intervention comprenant notamment dans les 24 heures qui suivent l'intervention, interdiction de conduire un véhicule ou d'utiliser des machines potentiellement dangereuses, interdiction de boire de l'alcool, accord de ne pas prendre de décision pouvant engager ma responsabilité

Je me ferais accompagner à mon domicile par un adulte responsable qui m'assistera pendant les 24 premières heures.

Je déclare pouvoir disposer d'un téléphone pour appeler, en cas de besoin, mon médecin traitant, ou les médecins anesthésistes-réanimateurs ou chirurgiens de garde, dont les numéros de téléphone me seront remis à la sortie.

Je m'engage à ne pas quitter l'hôpital sans avoir reçu un accord médical.

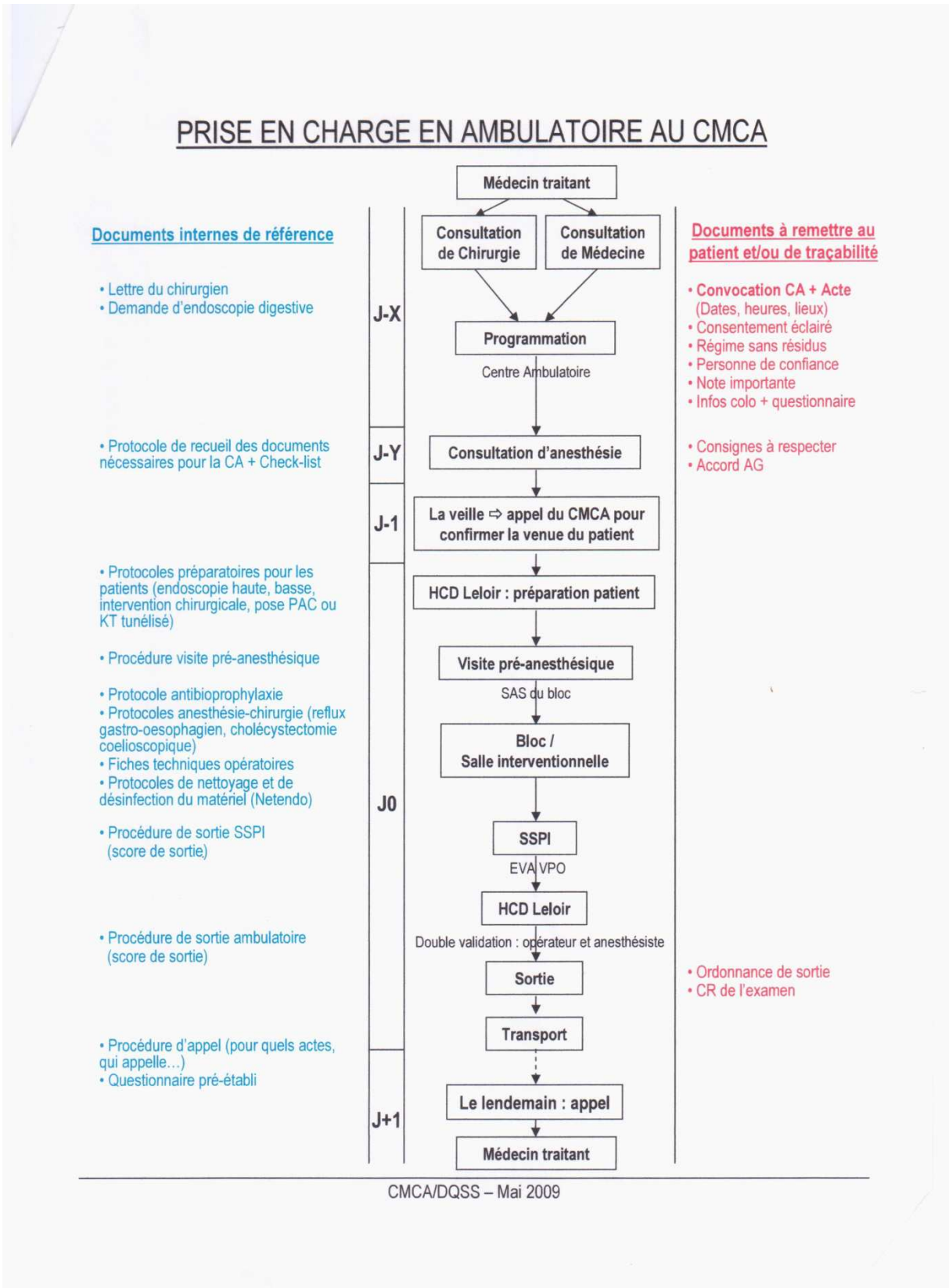
Je marque mon accord pour un transfert éventuel en hospitalisation traditionnelle en cas de nécessité médicale.

Lu et approuvé,

Date,

Signature,

Annexe VII: Parcours de soins au CMCA



Annexe VIII : Transcription littérale des entretiens

Entretien n°1

Infirmier cadre de santé [Inf1], 2 anesthésistes ([M1] et [M2]), 1 chirurgien [M3]

C'est un projet de recherche qui s'appelle Vil Hop&Co sur la coordination des soins ville hôpital en chirurgie ambulatoire et à la maternité, donc moi je m'occupe du bras chirurgie ambulatoire, c'est un projet qui est porté par la CME et le CHRU puisque le projet d'établissement porte sur la coordination des soins ville-hôpital et également sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

Donc le protocole va se dérouler en plusieurs étapes.

La première étape dont vous avez la gentillesse de participer est une étude exploratoire pour explorer les représentations des différents acteurs concernant le parcours et la coordination des soins en chirurgie ambulatoire. Des patients vont donc être interviewés, des anesthésistes, cadres de santé, paramédicaux, chirurgiens et médecins généralistes en ville et à l'hôpital pour avoir l'ensemble des représentations. On va essayer d'être exhaustif sur l'ensemble des représentations. Et la deuxième étape sera une étape quantitative où avec le matériel que l'on aura collecté, nous pourrons faire un questionnaire pour interroger sur la zone d'attractivité un échantillon représentatif des patients qui sont accueillis dans votre service.

Il y aura une troisième étape également pour hiérarchiser les propositions de modification et une quatrième étape médico-économique pour tester les propositions de modification qui peuvent aller de l'amélioration de la communication par des outils internet ou autres ou simplement une lettre type.

Donc cet entretien collectif à trois, va être enregistré, filmé, en sachant que tout ce matériel sera détruit. Il ne reste que les verbatim, donc la retranscription qui est anonymisée.

Première question, question d'ordre général, Comment ça se passe dans votre service ?

Comment se passe la prise en charge dans votre service ?

[M1] De manière générale, C'est la question qui va répondre à tout... à l'ensemble du

fonctionnement. Il y a une particularité, nous, nous sommes un centre ambulatoire mais 1/3 ambulatoire et 2/3 non ambulatoire. Les 2/3 non ambulatoires c'est l'endoscopie digestive de l'ensemble du CHR, endoscopie, coloscopie et radio interventionnelle, on fait également tout ce qui est laser dermatologique, laser gynécologique, sans oublier la sismothérapie. Bah voilà ça c'est toute notre activité.

Et sinon après donc comment ça se passe c'est une structure qui prends en charge des patients, soit en anesthésie générale soient sans anesthésie générale, donc il y a toute une partie soins externes...qui est donc ... les gens sont accueillis par un accueil proprement dit pour les soins externes (soins externes étant : soit endoscopie, fibro , soit laser) auquel cas les gens sont adressés normalement soit par l'hôpital soit par les médecins de ville , c'est de l'adressage direct et quand ils ressortent, normalement, ils ont leur compte rendu tout de suite.

Ensuite tout ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, pour discuter du sujet pour lequel on est là , mais c'est important parce que comme ce n'est pas une structure que chirurgie ambulatoire, c'est plus difficile à gérer et c'est ce qui se passe d'ailleurs dans pas mal d'hôpitaux ou dans les CHR , quand c'est une clinique privée qui a une activité bien déterminée c'est plus facile à gérer que dans un endroit où il y a plusieurs activités.

Les patients, ils prennent rendez-vous. En règle générale c'est souvent le chirurgien qui est en première ligne, qui demande un geste, et le chirurgien peut déjà demander que le geste soit fait en ambulatoire, et à partir du moment où c'est fait en ambulatoire ça vient chez nous. C'est-à-dire qu'il y a une programmation. On téléphone à la programmation, qui va trouver une consultation d'anesthésie ; qui va prendre rendez-vous pour une consultation d'anesthésie, qui va réserver un lit pour le jour de la prise en charge de la chirurgie ambulatoire et puis vérifier si sur le plateau technique c'est possible de faire le geste. Et le patient reçoit les consignes, les rendez-vous, etcetera par le biais de notre programmation. Ça c'est centralisé, donc ça marche pas mal en ce qui concerne la chirurgie ambulatoire.

Et vous vous n'intervenez pas

[M1] On intervient au moment de la consultation d'anesthésie ; donc la première

consultation est effectivement la consultation chirurgicale qui peut orienter vers l'ambulatoire ; des fois il oublie, ou ça ne peut pas se faire en chirurgie ambulatoire ; ou alors il a un doute. La finalité enfin la décision finale se fait lors de la consultation d'anesthésie.

De toute façon, on va voir le patient en consultation anesthésie ; on va le voir et on va vérifier qu'il a bien tous les critères pour l'ambulatoire et à la fin de la consultation d'anesthésie il va avoir des documents avec les consignes, avec les critères, avec les choses à faire et à ne pas faire ; il les aura à la consultation d'anesthésie. Et après le patient quand il vient ; il rentre dans le service d'hospitalisation, il va être pris en charge et à la sortie il aura son ordonnance. Il peut d'ailleurs déjà l'avoir à la consultation d'anesthésie ; c'est fréquent que l'on donne les ordonnances avec les antalgiques. Il aura sa lettre de sortie, l'ordonnance et les consignes.

Ça c'est les cas où tout se passe bien mais si jamais il ne peut pas sortir, on a des protocoles enfin des conventions avec les services qui viennent opérer chez nous, les services conventionnels. Parce qu'il faut que ce soit anticipé parce qu'on ne sait jamais ; normalement la structure ambulatoire ferme à 20h ; normalement la définition c'est une fermeture à 20h. Voilà ce sont les éléments principaux.

Sur la cellule de programmation, vous n'avez aucune action, c'est quelque chose qui tourne tout seul... ?

[Inf1] Non, c'est vraiment dépendant de nous

[M1] Oui en effet ...

[Inf1] Alors on a privilégié d'avoir deux infirmières dans la cellule de programmation afin d'avoir un regard quand même plus attentif et pouvoir créer cette cellule de programmation et interpellier les praticiens soit chirurgien soit anesthésiste quand il y a une demande qui leur semble soit mal formulée soit particulière, ne répondant pas à la structure de notre activité. Elles sont donc ces deux infirmières , on a établi toute la programmation informatisée depuis un peu plus de deux ans donc on a vraiment toutes les plages opératoires qui ont été définies par une chartre avec les différents services, validée par les différents intervenants de notre plateau technique régulant et réglementant de façon très drastiques les plages opératoires et la possibilité pour chacun et chacune des praticiens de venir faire leurs gestes.

Tout est relativement cadencé et structuré par rapports aux demi-journées possibles et quand il y a un doute sur une intervention , sur une page , elles ont deux possibilités ; quand c'est de l'ordre médical à ce moment-là on voit avec l'anesthésiste pour avoir une validation de la possibilité ou pas d'effectuer le geste sur le plateau, quand c'est plutôt de l'organisationnel ; bien sur l'anesthésiste peut y répondre mais nous en tant que cadre de santé, on a la possibilité de gérer ces répartitions des interventions, autant sur la semaine que sur les délais qui sont fixés.

Et donc votre action en tant que cadre de santé, c'est de gérer également ça et de pouvoir dire on décale cette intervention parce que...

[Inf1] A partir du moment où il n'y a pas un contexte d'urgences , pas de contexte médical urgent , bien que normalement dans le contexte ambulatoire il ne doit pas y avoir d'urgences, mais dès qu'il y a une notion de particularité médicale, on n'est plus dans notre domaine de compétence et forcément on se réfère au côté médical ; mais à partir du moment où c'est purement, comme je le disais tout à l'heure, de l'organisationnel , à ce moment-là ça peut être très bien la disponibilité de matériel ; je repense par exemple aux coloscopies, on est capable d'en faire deux voire trois sur la journée , maintenant on a la possibilité, si on me le demande, d'en mettre quatre. Si on a des maintenances de salle ou ce genre de chose ; à ce moment-là nous sommes en capacité de dire oui, non.

Sachant que tout est revu chaque vendredi, on revoit l'ensemble du programme de la semaine suivante ; avec cadre, programmatrice, 1 représentante des infirmières, 1 représentant des aides-soignants, 1 représentant des infirmiers anesthésistes et un anesthésiste systématiquement chaque cellule de programmation. On discute ensemble à ce moment-là de la faisabilité des gestes par rapport aux gestes lui-même et aussi des disponibilités des salles, ressources humaines et ressources matérielles. Donc là c'est la validation ultime où l'on a la possibilité soit de poser des questions aux praticiens si vous avez des questions pour avoir un éclaircissement soit de dire écoutez « ça on est dans la difficulté et on doit revoir par rapport à ça ».

Et aussi, si un chirurgien demande une intervention sur une plage opératoire qui n'est pas la sienne, à ce moment-là, on le renvoie à ces collègues, entre guillemets, propriétaires

de la plage et c'est un accord entre eux, nous on n'intervient pas sur telle plage appartient à tel service. On ne va pas faire la police pour eux, « vous avez besoin de quelque chose en urgences mais ce n'est pas votre plage, ce n'est pas grave, on va prendre celle-là », ils s'arrangent entre eux, nous on est simplement là pour assurer que tout se déroule bien.

Et ils valident les choses en centralisant sur leur propre plage ...

[Inf1] Une fois qu'ils sont d'accords entre eux, mais ça c'est très rare, c'est très sporadique, très ponctuel, là c'est la réponse qu'on leur fait et bien sûr à ce moment-là, il y a une validation par la programmation qui récapitule vous vous êtes arrangé entre nous, on a bien, on entend bien l'une et l'autre voix et seulement et seulement à ce moment-là, on accepte les modifications sur les règles officielles.

Dans ce parcours là, vous disiez que c'était souvent aux chirurgiens de solliciter la cellule de programmation, vous n'intervenez pas du tout en amont, vous n'avez pas de contact avec les médecins généralistes ?

[M1] Mais si, nous on a un contact quand même, quand les patients viennent en consultation d'anesthésie.

Si car quand les patients viennent en consultation d'anesthésie, les médecins généralistes envoient pour un geste chirurgical, donc effectivement c'est plutôt directement au chirurgien, après on a la consultation d'anesthésie et les patients, enfin ça commence à venir mais c'est vraiment rare, car quand ils viennent à la consultation d'anesthésie, il arrive très souvent qu'ils aient ni traitement, ni antécédent ; ils connaissent pas, ils ne comprennent pas, c'est d'ailleurs compliqué par rapport à ça quand ils viennent sans rien ; par contre on envoie de plus en plus souvent une lettre au médecin généraliste pour dire qu'ils ont eu une consultation d'anesthésie et ce qui en a été déduit ; c'est-à-dire soit il n'y a pas de souci auquel cas c'est anesthésie générale, soit ça nécessite également de faire un bilan, par exemple il y a des patients qui viennent avec une décompensation cardiaque entre deux consultations et puis on a besoin d'un avis du cardiologue ; enfin il y a plein de cas de figure comme ça. Et donc on a une relation normale, c'est pas ... parce qu'il y a un nombre de médecins assez important, des gens qui viennent d'assez loin, On aimerait bien justement qu'il y ait auprès des médecins

de ville une explication, entre guillemets, de quoi consiste la consultation d'anesthésie Ce qui n'est pas très connu d'ailleurs, les gens en général ne connaissent pas très bien, ne comprennent pas très bien pour peu que la consultation aille vite, ils vont se dire qu'on les a fait venir pour rien ... l'importance de la consultation d'anesthésie est très peu comprise. Parce qu'en fait on signale des patients à des médecins généralistes, il y a des situations...

J'ai déjà fait des topos sur l'ambulatorio, les notions de jeûne, les notions de ... parce qu'en plus il y a des choses qui évoluent, elles ne sont pas tellement retransmises auprès des patients et c'est ça qui pose des soucis. Et je peux même donner une anecdote par rapport aux gens qui viennent à la consultation d'anesthésie récente ; il y a une aide-soignante la dernière fois dans le couloir qui me demande, parce qu'on lui avait dit de demander directement à l'anesthésiste, elle voulait savoir pour son gamin, pour une consultation d'anesthésie si elle devait venir avec lui, ça donne une idée de la connaissance de la consultation d'anesthésie.

(Arrivée d'un chirurgien en cours d'entretien)

Et donc on a effectivement une relation, et c'est pratiquement obligatoire d'avoir une communication avec la médecine de ville au moment de la consultation d'anesthésie.

Et donc ça se fait à ce moment-là ? Et ensuite au cours de l'intervention, tout ça il n'y a pas forcément de contact et à la sortie ?

[M1] Et à la sortie oui il y a des contacts, il y a la même chose concernant l'ordonnance, les conseils, on donne les numéros de téléphone nous ici ; mais après au niveau de la médecine de ville je ne sais pas ; on leur donne le courrier mais c'est le patient qui y va directement, c'est lui qui l'a.

[M2] De toute façon, il va demander un rendez-vous avec son médecin traitant parce qu'il lui faut son arrêt de travail.

[M1] Oui il y a des petits trucs comme ça qui peuvent être Parce qu'un arrêt de travail

[M2] Il est obligé le lendemain d'aller voir son médecin traitant.

Et si de temps en temps l'arrêt de travail existe déjà ? Je veux dire antérieurement

par le médecin traitant ?

[M2] Et bien c'est rarement de l'ambulatoire ! Nous on fait des hernies inguinales, ils travaillent encore. Nous, l'intervention c'est du fonctionnel, pas du ...

[M1] C'est vrai que l'arrêt de travail c'est fait par la médecine générale.

[M3] C'est fait en ville mais c'est ici à Lille, c'est particulier, c'est pour ça que plusieurs fois les patients demandent des arrêts de travail mais

[M2] Ici on n'a pas de papiers d'arrêt de travail.

Vous disiez ici à Lille, vous avez d'autres expériences ?

[M3] Oui à Paris, c'était à différent.

[M2] c'était l'hôpital qui faisait ça.

Et est-ce que le fait qu'il y ait un arrêt de travail ça vous aide à coordonner ?

[M2] C'est vrai qu'on est sûr qu'ils vont voir leur médecin après.

[M1] Oui je trouve que c'est bien.

[M3] Oui ça oblige le suivi ; c'est vrai moi qui fais des varices, ça oblige les patients à voir si c'est nécessaire une fois, deux fois le médecin généraliste et deux ou trois fois s'il faut prolonger les arrêts de travail.

[M1] Puis, il y a l'anticoagulation, c'est nous qui faisons les prescriptions mais après ...

[M2] Il faut surveiller les plaquettes, et ça c'est le médecin généraliste et pareil pour les antalgiques, moi je pense que c'est pas mal qu'ils aillent les voir le lendemain leur généraliste pour que ce soit réadapté. Donc moi je trouve que justement, le fait que les papiers soient faits par le médecin généraliste, ça les oblige à y aller. Oui moi je trouve que c'est très bien.

A titre d'anecdote puisque je suis médecin généraliste, il y a certains patients qui le demandent, notamment pour les opérations de varices, étant donné qu'il y a un repérage la veille ; ils demandent l'arrêt de la veille pour 15 jours ?

[M3] Oui c'est intéressant Mais ça dépend, maintenant car on a une technique différente, on fait la radiofréquence et la

chirurgie, on propose au patient l'une des deux techniques, c'est lui qui choisit en sachant que la radio fréquence par voie veineuse a l'avantage qu'il est beaucoup moins douloureux, il y a moins d'hématome ; mais ici c'est particulier en France, on continue à donner des (?) Tandis qu'aux Etats Unis les procédures sont (?).

Et sinon en pratique qui s'occupe de la sortie des patients ?

[M1] Tout d'abord il y a l'infirmière, parce que on est dans un service ou l'infirmière elle prend en charge, puis ensuite il y a une signature obligatoire, ça fait partie des critères de l'ambulatoire ; pour pouvoir sortir il doit y avoir la signature du médecin, et nous si c'est le chirurgien ou le gastro et l'anesthésiste ; donc tout le monde s'occupe de la sortie. C'est-à-dire que les chirurgiens la signent, on a imposé ça car en fait on peut avoir qu'une seule signature du point de vue médico-légal, une seule signature de médecin suffit, mais comme le patient doit avoir des consignes d'un point de vue chirurgical et anesthésique, on signe

Donc ce sont les chirurgiens et les anesthésistes qui signent, d'accord ...

[M1] Après ce qui peut être compliqué c'est qu'au niveau des horaires, par exemple si le chirurgien est en train d'opérer et ne va pas pouvoir signer alors que le patient pourrait sortir, parce que des fois on fait la comparaison avec le privé, mais moi dans le privé, et j'en ai bénéficié je n'ai pas vu de médecin à la sortie. J'ai eu tous les papiers, tout ce qu'il fallait mais je n'ai pas vu le médecin à la sortie mais il n'y a pas que moi, c'est assez connu, c'est organisé, c'est protocolé.

Moi j'insiste bien, la chirurgie ambulatoire c'est bien mais il faut que ça soit fait de manière sécurisée, globalement il faut évaluer ce que l'on fait et il faut qu'il y ait une sortie médicalisée.

Il y a quand même une particularité, c'est que nous on fait de la chirurgie viscérale, même les varices je pense, il faut quand même vérifier avant la sortie ; tandis que la traumatologie, c'est quand même plus facile à gérer. C'est moins grave entre guillemets si le médecin ne les voit pas avant la sortie car il programme des rendez-vous. Ce qui est fait aussi d'ailleurs pour la chirurgie, une programmation de consultation donc le patient quand il sort, a tout son courrier, les signatures et le chirurgien qualifie si la sortie est possible du point de vue

chirurgical et donne en plus en général un rendez-vous de consultation ultérieure. Après ça dépend du type de chirurgie ...

[M2] Oui car pour l'injection de botox, ni le chirurgien ni l'anesthésiste ne passent car ils viennent tous les six mois, ils sont très demandeurs de ne voir personne pour que ça aille plus vite.

C'est les patients qui voulaient... d'accord

[M2] C'est de la pathologie du fonctionnel, les faire attendre jusqu'à 17h ça les rend fous ...

Et vous êtes accompagné en salle d'un cadre de santé ou d'une infirmière ?

[M2] Moi, je suis toujours accompagnée du cadre de santé (rire et regard avec le cadre de santé présent sur place lors de l'entretien).

Il y a l'infirmière, pour les sorties c'est l'infirmière.

Et est-ce que les informations échangées sont personnalisées par rapport aux patients, par rapport à l'intervention ?

[M3] Oui bien sûr, en gros il y a des gestes qui sont répétitifs en général et s'il y a trop de souci on communique énormément.

[M2] On dit monsieur à monsieur et madame à madame ... (rire)

[M3] On a des patients assez lourds que l'on fait quand même en ambulatoire, c'est pour ça qu'on discute entre nous.

Et est-ce que vous avez des lettres types ?

[M2] En consultation d'anesthésie oui.

[Inf1] Même en chirurgie, il existe quelques lettres types mais ce ne sont pas celles qui sont le plus utilisées, enfin je veux dire qu'on a encore la chance d'avoir le courrier personnalisé quand c'est possible. Parfois, après les impératifs, le chirurgien continue sur une autre activité ou sur le plateau technique là-haut et là on utilise plus les courriers un petit peu systématisés sur lesquels on leur demande si il y a des particularités que vous voudriez ajouter ou des lettres types ; et à ce moment là soit il le fait à la main soit il y a un petit complément qui est fait par rapport au courrier type

Est-ce que vous avez d'autres éléments par rapport au déroulement de cette organisation ?

[M1] En ce qui concerne l'ambulatoire ?

[Inf1] Ce qui est certain c'est que chaque patient quand il sort le soir, il sort forcément avec son courrier de sortie et son compte rendu ; c'est une obligation qu'on s'est fixée, il n'y a pas de dérogation à ce genre de chose. A partir du moment où ils sont en ambulatoire, ils sortent le soir et donc ils sortent avec l'ensemble de leur courrier.

Et qui est en charge de vérifier ça ?

[M1] Infirmière et cadre de santé.

[Inf1] Au niveau du secrétariat, dans le postulat de départ, elles ont la cassette du compte rendu du courrier dicté et il faut que le soir ce soit sorti ; et on a la possibilité, par un système informatisé de le sortir directement au niveau de l'hôpital de jour et elles sortent les courriers et c'est relu par le chirurgien qui signe les courriers et lettres de sortie. Les patients sortent avec ce courrier au moment où on les remet à la rue.

[M1] Les infirmières sont vraiment à l'affût de tout ça, d'ailleurs quand on voit toujours dans les documents concernant la chirurgie ambulatoire, on parle toujours du personnel dédié, Il faut vraiment que ce soit du personnel formé entre guillemets à ce type d'organisation parce que ça change vraiment tout. Dans les structures conventionnelles, les infirmières, c'est le genre de choses auxquelles elles ne vont pas beaucoup s'attarder alors que là il y a une vraie dynamique, elles vont harceler le chirurgien ou le gastro-entérologue pour avoir un courrier de sortie, elles vont être à l'affût de tout ça. Elles vont bouger les patients, à la limite ils vont dormir tout l'après-midi mais là il faut les bouger un peu ...

[Inf1] C'est vraiment un indicateur que l'on peut avoir à 100%, c'est celui où l'on ne se pose même pas la question, on sait que forcément c'est fait sinon on n'a pas rempli notre contrat.

Et donc les courriers sont des courriers papiers ? Est-ce que vous avez envisagé d'autre mode ?

[M1] Oui je crois qu'on va rester sur le papier ... du moment qu'on ne revient pas au papyrus (rire)

[Inf1] C'est une politique institutionnelle, on n'a pas encore de lien avec la médecine générale où on envoie via Apicrypt ou je ne sais pas quoi, ça non. Mais ça ce n'est pas purement dans notre service, c'est au CHRU.

[M1] Déjà on ne communique pas entre nous au CHU, les différents outils informatiques par exemple Diane, notre outil anesthésie ne communique pas avec d'autres outils. Donc déjà on va mettre en conformité les ordinateurs....

[Inf1] On va déjà connecter les interfaces entre eux. Par contre, pour le dossier patient, ici Sillage, qui lui est assez récent, est visible et consultable par chaque praticien avec l'historique ; quel que soit le service dans lequel il est. A partir du moment où vous avez le pedigree « docteur », vous avez la possibilité d'aller quel que soit service...
(Téléphone)

[M1] Mais on ne dit pas « pedigree » pour un docteur ... (rire)

Donc ce n'est pas accessible à un non médecin ?

[M1] Non pour l'instant mais il y a des choses qui sont accessibles par les non médecins mais pas les courriers par exemple. Mais notamment pour la programmation, elles utilisent Sillage et Diane, qui est notre outil en anesthésie, après on a un code différent médecins ou non médecin, elles ont donc les informations d'un nom médecin mais pas courriers de sortie.

Est-ce qu'il vous arrive de téléphoner directement à un médecin généraliste ?

[M2] En consultation d'anesthésie oui, quand les patients arrivent sans ordonnance, « le cachet bleu pour ceux-ci et le cachet rose pour cela », « je crois que j'ai fait un problème au cœur » ...

[M3] Les anticoagulants c'est un cauchemar à essayer d'avoir des réponses exactes

[M1] Oui c'est quelque chose qu'on devrait travailler ensemble ; c'est les arrêts des anticoagulants...

[M3] Si vous pensez que les patients ont besoin d'une chirurgie, il faut arrêter d'avantage l'arixtra, l'Innohep , c'est un cauchemar.

[M2] Tout est écrit dans l'HAS, il suffit de lire et ils savent tout ! Il n'y a rien à travailler, c'est une histoire de connaissance. C'est se mettre au courant des

[M3] « il a arrêté l'Arixtra il y a deux jours »

[M2] C'est des médecins qui ne se mettent

pas au courant tout simplement.

[M1] Mais il faut déjà qu'il soit au courant qu'il va y avoir une intervention !

[M2] Aussi oui ... mais là j'imagine que c'est des gens hospitalisés en plus, donc si déjà au sein de l'hôpital on n'est pas au courant des dernières règles, pourquoi ils le seraient en ville.

Et pour aller un peu plus loin sur les « recos » des anticoagulants ... ?

[M1] A bah ca on n'aime pas nous, globalement (rire)

[M3] Il y en a qu'on utilise plus car il y a eu des soucis, c'est dans les dernières publications et ils ont sorti un nouveau mais je ne m'en souviens pas trop bien ... PLavix + antiagrégants plaquettaires qui pour le moment est le plus utilisé mais ce n'est pas pour l'autre qu'il a plus d'intérêt....

[M2] Mais nous c'est du programmé donc ce n'est pas un souci, ils sont arrêtés.

Et donc dans les consignes que vous donnez aux médecins généralistes, vous donnez par l'intermédiaire du patient ou directement en rappelant les consignes ?

[M2] Oui souvent c'est un courrier qu'on donne aux patients.

[M3] Oui au début de la consultation, on pose la question de tous les anticoagulants avec les anesthésistes pour les arrêter, au moment de la consultation d'anesthésie.

Que pensez-vous de votre implication dans la prise en charge du patient autour de cette coordination ? Est-ce que c'est important ou pas cette coordination ?

[M2] Entre ?

Entre la programmation ? Entre les chirurgiens et les patients ? Non entre patients, généralistes, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, cadres de sante ?

[M1] Bah oui, est-ce que c'est important, oui c'est primordial.

Mais comment vous le vivez au quotidien ? Vous avez parlé tout à l'heure de la réunion du vendredi qui définit la programmation.

[Inf1] Non pas qui définit, qui confirme la programmation et qui valide une fois pour toute qu'on est bien dans un cadre totalement sécuritaire où l'on a quasiment prévu tout ce qui pouvait arriver.

Donc la semaine, elle est cadrée, elle est prévue. Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui permettent d'assurer une bonne coordination, d'autres types de réunions ou de procédures ?

[M1] Bien sûr, il y a l'organisation principale, globale qui se fait bien avant. C'est-à-dire qu'il y a des conseils de cliniques, conseils de pôles qui ont pour but de finaliser l'organisation ; c'est-à-dire voilà, on fait tel type d'activité, tel type de chirurgien va utiliser telle plage, ça c'est fait vraiment en amont. Après il y a des trucs un peu plus ..., par exemple l'anesthésie, on a des réunions de clinique et d'anesthésie qui nous permettent de travailler sur l'organisation de manière bête sur l'anesthésie. On nous demande même des revues de morbi-mortalité.

Au niveau des réunions il y a aussi ...

[Inf1] Vous avez aussi des fois des échanges informels qui se mettent en place devant un dysfonctionnement mineur ou majeur. On a été confronté à cette difficulté là où un développement d'activité fait que maintenant on est face à ce souci, et on réunit les personnes concernées pour essayer de régler les problèmes.

Et donc, ça c'est de façon informelle, mais les réunions cliniques et de pôles, ça c'est des choses qui sont formalisées, et à quel rythme ?

[M1] C'est moi qui décide des dates en gros, mais c'est en moyenne trois par an, trois à quatre par an.

Et les revues de morbi-mortalité ?

[M1] Alors ça du côté anesthésie, on en fait pareil, peut-être même un peu plus, c'est par période ...

[M2] De toute façon ce n'est pas l'ambulatoire qui pose le plus de souci ; en fait les soucis c'est quand ils sortent de l'ambulatoire. Quand on se dit, le patient ne va pas sortir ce soir, il faut lui trouver un lit.

Et comment ça se passe ?

[M2] C'est le praticien qui prend en charge, le gastro-entérologue cherche une place en

gastro-entérologie ; le chirurgien de tel service cherche de la place dans son service.

[M1] Ca s'est protocolé.

[M2] Mais c'est déjà arrivé qu'il n'y ait pas de place ...

Et le praticien est seul pour faire ça ?

[A2] Avec sa cadre oui...

[In1] Ça arrive parfois que ... je ne sais pas par exemple je vais prendre le service de T, Ils ne peuvent pas le faire sortir, mais il n'y a pas de place chez lui mais on sait qu'il reste des places en Uro alors c'est l'Uro qui va l'accepter sous conditions que ce soit le chirurgien vasculaire qui aille voir le patient dans le service d'urologie, le temps qu'une place se libère. Après c'est un arrangement entre services avec le praticien, le cadre, pour dire voilà, on a un patient à admettre et il faut qu'on lui trouve un point de chute pour ce soir. Après dès qu'on a passé l'épisode un peu difficile, il peut s'inscrire dans un parcours plus logique.

Et vous en tant que cadre de ce service, vous êtes sollicités dans ces situations-là ?

[Inf] Peu, parce que je ne suis pas propriétaire des lits chez eux : moi j'héberge personne ; on a un hôpital de jour mais ils sortent tous les soirs donc en aucune manière on ne peut répondre, après ça devient leurs patients. On ne peut pas dire qu'on est prestataire mais ...

[M2] Si, on est un plateau technique

[Inf1] On ne peut pas trouver de solution d'hébergement car on n'a aucun hébergement. Et je ne vais pas aller faire de l'ingérence dans ce que font mes collègues dans les étages pour leur dire quoique ce soit.

Mais il y a quand même la possibilité de dire ... ?

[Inf1] Non c'est eux qui s'arrangent entre eux, je veux dire ils sont quelque part maître chez eux, je ne vais pas dire il va aller en urologie ... hormis quand je suis de garde, mais c'est en dehors des horaires de l'ambulatoire, et là j'interviens comme cadre de garde aux urgences par exemple, mais plus dans le cadre de l'ambulatoire.

Est-ce que vous avez d'autres choses sur la coordination et sur le vécu de cette coordination ?

[M1] A part le fait que, ce que je disais initialement, quand on fait que de l'ambulatoire, l'organisation centrée sur le patient, c'est des mots mais c'est vraiment ce qui se passe. Et ça c'est tout à fait faisable dans une structure qui fait que de l'ambulatoire, c'est à la fois obligatoire et faisable.

Après ce qui est compliqué, c'est quand on mélange dans une même structure plusieurs types d'activités, ambulatoires, non ambulatoires, urgences, non urgences Et là ça devient plus difficile à gérer. Mais en ce qui concerne l'organisation de l'ambulatoire, il y a des soucis, par exemple des débuts, car comme ça doit tourner en permanence il faut que ça tourne bien parce que le patient il rentre le matin et il sort le soir donc il faut que tout soit « pilepoil ». Chaque chose qui dysfonctionne peut avoir des conséquences importantes, notamment que le patient ne puisse pas sortir le soir parce que si le bloc passe trop tard il va être obligé de rester ; c'est une conséquence importante pour nous parce que c'est un échec. Et donc le matin on peut avoir des soucis avec l'arrivée sur le CHR notamment, parce qu'il y a beaucoup d'embouteillage, les gens vont mettre un temps fou pour arriver. Ça c'est un problème mais c'est plein de petites choses comme ça qui à chaque fois ...

Après la coordination des soins c'est aussi que tout le monde doit être à l'heure, que tout le monde doit se coordonner, avoir le bon matériel au bon moment ...

Puis après pour résumer un tout petit peu, les relations avec la ville on en a une. Il y a d'abord le médecin généraliste puis ça passe par le chirurgien ... C'est un peu compliqué d'avoir un lieu pour pouvoir s'exprimer ou des réunions avec la médecine de ville ; ça pourrait être intéressant pour l'information sur toutes les prises en charge à l'hôpital.

[M2] Une fois il y avait une interne qui faisait une étude sur les douleurs après hernie inguinale, une interne de la douleur, elle avait sollicité les médecins généralistes de chaque patient. Je crois qu'elle a eu zéro réponse. Donc de l'autre côté les médecins généralistes n'étaient pas intéressés pour donner suite dans l'évaluation de la douleur de leurs patients qui sont pris en charge chez nous, C'est marrant parce qu'elle me disait, elle-même interne de médecine générale, les médecins généralistes sont très avides de renseignements hospitaliers etcetera, mais quand on demande l'inverse, c'est toujours difficile....

[M1] C'est un bon exemple ce que vient de dire Patricia ; dans les hernies inguinales, c'est ce qui donne le plus de douleurs chroniques, le taux de douleurs chroniques est très important, et ça peut être invalidant parce qu'on part se faire opérer d'une hernie inguinale, c'est quand même assez banal alors si on se retrouve avec des douleurs chroniques invalidantes c'est embêtant. Alors ça, ça fait partie des choses que l'on peut travailler car que ce soit ambulatoire ou pas, le patient sort deux jours après donc ça ne va pas changer la phase du monde mais en même temps le post opératoire de ce types de chirurgie, il peut être intéressant d'avoir un relais auprès de la médecine de ville à la fois pour prévenir ce type de douleur. Maintenant on sait, enfin on a des traitements qui peuvent limiter les douleurs chroniques et ça ferait partie aussi des choses qui seraient intéressantes à travailler.

Est-ce que vous avez des contacts avec les infirmiers de ville, les kinés ?

[M2] Non

[M3] Pour des cas très spécifiques

Et vous dans votre spécialité avec les angiologues ?

[M3] Nos relations ? (*rires*) oui, on a d'assez bonnes relations, ça dépend de la situation, il y a des angiologues qui font des actes chirurgicaux et sinon on a des filières qui sont très bonnes.

Comme ils disent eux, « ce sont des patients pour l'hôpital ». Ce sont des patients très lourds, on opère des malformations cardiaques, sous Préviscan, hémophiles, des varices énormes pour la troisième ou quatrième fois, qui font être 130 et 180kg

[M1] Les relations sont très bonnes dans ce sens-là !

[M3] dans ce sens-là , on demande de suivre un petit peu le patient ou de nous donner des renseignements, « Ah non je ne suis pas dans mon cabinet », On demande des précisions sur des anciens examens, c'est un peu compliqué...

Donc vous avez cité des pistes de modifications ; Est ce que vous auriez d'autres souhaits pour améliorer cette coordination ? Vous avez cité l'explicitation de la consultation d'anesthésie, peut-être par une formation aux médecins généralistes, les arrêts de travail qui sont

un élément important ; les anticoagulants ; les réunions avec les médecins généralistes et justement sur le fonctionnement ?

[M1] Réunions ou que ça rentre dans la formation médicale continue, des choses comme ça. J'ai déjà participé à cette formation médecine continue et j'ai trouvé que c'était intéressant, pas parce que c'est moi qui les ai présentées mais surtout parce que j'avais un retour de ce qui n'était pas connu par rapport à tout ça. A un moment donné, on avait très peur, tout le monde parlait de la peur des médecins généralistes par rapport à la chirurgie ambulatoire ; en mon sens, ils s'imaginaient avoir une charge de travail supplémentaire alors que le principe de la chirurgie ambulatoire, c'est quand même que quand les gens sortent c'est qu'il n'y a pas de problème ; donc ça ne donnera pas de travail supplémentaire au généraliste. C'est important qu'ils sachent que leur patient est opéré mais quelle que soit la durée de l'hospitalisation, c'est aussi important.

Et donc il y a des peurs, comme toutes les peurs quand on ne connaît pas du tout, et comme ce n'était pas connu, on pensait que les gens allaient sortir avec des drains, des machins, etcetera ... et du coup effectivement...

Du coup c'est important d'avoir une communication dans un sens et dans l'autre pour limiter les peurs. Et autant la chirurgie est relativement connue, car pendant toute la formation on parle beaucoup de chirurgie (dans la formation médicale je veux dire) autant l'anesthésie est très peu enseignée et peu valorisée dans la formation. Et donc ce qui fait qu'après quand on est installé en ville, connaître un anesthésiste, on ne voit pas bien ce que ça fait.

Sachant que la moyenne d'âge des médecins installés est relativement élevée...

[M1] Oui j'ai eu une grande surprise quand j'ai fait cette formation, en plus ça paraît très important, j'insiste dessus, la particularité de l'ambulatoire c'est que les consignes doivent être bien comprises par le patient ; donc par définition si elles doivent être bien comprises par le patient, elles doivent être connues des médecins généralistes et notamment comme la notion de jeûne, il y a des choses qui évoluent ; maintenant on a le droit de boire liquide le matin, enfin il y a des choses comme ça. ... pour peu qu'ils soient tombés sur un médecin qui leur a dit « je n'ai pas le droit de

boire, je n'ai pas le droit de prendre mes médicaments » alors qu'il y a des médicaments qu'il ne faut absolument pas arrêter ; c'est des choses comme ça à connaître. Et que si le patient est au courant, il faut aussi que le médecin soit au courant de l'évolution quoi. Sinon ça fait un peu ...

Il y a pas mal de choses qui circulent effectivement ...

[M1] Oui oui oui, il y a tout et son contraire.

[M2] Nous la dernière fois c'était le jeûne du ramadan qui était confondu avec le jeûne chirurgical. Il a vomi trippes et boyaux ...

[M1] Oui c'est ça ...

[M2] Il avait arrêté de manger jusqu'au lever du soleil donc pour lui il était à jeun. Il a vomi trippes et boyaux ... C'est pareil pour le mec qui avait mangé avant minuit mais de la carbonnade avec de la bière ! Ils confondent jeûne, repas léger et dernier repas avant la chirurgie. C'est vrai qu'il y a pas de choses comme ça qui ...

Et comment souhaiteriez-vous que l'information diffuse? Donc réunions FMC, vous avez envisagé d'autres moyens ?

[M2] Il y a un courrier ou tout est expliqué normalement. Moi j'explique au médecin généraliste, voilà je lui ai dit de prendre ses bêtabloquants le matin du geste, il a le droit de boire jusqu'à quatre heures avant, normalement tout est sur le courrier. Manifestement ça ne rentre pas dans un dialogue entre le patient et le médecin. Donc c'est écrit, c'est dit au patient et pourtant une fois sur deux le patient c'est « non j'ai rien pris je dois être à jeun », « Mais je vous ai dit qu'il fallait prendre les bêtabloquants », on leur redit la veille, on prend en charge des patients en ambulatoire avec des 25 de tension ! Parce les gens n'ont pas voulu prendre leur traitement, tellement ils voulaient respecter le jeûne scrupuleusement. Donc c'est aussi un apprentissage des patients mais je crois que c'est un ensemble.

[M1] On parle des médecins généralistes mais les infirmières dans les services qui mettent à jeun.. à jeun...

[M2] Et il y a ceux qui donnent le petit déjeuner, « parce ce que c'était cet après-midi alors ... on n'allait pas le laisser à jeun. » Alors en plus c'est pour des gestes digestifs, les gens en subocclusion qui ont pris leur petit déjeuner ... Ce n'est pas que la médecine de ville, juste au sein de l'hôpital c'est

l'incompréhension, alors que faire pour changer cela ? Je ne sais pas

Moi je suis tentée justement de mettre des jeûnes stricts au départ.

[M1] Comme mode de communication, il y a le réseau ville-hôpital, des réunions qui sont faites pour développer, communiquer autour de ça.

[Inf1] Oui mais ce qui n'est pas évident aussi, c'est que les médecins généralistes ne travaillent pas avec un endroit mais avec plusieurs et les différents établissements ont des discours différents. Et tout à l'heure tu disais s'ils ont des questions, il faut qu'ils aillent par exemple sur le site de l'HAS pour reprendre ton exemple de l'anticoagulation, les textes se proposent à tout le monde mais sur certaines pratiques, ils sont faits un peu de façon définie comme le protocole local de tel ou tel établissement qui n'est pas celui d'un autre, d'autant plus que en périphérie lilloise ou dans le Nord Pas de Calais, on a quand même un nombre d'établissements susceptibles de prendre en charge les patients ; après ça dépend du seul généraliste et avec quels spécialistes il travaille. Alors en fonction, il y en a certains qui acceptent de venir et d'autres non (...je ne veux pas aller à Lille).

[M2] C'est pour ça que c'est très important, pour nous en anesthésie, quand on dit « il faut prendre tel médicament », ou « qu'il faut arrêter un anticoagulant », qu'il y ait une trace écrite et qu'elle soit adressée au médecin généraliste. Et si l'anesthésiste n'écrit pas de courrier à la fin de ses consultations, c'est bien un souci, c'est pour ça que la CPAM a majoré le courrier en fin de consultation d'anesthésie pour que ce soit écrit.

Mais si ce n'est pas fait bien évidemment le généraliste ne peut pas le « sucer de son pouce ». Après, moi je ne sais pas mais si l'anesthésiste veut que tu manges des fraises une heure avant, c'est écrit, c'est bon.

[Inf1] Mais tu sais à certains moments, les généralistes envoient les patients voir un chir ou ...« je vois la dame que je connais, le procto hier », et le généraliste sait que le patient va être pris en charge mais il n'a pas de date car il n'a pas eu d'information et il n'a pas eu toutes les modalités qui sont envisagées,

[M2] Et ils ne voient pas ce que c'est ...

[Inf1] Les proctos ils voient beaucoup de

monde, je prends cet exemple la mais..

[M2] Je suis d'accord avec vous ... mais nous, nous ne sommes pas au courant de nouveaux gestes qui sont faits chez nous. Il n'y a plus de réunion d'informations comme on faisait avant avec les techniques chirurgicales, voilà comment ça va se passer...

[M1] Ça existe avec les trucs lourds du Pr T. mais c'est vrai que ça pourrait...

[Inf1] Le système analytique du Dr Z. va mettre en place un ... venant de je ne sais pas où, j'ai reçu le matériel, ce n'est pas encore en route, ça va être en route, personne n'est au courant, je lui ai demandé « tu veux mettre ça quand », pas pour l'instant mais ça va arriver, j'en ai rien à foutre quoi ...

[M2] Le protocole « a venir » pour les fistules anales, c'est un nouveau truc pour faire le drainage des fistules anales et dans un deuxième temps l'injection de cellules souches, bah, ça vient de tomber, je vois là dame en consultation, je vais vous mettre des antibiotiques, « ah non l'arc m'a dit qu'il ne fallait pas mettre d'antibiotique », « ah bon ! »

[M1] Oui c'est des points de communication.

[M2] Mais oui, mais pourquoi l'anesthésiste n'est pas au courant, après j'ai été voir l'arc, et en fait c'est la dame qui s'est trompée, c'était « pas de corticoïdes » ! Mais pourquoi dans ces réunion-là, il n'y aurait pas un anesthésiste qui serait au courant, c'est quand même nous qui les prenons en charge.

Les hémorroïdes c'est pareil, ça nous est tombé dessus, et c'était pour l'ambulatorio, on se parlait mais c'était du bouche à oreille parce que le chirurgien l'a dit à l'anesthésiste et on a mis nos protocoles d'antalgiques ; mais nous, il n'y a plus de réunion, on est plus au courant de rien, et après comment veux-tu que les médecins généralistes soient au courant.

[Inf1] Le travail de la médecine de ville si vous voulez c'est de venir pour essayer de s'informer ... (rire)

[M2] Voilà mais déjà nous au sein de nous-mêmes on n'a pas l'information, c'est ce que l'on disait, comment veux-tu que les médecins généralistes C'est sûr c'est difficile.

[M1] Oui qui peut le plus peut le moins ...

[M2] On en a déjà parlé entre nous.

Il y a peut-être une action conjointe qui

peut être faite ?

[M2] Nous, ce qui est difficile, c'est que c'est beaucoup de praticiens qui utilisent notre plateau. Donc je ne sais pas qui ils informent mais c'est vrai que...

[M1] Dans la vraie vie, chacun veut son petit truc...

[Inf1] Ce que dit Patricia est vrai, on a entre 35 et 40 praticiens.

[M1] Et à chaque fois qu'ils mettent en place un truc, ils ont l'impression que tout le monde en parle, ils ont que ça dans la tête donc par définition tout le monde est au courant.

[Inf1] Ici c'est quand même un centre hospitalier universitaire, on fait de la recherche, la clinique c'est toujours les mêmes praticiens, sans interne...

[M2] Oui mais moi je pense qu'à chaque fois qu'il y a un geste sous anesthésie générale, il faut convoquer l'anesthésiste dans leur réunion...

[Inf1] Mais Patricia, est ce que tu pourras aller avec tous les services avec lesquels on travaille, étant donné que vous êtes déjà pas en nombre suffisant sur le plateau technique, est ce que tu arriveras facilement à te détacher alors qu'ils ont tous des heures....

[M2] Bah au moins te proposer pour t'avertir. Au moins t'informer, au moins te mettre dans la mail liste

[Inf1] Ce que je veux dire c'est que ce sera difficilement possible

[M1] Oui puis à chaque fois qu'on organise une réunion et tout ça il n'y a jamais personne qui peut venir.

[M2] Oui mais bon, heureusement que j'ai croisé l'arc hier, on a discuté.

[M1] Bah normalement c'est elle qui aurait dû venir te voir. Parce que dans un protocole d'anesthésie générale, ça rejoint ce qu'on disait, personne ne sait que les anesthésistes existent. Mais sérieusement, c'est un protocole que tu pourrais refuser, tu pourrais refuser de faire une anesthésie générale pour un protocole. Il faut qu'il vienne te voir, te dise : là il y a un protocole, il y a la part anesthésie. Quand tu fais un protocole de recherche, si tu utilises tel ou tel produit d'anesthésie, peut être que ça va avoir des conséquences, donc c'est une faute de l'arc ; autant il y a des activités

nouvelles, le responsable c'est l'opérateur mais là, ils ont des actes alors ils doivent avoir un peu de temps pour pouvoir voir l'anesthésiste. Bref c'est un peu hors sujet

Pas tant que ça je trouve.

[M1] Oui la communication c'est partout pareil ...

C'est l'intérêt de l'exploratoire, c'est que le frein n'est pas où on le suppose, là visiblement, vous avez mis en évidence quelques freins intrahospitaliers et extrahospitaliers, alors après ce sera intéressant et ça va être l'objet du protocole, d'avoir le point de vue de l'ensemble des acteurs, le patient, le médecin généraliste, l'infirmier, le kiné.... On devrait avoir tous les leviers et tous les freins et se dire que «un nouveau protocole pour les hémorroïdes arrive, est ce que ça pourrait être intéressant d'avoir une information et quelle type d'information, et comment elle diffuse, et comment on vérifie qu'elle est bien diffusée ? »

[M2] Et après il y a la méconnaissance en ville, il y a une dame dont j'ai eu un coup de téléphone 15 jours après son intervention, elle avait une éruption. Son médecin généraliste lui a dit : c'est l'anesthésie. Un dermatologue en ville lui a dit : ça c'est l'anesthésie générale. J'ai eu le coup de téléphone, je lui ai dit, « non ce n'est pas possible »

[M1] Là, on ne nous oublie plus d'un seul coup...

[M2] En fait, dès qu'il y a quelque chose que l'on ne comprend pas c'est l'anesthésie générale. J'avais eu le même cas d'une dame qui avait eu une résection de polypes par coloscopie, en fait elle a fait une allergie au liquide qui soulève le polype, au bleu d'indigo, en fait quand elle est sortie, elle avait gonflée et il y avait marqué sur le courrier « allergie à l'anesthésie générale » mais on n'était même pas au courant. Je l'ai revue en consultation d'anesthésie, elle me dit « j'ai vraiment fait un souci la dernière fois »... Et donc on a regardé avec F. et lui, il a testé et c'était vraiment au bleu d'indigo. Et c'était noté nulle part ! C'est comme un monsieur qui me dit « je n'ai pas supporté ma cure de fistule anale ; pendant 5 jours, j'avais la tête qui tournait, envie de vomir et envie de dormir » ; coup de téléphone de l'arc, il a pris ses antalgiques consciencieusement et il a fait tous les effets indésirables des antalgiques ; ce n'est pas l'anesthésie qui fait dormir et vomir pendant 5 jours. Et il me dit : le médecin généraliste a

toute sa place dedans.

[M1] En effet, la connaissance des effets secondaires c'est important. A la sortie, ça fait plus beaucoup d'effet... les allergies elles, existent tout de suite. C'est comme un homme qui en sortant de l'ambulatorio, avait fait un vol et agressé quelqu'un et on nous a accusé ; ils nous ont dit que c'était dû à l'anesthésie. C'est le médecin généraliste d'ailleurs qui avait demandé s'il n'y avait pas un impact ; il voulait un certificat comme quoi il avait eu une anesthésie et qu'à cause de ça il était allé trucider quelqu'un... (rire)

[M3] C'est une excuse pour tuer sa belle-mère ... (rire)

[Inf1] Ca désinhibe c'est bien connu ! (rire)

[M3] Je ne sais pas si vous en avez parlé mais il faut en parler ; il y a les infirmières la veille qui appellent les patients pour les informer de l'hospitalisation, il faut que vous veniez à jeun. C'est génial.

[M2] Et elles rappellent le lendemain aussi.

[Inf1] On a un appel la veille systématique et l'appel du lendemain ne se fait que sur les pathologies chirurgicales. L'appel de la veille est fait par les infirmières de l'unité Lenoir, l'unité d'hébergement de l'hôpital de jour ; elles ne sont pas systématiquement obligées d'avoir le patient au téléphone, car parfois le patient n'est pas disponible ou il rappelle à des heures où malheureusement le service est fermé. En tout cas, elles laissent leurs coordonnées. Quand elles ont la personne au téléphone, elles rappellent l'heure de venue, elles demandent si ils ont bien compris les consignes et éventuellement leur rappellent les consignes, les plus grandes consignes, très rapidement, et elles peuvent répondre à toutes les questions. Quand elles n'ont pas les personnes directement, elles laissent la possibilité aux patients de les joindre au cas où : « vous pouvez rappeler à telle heure à tel numéro ».

Et est ce qu'elles ont accès notamment aux courriers que vous faites ?

[M2] Oui, elles appellent après que nous soyons passés pour donner les consignes préopératoires.

Donc si l y a arrêt des B bloquants ?

[M1] C'est pour ça que dans notre structure, on limite tous les gags, parce qu'on a quand même l'information, on le note, elles sont

écrites et après elles appellent. Ça fait quand même trois choses donc normalement c'est rentré.

[Inf1] Les anesthésistes passent la veille voir les dossiers pour le lendemain. Quand l'anesthésiste a vu les dossiers pour le lendemain, l'infirmière commence à appeler les différents patients pour leur rappeler et leur donner les consignes qui ont été données par le médecin anesthésiste.

Et ça c'est fait systématiquement en ambulatorio.

Merci pour cet entretien très riche....

Entretien de thèse n°2 [M4]

Pour faire de l'endoscopie ambulatoire, on n'a pas attendu la création du CMCA, c'est plutôt une question d'opportunité. La création du concept tient à s'alimenter dans l'endoscopie digestive qui avait inventé le concept sans le savoir, qui faisait de la prose sans le savoir, qui faisait de l'ambulatorio bien auparavant. Moi je suis endoscopiste, et 80% du chiffre d'affaire ici c'est de l'endoscopie. Même si lorsqu'on fait un reportage, on montre le bloc alors qu'on fait trois cholécystectomies par an. Par contre, il y aurait beaucoup de choses à dire sur l'endoscopie digestive, l'endoscopie qui est pratiquée en ambulatorio et la coordination des soins avec la médecine de ville. Là il y aurait des choses à dire....

C'est quand même un aspect assez particulier auquel tu ne t'attendais pas d'emblée quand on t'a parlé de ça. Ça c'est la première chose.

La deuxième chose c'est que toute l'endoscopie ne se fait pas ; l'endoscopie digestive, il y a une partie de l'endoscopie digestive qui s'appelle l'endoscopie interventionnelle qui consiste à faire des gestes qu'on faisait autrefois par chirurgie, par exemple pour enlever une lithiase du cholédoque sous forme de cathétérisme rétrograde ; cela se fait sur le plateau technique sans être de l'ambulatorio, sans être de l'activité programmée car c'est souvent de l'activité urgente. D'où la difficulté pour intégrer la chirurgie ambulatoire dont il s'agit politiquement de développer une activité qui elle, regroupe toute l'endoscopie digestive qui n'est pas de l'ambulatorio.

Inversement, c'est une activité qui est pratiquée sur la structure ambulatoire, et qui ne peut s'exercer que dans le cas d'une

coordination effectivement. C'est en cela très particulier à l'endoscopie interventionnelle, qu'on est amené à faire des fois dans des conditions très ambulatoires, parfois abusivement ambulatoires ; que inversement pour se rattraper toute l'importance de la coordination des soins avec le médecin de ville.

En pratique, c'est une coordination pas stricto sensu avec la médecine de ville mais avec les médecins gastro-entérologues correspondants, ceux-ci étant soit à l'hôpital soit en clinique. C'est-à-dire qu'il y a des gens de l'hôpital de Valenciennes qui viennent pour un cathétérisme rétrograde, il y a 20ans c'était une chirurgie qui nécessitait trois semaines d'hospitalisation. Aujourd'hui, le patient part à 11h du matin de l'hôpital de Valenciennes, il vient en ambulatoire ici, on lui fait son cathé et il repart à Valenciennes. Mais il y a là un aspect que l'on imagine volontiers de coordination au niveau de deux choses, tout d'abord au niveau de la programmation, parce qu'il faut que le geste soit programmé, faut qu'il soit attendu, faut qu'il ait eu sa consultation d'anesthésie, faut qu'il ait tout ça, réalisation du geste, et après, au retour, prise en charge par les médecins initiaux du geste avec tout ça que ça suppose que ça soit au niveau transmission des informations, coordination des soins et tout ça.

Donc il y aurait des choses à dire sur ces choses-là, ce que je t'avais dit d'emblée quand je t'ai eu au téléphone, qui ne sont peut-être pas tout à fait ce que tu imaginais au départ. Mais je pense qu'il y aurait des choses à dire sur ce sujet-là.

Et personne ne souhaite le mettre en évidence. Le concept est vraiment novateur que s'il ne l'applique pas à l'endoscopie digestive. Voilà, mais en même temps si il n'y avait pas l'endoscopie digestive, ce serait un concept qui serait un petit peu vide ... Mais en même temps il y a un peu d'ambiguïté, ce concept est porté par les médecins anesthésistes ... enfin bref ... Il y a beaucoup de choses à dire qu'on pourra développer ultérieurement. Donc à mon avis ton sujet de thèse est intéressant et il y a assurément des choses à dire. Alors je ne sais de quelle manière je peux être amené à t'aider, tu peux faire un premier jet, je ne sais pas ce qu'il comportera, je pourrais te relire et te dire il y a ça à développer, ça à rajouter ...

Moi je suis tout à fait d'accord, parfois Faire des thèses sur ce genres de sujets car en effet il y a des choses à dire, des choses dont les conclusions peuvent avoir une portée pratique

sur la manière dont on travaille, et aussi mettre en évidence ce que l'on fait.

Justement comment se déroulent les choses concrètement et comment voyez-vous cette coordination au sein de votre service ? Actuellement ?

En pratique, ça se passe bien mais ça se passe avec des petits bouts de ficelles. Oui, il faut arriver à théoriser les choses. Bah là en pratique, on a surtout un système central qui est l'infirmière programmatrice. C'est des infirmières qui sont là, qui sont des standardistes, qui passent leur vie au téléphone à gérer la demande des examens, c'est à dire à prendre en charge. Le plus simple c'est sous forme de bon, ou par téléphone, qui demande un examen, et en ce qui me concerne, l'examen d'endoscopie digestive et donc à partir de là, à trouver une consultation d'anesthésie, un lit, à adresser aux patients toutes les informations, à adresser au patient les rendez-vous.

Le patient vient faire son examen. On a derrière un secrétariat qui est censé taper le compte-rendu le jour même, car c'est très important dans l'ambulatoire. Comme les gens repartent, il faut leur courrier ; idéalement ils repartent avec leur lettre, mais en sachant que tous les patients ne peuvent pas avoir leur lettre donc, sur Sillage, il faut qu'à 17h, quand les patients repartent dans un service hospitalier que le courrier soit sur Sillage ou sinon avec une lettre fermée pour le médecin correspondant avec la lettre. C'est très important. Malheureusement ça ne peut pas toujours se faire d'où le rôle des mails, des téléphones et des trucs comme ça, du bricolage qui se fait comme ça.

Que vous utilisez ?

Qu'on utilise beaucoup. Voilà, un petit peu comment les choses se font. Alors pour te décrire plus les choses il faudrait que tu viennes voir les infirmières programmatrices, voir un petit peu comment ça se passe. Voir les secrétaires ... Qu'est-ce qu'elle t'a dit M.R et tout ça ?

Ils m'ont expliqué exactement comment ça se passait.

Ca recoupe ce que je te dis ?

Exactement. J'ai surtout retenu la programmation qui était très importante, mais ce qui est intéressant, c'est de confronter votre vision de la coordination des soins ?

C'est-à-dire ?

Par exemple, vous n'avez pas la même version sur les courriers remis en mains propres à tous les patients ?

Oui on essaye ...

Quand les patients sont vus en fin d'après-midi, les secrétaires sont parties avant que le patient ne soit sorti.

Et il y a-t-il des différences dans la coordination des soins si vous transmettez aux gastro de ville ou au médecin traitant ?

L'activité essentielle de l'activité ambulatoire c'est effectivement cette coordination avec la médecine extérieure, puisqu'on ne garde pas les malades, d'où la nécessité d'avoir un échange d'information très rapide, très fluide, et très complet. Donc le mieux c'est de faire des courriers mais il faut les taper et quand l'examen termine à 16h et que les secrétaires finissent à 16h30, les patients n'ont alors pas leurs courriers. D'où les mails, les téléphones.

Une conclusion que tu pourrais apporter je trouve, serait l'idée de dire que dans un service d'ambulatoire il devrait avoir une secrétaire jusqu'à 19-20h, il y a 3 ou 4 secrétaires, c'est variable, on pourrait imaginer une secrétaire avec des horaires décalés qui assure que tous les courriers sont donnés aux patients ou au moins mis sur Sillage avant de partir. Ça serait quelque chose de fondamental.

Il y a aussi l'idée que la secrétaire envoie le courrier par mail au médecin correspondant, elles n'ont pas les mails actuellement des médecins correspondants, car quand elles mettent sous enveloppe le courrier pour un malade de Valenciennes, la lettre arrive 4 jours plus tard donc c'est trop tard.

Ça marche dans l'autre sens aussi ! Combien de fois on a des lettres de patients, adressés par la ville qui arrivent après qu'on ait fait le geste. Il y aurait des choses à dire dans le cadre d'une meilleure coordination.

Et vous entre médecins de l'hôpital, vous voyez les patients en pré-op ?

On voit très peu... Alors ça aussi c'est un autre aspect qui pourrait être discuté Idéalement, il faudrait qu'on voie tous les patients. Mais traditionnellement, on ne voit pas tous les patients, c'est très compliqué. En fait, l'endoscopie digestive est faite à Lille par quelques gastro-entérologues. Donc il y a

beaucoup de patients adressés qui ont été vus par un confrère, mais on ne les a pas vus personnellement. Et de toute façon, on ne pourrait pas les voir, moi j'ai 50 patients par semaine. Mais en même temps, c'est quelque chose qui mériterait d'être soulevé. A l'heure actuelle, il y a des situations qui sont de moins en moins tolérées, pour différentes raisons qui sont psychologiques et médico-légales, psychologiques car les patients avant de leur faire un geste c'est bien de les avoir vus et c'est bien qu'il t'ait vu pour l'informer des risques. Parce que des fois ça permet de prendre possession des informations qui sont parfois exprimées de façon très lapidaires et incomplètes sur le bon d'examen. Et de découvrir au dernier moment que le problème n'est peut-être pas tout à fait ça... c'est un peu plus compliqué que ça. Et il y a bien sûr une dimension médico- légale. Il y a une interpellation qui est la manière où marche le système.

Le paradoxe de l'ambulatoire c'est qu'on va de plus en plus vite, on voit peu le malade, contrairement à l'hospitalisation conventionnelle alors qu'il faudrait s'en occuper plus. Il faut le voir avant, il faudrait le voir après, là on va les voir à chaque fois après. Et il y a une chose qui mérite d'être soulignée, c'est très exigeant pour les gens qui font de l'ambulatoire. Contrairement à ce que nous disent

Un malade en ambulatoire, bon il y a ceux qui n'ont rien, d'accord, mais c'est un malade pour lequel le médecin va passer du temps, et beaucoup plus de temps que l'est supposé le geste. Il y a la prise en charge en amont qui se fait actuellement de petits bouts de ficelle, de coup de fil, de post-It, de petits trucs, de machins et il y a en aval la transmission des informations. En aval, ça se passe relativement bien même si il y a des choses à améliorer mais en amont c'est un peu beaucoup de bricolage. Il y aurait beaucoup de choses à dire sur la manière dont ça devrait se faire en amont.

Mais il faudrait qu'on soit plus nombreux, qu'on soit ... Par exemple les anesthésistes voient tous leurs malades en consultation d'anesthésie, c'est peut-être un peu excessif mais sur le plan organisationnel car c'est un facteur limitant du développement de la chirurgie ambulatoire, mais c'est un bon principe que nous n'avons pas. Le paradoxe c'est que les gens sont vus par l'anesthésiste mais pas par le gastro-entérologue. Même quand ils ont un cathéter rétrograde, même quand ils ont des gestes en endoscopie interventionnelle.

Et vous, vous avez les courriers des anesthésistes ? Vous en parlez ? Il y a un dossier papier ? Comment ça se passe ?

Les anesthésistes ne font pas de courrier. Il y a une feuille d'anesthésie mais c'est pour eux. Nous, la seule chose qu'on a c'est la demande d'examen du confrère. Donc le malade a été vu par un confrère mais un confrère qui ne fait pas le geste ... Il y a là une ambiguïté, qui mériterait d'être questionnée à défaut d'avoir une réponse complète et définitive. Une des solutions serait une réunion hebdomadaire ou deux fois par semaine un symposium où on verrait par anticipation, au moins les dossiers des malades. Et éventuellement d'être plus aidé, car actuellement on est essentiellement 2 à faire ça, de l'endoscopie, J.B et moi. L'idée serait de s'associer à des internes qui, comme dans beaucoup de services, s'occuperaient d'aller voir les examens, car nous on a pas le temps d'aller voir le scanner, d'aller voir tout ça.... Il y a pas de piste tu vois

Il s'agit du fonctionnement mais c'est en lien avec l'extérieur si tu veux. L'ambulatoire est très dépendant de ces relations et son fonctionnement optimal demande beaucoup de temps, beaucoup d'énergie, beaucoup d'organisation, beaucoup de communication, beaucoup de choses comme ça, il ne faut pas méconnaître. Ça fait ronronner les directeurs l'ambulatoire tout ça car ils pensent faire des économies. Il y a des « couts » cachés et non payés. C'est-à-dire que nous qui pratiquons de l'ambulatoire, on fournit beaucoup plus de travail qu'on ne le croit. Il y en a qui croient que je fais juste une endoscopie mais en fait c'est plus compliqué... J'ai passé 10 min avec les radiologues avant, je suis allé voir le scanner, il y a beaucoup de travail en amont, qu'on ne fait pas mais c'est bâclé ou qu'on fait mais ça perd beaucoup plus de temps et d'énergie.

Je veux dire que cette communication avec le monde extérieur et ... à la médecine de ville ou semi de ville, ou hospitalière mais périphérique. C'est une chose dont l'importance est méconnue dans le bon fonctionnement d'une structure ambulatoire.

L'ambulatoire ce n'est pas simplement l'ambulatoire, ça ne se résume pas là. Y compris au niveau des infirmières ... Elles téléphonent le lendemain pour prendre des nouvelles des gens et la veille pour que les gens soient bien préparés. Et il y a derrière une nébuleuse d'activité qui ne se résume pas à l'acte ambulatoire qui est peut être méconnue et qui pourrait dans ta thèse être mis en évidence.

Vous êtes en contact avec d'autres acteurs de la coordination des soins ?

Assez peu avec les médecins généralistes. Soit ça passe par l'intermédiaire d'un gastro entérologie, soit ça passe par l'intermédiaire d'une consultation. Il y a des consultations où l'activité est réglée, on organise un geste en ambulatoire, d'un malade qu'on a vu en consultation. Ça c'est la voie de communication avec les généralistes.

Et ça en pourcentage ça donne quoi ?

C'est assez faible, on est quand même très prestataire de service, avec des avantages et des inconvénients. Ça mériterait d'être développé.

Vous avez l'impression qu'il manque des choses ici pour améliorer cette coordination ?

Il y a aussi une grosse ambiguïté, c'est-à-dire que la vraie médecine ne se fait pas en ambulatoire. C'est à dire pour les malades graves.

Quand tu n'es pas malade en France, tu es très bien soigné. Le problème c'est quand tu es malade. En effet, les structures ambulatoires ça ne va plus. Il n'y a plus de lit conventionnel car on a développé l'ambulatoire. Il faut passer par les urgences qui marchent très mal... Tu vois c'est un des paradoxes. L'ambulatoire ce n'est pas une ambition hospitalo-universitaire, c'est très bien de développer ça en ville, car il en faut, on peut penser que c'est bien.... Encore que, moi j'ai été opéré en ambulatoire et c'est un cauchemar l'ambulatoire. On dit que le malade est content de rentrer chez lui, et bien moi je pense que pas forcément. Je connais des gens en ambulatoire qui seraient prêts à supplier de rester une nuit de plus à l'hôpital. Donc il ne faut pas croire non plus.... Ça c'est encore un truc de personnes qui n'ont jamais été opérées ni ouvert le ventre, même pour une petite incision.

Le progrès ça a été longtemps de permettre aux gens de rester à l'hôpital. Donc il y a aussi des limites.

L'ambulatoire c'est fait pour les petites choses, certaines choses ne se feront jamais en ambulatoire ; Moi comme je dis souvent méchamment, l'ambulatoire c'est une ambition hôtelière, managériale, économique mais ce n'est pas une ambition médicale. Tu imagines combien je me suis fait d'ennemis avec des théories comme ça mais il faut aussi en parler.

Cette affaire est beaucoup trop politiquement correcte. Les choses sont un peu plus compliquées que ça.

Attention je pense que développer l'ambulatoire est une bonne chose mais en même temps, on entend beaucoup de conneries. J'ai entendu dire au début « le but est de faire aussi bien qu'à la Louvière », non nous ne sommes pas une clinique. Ça n'empêche pas que La Louvière fasse des choses très respectables. Je pense que le développement de l'ambulatoire est plus une activité de libéral, de petite chirurgie, de petites choses

Il ne faut pas que le moyen devienne un but. Faire de l'ambulatoire n'est pas un but, c'est peut être un moyen de mieux soigner les gens. Tu vois un peu ce que tu dois développer.

Remerciements

Entretien de thèse n°3 [M5]

Présentation de la thèse

Comment se déroule la coordination des soins dans la chirurgie ambulatoire, concrètement ? Racontez-nous comment s'organise la prise en charge des patients opérés en ambulatoire ?

Ambulatoire ? Quelle chirurgie ?

Peu importe le type d'acte, sauf si certains actes ont des spécificités ? Si vous échangez plus avec la ville lorsque vous effectuez certains actes ?

(Blanc)

Est-ce que vous voyez les patients avant la chirurgie ? Comment ça se déroule ?

Oui, nous voyons les patients en consultation. Nous avons une consultation préopératoire quel que soit le geste. Et c'est là que l'on définit si on le fait en ambulatoire ou pas. En gros, c'est les hernies, les vésicules, les chirurgies plus légères, puis après beaucoup de proctologie. En général, on les voit toujours, exceptionnellement, par exemple je pense à la maladie de Crohn qui ont des fistules anales, soit qu'on a déjà connu par le passé, soit récidivant, parfois ça nous arrive qu'on ne les voit pas en consultation pré-op mais c'est vraiment exceptionnel. Après que ce soit par un chirurgien ou un gastro-entérologue qui finalement demandé de l'examiner sous

anesthésie, on organise ça au CMCA.

En général on les voit avant et on élimine la prise en charge en ambulatoire quand ils vivent seul, si ils ne peuvent pas aller chez quelqu'un ou faire venir quelqu'un chez eux, parfois lié à la distance, quoique plus maintenant, s'il y a un centre hospitalier pas trop loin de leur domicile.

Donc oui on les voit toujours avant, ils ont une consultation d'anesthésie qui est obligatoire.

Et vous vous êtes en contact avec les anesthésistes ?

Avant non, même si on fait la consultation d'anesthésie le même jour, ce n'est pas au même endroit (il y a 3 étages), donc on les voit en consultation et ils voient l'anesthésiste après. Le jour de l'acte, le malade est sur la table donc on voit forcément les anesthésistes ...

Et vous communiquez entre vous ? Vous n'avez pas toujours de lettre de médecin, vous avez peut-être chacun des informations différentes importantes à connaître ?

On les a par le patient qui vient parfois avec une ordonnance, pour l'ambulatoire ce sont souvent des gens qui ont peu d'antécédent, la majorité, peu de traitement ... Les gens connaissent leur traitement et beaucoup ont pris l'habitude de se balader avec leur dernière ordonnance. Puis on leur demande quand même leurs antécédents. Comme les interrogatoires standards...

On remplit des petites feuilles de programmation, qui sont disposées sur le dossier. Les anesthésistes les complètent. Alors on remplit cette feuille avec juste le geste au motif d'hospitalisation, on coche HCD pour la chirurgie ambulatoire, on met le type de geste réalisé, la durée, coelio ou laparotomie, s'il faut du matériel particulier, la procédure...

Et ça se fait lors de la première consultation de chirurgie. C'est propre à chaque service... Il y a parfois des documents tout fait. L'anesthésiste utilise parfois, soit des courriers antérieurs quand on connaît le patient, ou soit si c'est un jour différent, il a déjà la lettre de consultation de chirurgie pour savoir un peu ce qu'on va lui faire ou alors si il n'y a pas de courrier détaillé, quel type de chirurgie, voie d'abord, horaire approximatif...

Et ça le patient vous lui expliquez en partant, mais est-ce q' il a un courrier de

consultation ?

Le courrier qu'on fait, en général, sauf à la demande du patient, on ne le donne pas au patient. On l'envoie au médecin traitant ou au spécialiste. On ne le fait pas systématiquement parvenir au patient lui-même. Sinon un compte rendu oral avec ce que l'on va faire, quelle technique nous allons utiliser...

Et pour la sortie comment cela se passe-t-il ?

Le jour où il se fait opérer, parfois on arrive au bloc il est déjà endormi, sauf si ils ont demandé à nous revoir avant, mais on va le revoir avant la sortie. Ils sont hospitalisés dans une unité « Leloir » ici, il y a toujours un chirurgien, en général l'opérateur, qui va le voir comme le voit l'anesthésiste aussi avant de le laisser partir, pour lui expliquer un peu ce qui a été fait. Puis on dicte un compte rendu opératoire et un courrier qui est tapé le jour même par les secrétaires qui sont en ambulatoire et qui sont remis au patient avant sa sortie. S'il y a une ordonnance à faire ... tout ce qui est « antalgiques » est souvent fait par l'anesthésiste d'ailleurs. Et si c'est des soins infirmiers particuliers, on fait aussi l'ordonnance qu'il faut.

Et vous vous avez contact avec des infirmiers ?

Quand on va voir les patients dans l'unité, il y a plusieurs infirmières et il y en a toujours une qui nous accompagne, qui a préparé les dossiers, les papiers déjà pré-remplis de ce qu'on doit signer. Si c'est bien rodé ? Oui tout est très bien préparé et souvent elle nous accompagne pour aller voir le patient. Puis après c'est elle qui remet tous les papiers juste avant la sortie.

Y-a-t'il des actes où vous appelez vous-même le médecin traitant ? Y-a-t 'il certains actes qui demandent plus de coordination que d'autres ?

Le jour même du geste ? Avant ? En général non, le médecin traitant je parle ...

Oui, ou le spécialiste gastro-entérologue ou autre ?

Non, j'avoue que ça ne m'est jamais arrivé d'appeler le médecin traitant, le gastro oui si c'est vraiment un examen particulier pour avoir des résultats tout de suite. Sinon il y a ce courrier qui est donné aux patients et qui le remet au médecin s'il le voit d'ailleurs. Car

nous faisons toutes les ordonnances avec le traitement et ordonnance d'infirmier sont faites. Donc ils ne voient pas systématiquement leur médecin, je ne pense pas. Enfin, on ne fait pas les arrêts de travail quand même. Donc ça les oblige à revoir leur médecin s'il y a un arrêt de travail nécessaire. Mais non on n'appelle pas.

Et y a-t'il une consultation post-chirurgicale ?

Presque systématique, bon une hernie inguinale on aime bien voir si tout se passe bien, si ça a bien consolidé après l'opération. Donc on fait une visite à 1 mois ; vésicule biliaire c'est variable, les gens bien « cortiqués », ça me paraît inutile : ils viennent, ils vont parfaitement bien.

Donc la visite n'est pas systématique. Ils ont les coordonnées téléphoniques des médecins, des chirurgiens qui ont fait l'acte, s'il y a un souci on leur dit de rappeler tel poste. Mais c'est vrai qu'on ne fait pas non plus de visite quand c'est un geste simple.

Il n'y a pas d'appel non plus systématique comme ça se fait dans certains domaines d'appeler le patient systématiquement pour voir si tout va bien, je crois que ça se fait de temps en temps. Là je parle des chirurgiens mais les infirmières je ne pense pas qu'elles le fassent non plus. Il y a tellement de monde que ça prendrait un temps fou. (Rire)

Vous communiquez avec d'autres moyens que par courrier ? (blanc) Par email ?

Oui, tout est tapé par les secrétaires.

Et cela arrive que l'acte ambulatoire se transforme en hospitalisation conventionnelle ?

C'est possible mais c'est rare. Mais ça arrive.... Souvent c'est jusqu'au lendemain.

Ça peut être un problème de rétention d'urine même pour des pathologies simples comme des cholécystectomies ou des douleurs qui paraissent assez importantes, ou alors quand l'opération ne peut pas être faite pour des raisons de planning avant 14h. Ce serait aberrant de les laisser sortir en fin de journée. Mais non c'est très peu, le pourcentage, je ne pourrais pas dire, 1% peut être. C'est sur beaucoup moins en gastro avec les actes d'endoscopie.

Il y a déjà des médecins généralistes qui vous ont appelé pour des patients qui n'allaient pas bien en post-op ... ? Ou

simplement des patients ?

Moi personnellement non. Un patient oui, genre ecchymose ou gonflement ...

IDE au domicile : pas pour l'ambulatoire. Médecin j'avoue que non.

Vous avez l'impression qu'il y a des choses à modifier, pour améliorer cette coordination ?

Il n'y a pas eu de retour ou de plainte particuliers donc j'ai l'impression que ça fonctionne bien. Mais c'est vrai qu'on n'a pas de contact direct avec le médecin qui suit le patient sachant que en ambulatoire, les pathologies sont bénignes.

Justement les patients tolèrent encore moins de souci dans ces « petits gestes » comme vous dites.

Oui, ça se passe bien dans l'ensemble. Tout ce qui est infirmier à domicile c'est le patient qui gère ça.

Conclusion et remerciements**Entretien de thèse n°4 [M6]*****Description de la thèse******Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment se déroulent les entrées des patients, comment se déroule cette coordination ?***

Avec l'ambulatoire ou avec la ville ?

Les deux, tout semble intriqué, même si la thèse porte surtout sur la relation ville hôpital.

Plus qu'un travail de coordination, l'ambulatoire c'est un travail de séquençage, de cursus. Ce qui caractérise l'ambulatoire pour nous, c'est que c'est une activité extrêmement protocolée, qui laisse aucune place à l'aléa, même si elle prévoit les aléas, où le malade est acteur de son soin et où tout acte est prévu, dans un lieu dédié, qui doit aboutir à la sortie dans la journée même. Donc en réalité, la coordination là, concerne très peu de personne car l'outil qui reçoit est déjà formaté pour des protocoles tous faits, des conduites automatisées ; et les interfaces entre soignants sont importantes, même capitales mais ne sont pas multiformes.

Je dirais même que "sénioriser" la prise en charge et la personnaliser, comme ça doit être fait en ambulatoire, diminue d'autant le besoin de transmission. Prenons un exemple, le chirurgien va faire une cholécystectomie en ambulatoire, il a vu lui-même le patient en préopératoire, qui l'a adressé à un anesthésiste, son infirmière programme, donc tout est programmé. Donc le malade arrive, bien sûr sa séquence est programmée, il arrive dans une chambre puis à terme, il ira même dans des fauteuils communs, on sait théoriquement son heure de passage au bloc opératoire, on ne remet pas en cause le diagnostic et l'intervention, elle a lieu, le malade se réveille et c'est le même chirurgien qui vient redonner l'autorisation de sortie ainsi que l'anesthésiste. Donc il y a très peu de communication.

Alors que dans un service conventionnel, surtout universitaire comme le nôtre, le malade rentre pour plusieurs jours, l'intitulé du bloc peu avoir éventuellement changé, choses plus lourdes sur lesquelles on a réfléchi, l'horaire du malade peut éventuellement changer car il y a des urgences, il y a un manque de place donc le malade ne revient pas à l'endroit où on pensait qu'il reviendrait, c'est un assistant qui va assurer la garde de sécurité, il faut donc lui transmettre ce qui a été fait au bloc opératoire, mais lui-même vous transmet le lendemain matin ce qui s'est passé

Donc c'est un travail de retransmission permanent, et à chaque moment de cette transmission, il peut y avoir cassure de cette transmission. Pas dans l'ambulatoire, l'ambulatoire est très monotone. Voilà si je résume un peu ma position, ma philosophie.

Je fais très peu d'ambulatoire, je ne suis pas un bon exemple. Mais je m'y intéresse et mes assistants en font. A l'inverse, pour la relation avec la ville certainement l'ambulatoire un petit côté particulier, il faut être certain que le malade est autonome, c'est pratiquement plus que la liaison avec la ville et le médecin de famille. C'est le malade lui-même qui situe sa propre liaison, mais sinon il n'y a pas de différence majeure de nature. Là on est tenu d'avoir une relation avec le soignant qui va s'en occuper en chronique, ça change pas beaucoup de nature.

Et ça vous avez l'impression que ça se fait correctement ?

Après vous m'interviewez sur la vraie vie, ah alors la vraie vie en ambulatoire je suis incapable de vous répondre ; celui qu'il faudrait rencontrer c'est le Pr Z.

C'est intéressant de savoir comment tout devrait se dérouler, mais en pratique, comment ça se déroule ?

Moi je peux vous donner un regard de chef de service, responsable dans cette institution d'un certain nombre de choses, et qui regarde le fonctionnement d'une unité dont ses assistants dépendent. Et nous ne sommes pas très bons. Ce dont je parlais tout à l'heure, la non variabilité de la séquence de soins n'est pas la règle, malheureusement, il y a une variabilité de cette séquence de soins, parce que cette unité ambulatoire heureusement dédiée, comme c'est prévu dans les textes, dédiée et séparée, le CMCA est au rez de chaussée, et nous nous opérons au troisième, est une unité beaucoup trop polymorphe. On y fait beaucoup trop de choses diverses, et trop de choses viennent se rajouter, à la différence de centre ambulatoire privé les séquences thérapeutiques sont trop souvent modifiées.

Ça peut avoir des conséquences graves d'une part et ça perturbe beaucoup l'outil. Ce genre d'outil est fait pour que ça marche comme un diesel ; on ne change pas de rythme, on n'a pas de grandes accélérations ni de grand freinage, ça défile, les interventions bien calibrées, c'est tout le temps la même chose... A l'inverse au troisième étage, on reprend un malade en urgence pour une greffe de foie, on est capable de mettre au bloc en moins de trois minutes, on allonge les temps d'intervention, tout est possible.

En ambulatoire, la programmation est finalement capitale !

Oui c'est capital. C'est même la définition de la chirurgie ambulatoire.

Et avez-vous l'impression qu'il y a des choses à modifier, vous avez parlé de protocoliser les choses pour, du temps de perdu et des soucis médicaux ?

Nous par exemple, ce que nous devrions faire en ambulatoire, c'est refuser des interventions aléatoires ou qui requièrent un caractère d'urgence, de semi urgence, de non programmé. On devrait sérier les interventions et mettre au troisième tout ce qu'on y met par fourretout.

Il faudrait sénioriser beaucoup plus, mais nous n'en avons pas les moyens ; c'est un hôpital de formation.

La quantité de ressources humaines notamment secrétaires, infirmières, aides-soignantes, je ne suis pas à même de me

prononcer mais je crois que ces secteurs-là sont très consommateurs de péri-soins immédiats, et par définition, les hôpitaux publics de ces quinze dernières années ont fait une cure d'amaigrissement et ça pose problème.

Surtout que l'ambulatoire n'est pas rentable. L'ambulatoire fait perdre de l'argent à l'hôpital. Les tarifs sont ridicules. Pour vous donner une idée des chiffres, l'ambulatoire au CHR de Lille rapporte 50 millions d'euros par an pour une valorisation de l'ensemble des activités de 470 millions en hospitalisation conventionnelle. Mais pour les 50 millions d'euros, c'est autant de malades que ceux qui rapportent 470 millions d'euros, donc l'ambulatoire rapporte très peu. Il est consommateur en ressources humaines, donc il n'est pas rentable.

Et donc quel est le but si ce n'est pas rentable ? Quel est le but de faire valoriser cette pratique par le CHR ?

C'est une vitrine, une structure de soins qui ne fait pas d'ambulatoire n'attire plus le client. Et puis on répond là, à un besoin sociétal de santé publique, qui est dans l'air du temps et qui est incontournable. Bientôt aucun malade ne supportera d'être hospitalisé de principe pour une vésicule. Sauf qu'il restera des malades avec des contre-indications, des cardiopathies, qu'il faut bien opérer de manière conventionnelle.

Donc vous avez l'impression que c'est une demande des patients de passer en ambulatoire ?

C'est ambigu....

Oui ce n'est pas toujours si facile

Non ... Surtout dans cette région Nord-Pas-de-Calais, les gens sont pauvres, les gens sont arriérés (sourire)

Je ne suis pas d'ici...

Vous êtes d'où ?

De la région parisienne. Et je pense que ça peut être comme cela dans beaucoup de région....

(Me montre une image, échange autour de cette image au Parc des Princes, lors d'un match PSG-Lens ... discussion sur l'image du Nord) (...)

Beaucoup de malades ne souhaitent pas d'autonomie, ne souhaitent pas l'ambulatoire,

ils sont très bien dans cet hôpital à se faire chouchouter, parce qu'ils sont démunis.

Et parce que c'est une histoire de société actuelle, on n'est plus vraiment responsables, et nous n'avons plus envie de l'être. Mais c'est un autre sujet ... (sourire)

Concernant la chirurgie ambulatoire, c'est vrai que vous ne faites pas beaucoup de chirurgie ambulatoire, je ne vais pas poser des questions aussi précises que la façon dont ça se passe en pré-opératoire, en post-opératoire ?

Je surveille mes adjoints, mes chefs de clinique et mes internes qui en font. J'ai moi-même été opéré en chirurgie ambulatoire.

Ici ?

Oui dans cet hôpital

Et vous avez des remarques ? Des améliorations à apporter ?

Oui, si j'avais su, je ne l'aurais pas fait ...

Ici ? Ou en ambulatoire ?

En ambulatoire. Parce que je supporte mal les antalgiques, je ne prends jamais de médicaments. J'ai été pris en charge pour une opération sur le ménisque, avec des antalgiques majeurs. Je dois faire partie des 10% des gens qui sont intolérants à la morphine et qui vomissent. En rentrant chez moi, toutes les heures et quart, je vomissais trippes et boyaux, indépendamment de mon tube digestif, pour des raisons neurologiques. J'ai passé une nuit horrible.

Si j'avais été hospitalisé une seule nuit, une infirmière m'aurait chouchouté avec une perf, m'aurait mis des antiémétiques, car ce que je prenais chez moi était nul, et puis j'aurais eu quelqu'un pour m'aider. Mais bien sûr, je suis à même de subvenir à mes besoins, de me débrouiller, de gérer et de me « médiquer » la nuit, j'étais le bon exemple mais en même temps, qu'est-ce que ça aurait été si j'avais eu 80 ans, tout seul ; enfin théoriquement tout seul ce n'est pas en ambulatoire.

Et justement est-ce que vous avez l'impression qu'il faudrait chouchouter les patients en dehors de l'hôpital ? Faire un suivi ? Faire venir une infirmière en systématique ? Je ne sais pas Faire passer le médecin traitant, pour le moment il ne passe pas en systématique, voir le patient au retour d'une chirurgie

ambulatoire ... Quand il y a arrêt de travail oui mais beaucoup de gens ne travaillent pas ...

Alors ça j'y ai pensé déjà, l'ambulatoire devrait s'accompagner d'un service après-vente systématisé. Pour l'instant, on a copié, le drame c'est que, comme dans beaucoup de domaines, dans cette société européenne, comme dans beaucoup de domaines, nous pensons que tout ce qui vient des anglo-saxons est merveilleux. Un, c'est un tort. Deux, une manière de gérer la santé dépend de la société dans laquelle on vit. Gérer la santé des citoyens doit être en phase avec la mentalité qu'ils ont. C'est pour ça qu'on est le médecin d'un certain type de société. On ne peut pas y échapper.

Hors l'ambulatoire colle très bien avec la mentalité anglo-saxonne qui est celle de l'autonomie. Le patient est autonome, nous nous vivons dans le régime du paternalisme bienveillant. Donc nos malades sont habitués à ce que quelqu'un leur dise ce qu'ils ont à faire, et ce quelqu'un, le plus souvent un médecin mais aussi un soignant, est détenteur d'un savoir et d'un pouvoir qui est bienveillant et pense à sa place pour son bien-être. Il ne viendrait jamais à l'idée pour un malade français, qu'un médecin agisse contre lui, par définition le médecin veut son bien. Aux Etats-Unis, pas du tout, on ne fait pas confiance, le médecin c'est un « autre » qui va établir avec moi un contrat, et je dois le surveiller, et je dois moi-même être acteur de mon soin. Je dois même surveiller que tout est bien fait comme je l'ai demandé. Et donc l'ambulatoire colle très bien puisque quand je reviens chez moi, je me prends en charge, c'est à moi qu'il incombe d'appeler si il faut, et je ne vais pas m'en prendre à quelqu'un d'autre ; si je ne le fais pas c'est de ma faute. Alors que le malade français dirait « on ne m'a pas dit » « il n'a rien fait », « j'appelle le SAMU » !

Donc améliorer la progression de la chirurgie ambulatoire dans la société française, suppose d'abord le changement de mentalité de la société française. Ce n'est pas une tentative pathétique des pouvoirs publics, de forcer les plateaux techniques à augmenter la dose d'ambulatoire. Bien sûr le faire, mais ça ne marchera que si en parallèle, on change la mentalité des gens. Par définition. Pour l'instant, je n'ai pas beaucoup vu d'incitation sauf tarifaire, à faire que les malades veuillent de l'ambulatoire.

On a commencé un progrès en faisant cette campagne sur le médicament. On a appris aux gens à se responsabiliser en termes de

médicaments. « Un antibiotique c'est pas automatique ».

Et vous parliez de mettre en place des protocoles post-chir ambulatoire ?

Ah oui, ça c'est une solution légère, qui serait un go bête entre l'autonomie anglo-saxonne où le mec se démerde et fait appel à qui il veut si ... voilà et la poursuite d'une hospitalisation dans la nuit. C'est-à-dire, dire l'intermédiaire, vous rentrez chez vous mais vous êtes accompagné par une structure légère et souple. Oui, l'infirmière qui passe à 22h. Alors disent-t-ils, coûterait moins cher que de rester une nuit à l'hôpital : coûterait moins cher à l'hôpital mais est-ce que ça coûterait moins cher à la société en général, on en sait rien du tout.

Bah si les gens reprennent le travail rapidement, ça dépend de pas mal de choses en fait.

Alors oui, il y a une arrière-pensée, totalement différente par rapport aux Etats-Unis, vous savez que par exemple depuis des années, on ne cesse de nous rabâcher qu'un des paramètres de qualité des soins est la durée d'hospitalisation. Il faut la réduire, la DMS, la Durée Moyenne de Séjour, la LOS en américain.

En France, si vous raccourcissez votre durée d'hospitalisation, un autre malade pourra vite occuper le même lit, donc vous rentabilisez votre outil, là où vous auriez fait dans l'année sur un lit, 60 malades différents, si vous diminuez et vous en faites 70- 90 dans l'année. Bon d'accord, mais pour le malade ça ne sert à rien, car en France, vous avez des arrêts de travail, je dirais même que personne n'a intérêt à vous faire reprendre les malades trop vite. On est au chômage ...

Aux Etats-Unis c'est l'inverse, c'est capital, puisqu'ils payent au jour le jour, sur leur fonds propres et tant qu'ils ne reprennent pas le travail, ils ne gagnent pas d'argent, donc c'est une autre philosophie. Donc l'ambulatoire est capital pour eux, pas chez nous.

Il faut du temps pour chaque chose...

Alors à l'inverse, au-delà des considérations économiques, des faits de mode ridicule, ces propositions ministérielles qui sont là aussi pathétiques, je dirais même hystériques, et je ne dis pas ça parce que Marisol Touraine est une femme, bien d'autres l'ont fait avant elle et Xavier Bertrand l'avait fait avant elle, hystériques ! « A terme 80% de hospitalisation

devra être en ambulatoire. », « nous imposons aux structures... » Mais dans un CHU comme le nôtre, c'est ridicule. Ça c'est pathétique.

En revanche, dans la manière dont on protocolise, on laisse peu de place à l'aléa, on rend le malade acteur de son soin, il y a manifestement une démarche qui tend à augmenter le niveau de qualité de prise en charge. Puisqu'on évalue ce qu'on fait, on fait ce qu'on dit qu'on avait fait, et ça c'est vraiment la démarche qualité. Je dis ce que je vais faire et je fais ce que je dis. Et non pas, on décide au dernier moment. Ça c'est un gage de qualité. Et ça, la chirurgie ambulatoire, est une voie d'excellence dans la mentalité.

Dans l'hospitalisation aussi, même si j'ai été élevé à la dure, même si je fais des gros malades qui me préoccupent, on fait une hépatectomie, je sais que mon chef de clinique de garde la verra le soir... Je lui téléphone ...

En ambulatoire, vous repassez vous-même voir le malade. Même si moi en général, je vois mes opérés le soir. Mais aussi petit soit le geste que vous avez fait, même si vous lui enlevez un ongle incarné, vous repassez le voir et c'est vous qui mettez le tampon, et en plus c'est vous qui l'avez opéré. Donc ça c'est un gage de qualité et de responsabilisation. A l'intérieur même du système.

Vous avez prévu tous les antalgiques, vous ne laissez pas libre cours à des infirmières, tout a été prévu en ambulatoire. M. Machin sort à telle heure, il a été opéré d'une vésicule, il aura ceci, cela ; un opéré conventionnel aussi mais ça dépend ... Ici, tout est arrêté avant car l'intervention en ambulatoire offre peu d'aléas.

Ça c'est le côté positif de l'ambulatoire. Et donc des chirurgies qui sont calibrées pour l'ambulatoire.

Dernier points, il faut bien que des gens défrichent le terrain en ambulatoire, et montrent que telle chose est possible et telle autre n'est pas possible. Un hôpital universitaire comme le nôtre doit s'emparer de l'ambulatoire pour définir les guides lines, les recommandations. On a une obligation d'innovation et de formation.

Discussion et remerciements

Entretien de thèse n°5 [M7]

Présentation de la thèse

Très beau sujet, à la mode, Marisol Touraine a été assez clair là-dessus. Moi je vous dis ça car je suis aussi à l'hôpital de Lens une journée par semaine et donc la directive est assez bien définie et tout est fait pour encourager la chirurgie ambulatoire.

Comment cela ça se déroule, comment cela se passe concrètement avant pendant et après la chirurgie ambulatoire ?

Concrètement, tout commence en consultation où on sélectionne les pathologies, en effet vous avez vu les recommandations de la chirurgie ambulatoire, tout ne peut pas être fait en ambulatoire. Mais toute la chirurgie proctologique, toutes les hernies inguinales, toutes les vésicules, les reflux gastro-œsophagiens, tout ça est fait en ambulatoire.

Tout ça est fait en consultation, on prévient le patient, il faut qu'il remplisse certaines conditions. Effectivement, il ne faut pas qu'il soit seul le soir, il faut qu'il puisse accéder à..., avant on disait qu'il fallait qu'il soit à moins d'une heure de l'hôpital mais les choses sont en train de changer, moi je ne retiens plus vraiment ce critère là pour proposer l'ambulatoire. Et le gros truc, c'est de demander qu'il ne soit pas seul chez lui le soir. Finalement même si les patients sont à 2h de l'hôpital, en fonction de la chirurgie, on autorise quand même.

Donc ça commence en consultation où là effectivement on les programme. Puis ensuite ils sont hospitalisés dans une unité dédiée, c'est la définition même de l'ambulatoire. Il faut que le secrétariat, l'hospitalisation, les blocs soient dédiés spécifiques pour l'ambulatoire, détachés des blocs communs et puis ils sont opérés. Vous voulez que je vous donne des choses particulières pour la chirurgie ambulatoire ?

Oui, oui si...

Ce qui par exemple, prenons une intervention courante qui est la cholécystectomie, la cholécystectomie en ambulatoire nécessite une adaptation de la chirurgie. C'est-à-dire qu'il ne faut pas de drainage et qu'il faut infiltrer des coupoles avec de la naropéine, c'est essentiellement ça qui modifie le geste. Avant on mettait facilement un drain, tout ça n'est plus fait et on infiltre dans les orifices de trocart et des coupoles. Voilà.

Pour le reste de la chirurgie les hernies on ne les draine plus mais on est tenu par exemple

pour les hernies inguinales de les opérer en ambulatoire. On ne peut plus les opérer en les gardant le soir à l'hôpital sauf si on motive une demande particulière.

Même à la demande des patients ?

Oui même à la demande des patients. La demande du patient a de moins en moins de poids finalement. Et vous savez bien, c'est un peu nous qui leur insufflons la façon dont l'hospitalisation va se passer, même si ils nous disent qu'ils sont un peu inquiets ; on leur explique que ça ira. Il y a une infirmière qui les appelle le lendemain pour savoir comment la nuit s'est passée puis voilà.

Là-dedans la coordination se fait à quel niveau ? Avec qui ? Avec le médecin traitant ?

Avec le médecin généraliste, après le patient sort avec son compte rendu opératoire et sa lettre d'hospitalisation, donc le médecin qui le reçoit a les consignes chirurgicales essentiellement par courrier. Je n'appelle pas les médecins par exemple.

Mail ?

Non, on n'a pas de mail, on n'a pas les mails de tous les médecins traitants, sinon on passerait notre vie à envoyer des mails. Non ça se fait essentiellement par courrier mais je trouve que c'est assez pratique finalement. Le patient sort avec son courrier et il peut le donner à son médecin traitant qui le suit. Non ? Ça me paraît pas mal ?

Je cherche un truc sur la chirurgie ambulatoire (*en cherchant sur son ordinateur*).

On avait sorti une étude sur la cholécystectomie en ambulatoire en comparant différentes structures : les cholécystectomies ambulatoires du service donc du CHU ; les cholécystectomies dans une structure privée et dans un Centre hospitalier périphérique de Divion. On avait un peu comparé les populations. Au CHP, ce n'était pas mis du tout, A la clinique ils en faisaient beaucoup plus donc la culture de l'ambulatoire est bien développée en structure privée, et nous pas tellement ; on avait cherché à savoir pourquoi seulement que 21% des patients pouvaient être opérés. On s'est aperçu qu'en réalité nous avions des patients beaucoup plus lourds. Et que chaque fois qu'on leur proposait une cholécystectomie c'était dans le cadre d'une pancréatite grave, chez les patients « multi pourris », enfin des trucs qui ne pouvaient pas être pris en charge

en ambu. Voilà distance supérieure à 1h, c'est un peu en train de changer ; isolement social, vous voyez nous avons 10% des patients isolés qui ne remplissaient pas les critères pour retourner à la maison le soir versus 100% à la clinique. C'est évidemment pas la même population, c'était significatif ; ASA3 14%vs 3% c'est aussi significatif.

C'est vrai que c'est moins étonnant que les comorbidités influentes ...

Oui le premier constat c'est que ce ne sont pas les mêmes patients mais on a une culture aussi qui nécessite d'être adaptée, vous voyez les habitudes du chirurgien ont fait que le type n'y a pas pensé ou ... 44% auraient pu bénéficier de l'ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est bientôt une obligation. En CHU, la moitié des patients n'a pas accédé à la chirurgie ambulatoire en raison de contre-indication médico-sociale. Vous avez lus les recommandations sur la chirurgie ambulatoire ?

Oui bien sûr...

Il faut faire attention dans votre bibliographie avec les Etats-Unis. Ils sont malins les gars. Ils opèrent les gens et les envoient à l'hôtel en face. Peut-être que ce n'est pas tout à fait la même définition.

Donc pour vous le patient est autonome. C'est lui qui gère la coordination des soins avec le médecin ?

Non, en effet, il n'y a pas de contact direct avec le médecin. Et ça c'est quelque chose dont vous réfléchissez ?

Oui, pourquoi pas. Pour le moment nous effectuons une étude descriptive. J'imagine que parfois le patient ne transmet pas toujours la lettre au médecin traitant.

Mais le courrier est envoyé. Enfin j'imagine que le courrier est envoyé au médecin traitant.

Avec quels papiers précisément sortent les patients ?

Avec le compte rendu opératoire, les ordonnances, la lettre de sortie.

D'autres informations ? Date de reprise du travail ? Date de réalimentation possible ?

Non pas les dates de reprise du travail mais en tout cas en ambulatoire ils remangent le soir. C'est d'ailleurs dans les conditions pour le

laisser partir. Il faut qu'ils aient mangé et bu, faut qu'ils aient uriné et il faut qu'ils aient marché. Et là on peut le laisser sortir. Sinon ce n'est pas de l'ambulatoire.

Ce sont les infirmières en bas qui surveille tout ça. Puis nous on passe les voir le soir ou en fin d'après-midi.

Et pour la reprise du travail, c'est vrai qu'on n'en parle pas trop mais bien souvent c'est une entente entre le médecin traitant et le patient. Par exemple, pour les hernies, un patient qui fait un métier de force, peut-il retravailler tout de suite ? J'aurai tendance à dire oui. Moi je leur autorise une activité physique soutenue à la fin de la première semaine.

Alors bien souvent, je dis ça au patient, je le marque dans ma lettre puis je le revois à 1 mois en consultation de contrôle et il me dit « ah non le médecin traitant m'a dit de faire attention »

C'est très fréquent. Donc ça veut dire que le message n'est pas passé au patient, le message n'est pas passé au médecin et qu'en plus il y a espèce de « je ne sais quoi » entre eux.... Donc à quoi servent les courriers ? Je me pose aussi la question. Après quand on travaille aussi avec des gens qu'on connaît, c'est surtout une question d'homme.

Comment ça se passe après la chirurgie ?

Oui le plus souvent, on revoit 95% des gens. Il faut vraiment que ce soit des babilles comme une verrue ... Mais sinon les vésicules on les revoit pour leur donner l'anapath, la procto on les revoit et souvent ce sont d'ailleurs des patients qui sont protocolés ; je pense à la maladie de Crohn, les hernies on les reçoit par la force des choses. Donc oui la plupart des gens sont revus, à 1 mois environ.

Ya t ils des gens qui se plaignent d'être sortis trop vite ?

Il y a des gens qui ne peuvent pas être relâchés le soir. C'est environ 15 à 20% des gens. C'est-à-dire échec de l'ambulatoire : « j'ai trop mal, je ne pisse pas ».

(en cherchant sur son ordinateur) Il disait bien le taux d'échec de la chirurgie ambulatoire. Ils ont étudié deux choses : l'échec de la chirurgie ambulatoire et le taux de rehospitalisation parce que des gens qui sortent de l'ambulatoire pendant quelques jours et qui sont réhospitalisés ; c'est quand même une forme d'échec.

Donc dans les recommandations, ils ont calculé par intervention, en faisant une revue de la littérature, en déterminant en moyenne le taux d'échec en chirurgie ambulatoire. C'est pas énorme, c'est quand même 10 – 15%.

Êtes-vous en contact avec d'autres professionnels de santé ? Les anesthésistes par exemple ?

Oui trop, beaucoup trop (rire)

Oui bien sûr.

A quel moment du parcours ?

En per-op

En pré-op, on a des discussions quand ce sont des malades un peu limite, en particulier ceux ASA 3. ASA 3 n'est pas une contre-indication formelle à l'ambulatoire mais une contre-indication relative. Donc pour ces patients ASA3, pour une pathologie qui met en jeu le pronostic vital, il y a une discussion pour ces patients. Ça dépend de la lourdeur du geste, de la durée de l'intervention, des surprises opératoires, des conditions d'hébergement hors de l'hôpital, ça dépend de

On arrive souvent à trouver un point d'entente. La discussion avec l'anesthésiste se fait à ce moment-là.

Comment se fait concrètement la coordination ?

Par les courriers

Manuscrits ?

Jamais, ce ne sont les secrétaires qui tapent les courriers. On fait le compte rendu immédiatement après le bloc. J'apporte la cassette avec mes petites mains à la secrétaire qui tape immédiatement le courrier et le compte-rendu. C'est un peu près rodé.

Et avez-vous des idées de modifications, d'amélioration pour favoriser la chirurgie ambulatoire et la coordination des soins ?

Pour améliorer les choses.... Les choses sont assez bien faites sur le papier....

En pratique ?

Comme vous dites, l'amélioration des choses se fait dans la communication des gens qui reçoivent le patient, donc avec le médecin traitant probablement. Mais je pense que et le médecin traitant et le chirurgien ont autre

chose à faire que de s'appeler toute la journée. C'est compliqué.

Je pense que la chirurgie ambulatoire il faut y penser. Tout le monde ne le fait pas. Et encore une fois j'ai bien vu ça à Lens où tout est là pour faire de la chirurgie ambulatoire, avec une unité dédiée, un secrétariat mais pas les blocs ; il y a une unité d'hospitalisation spécifique à l'ambulatoire, un secrétariat spécifique à l'ambulatoire mais jusqu'à récemment les gens ne faisaient pas d'ambulatoire. C'est curieux. Parce qu'on n'y pense pas.

Parce qu'on n'y pense pas.

Trop cher ?

Un peu... encore que les choses sont en cours de modification. Ça va probablement être valorisé, encouragé. J'imagine que quand on favorise l'ambulatoire comme ça, si on s'en tient à ça, ça ne marchera pas. Si ça compte des ronds à l'hôpital, ça ne va pas devenir pérenne.

Et d'ailleurs, est ce que ça coûte vraiment de l'argent si c'est de la vraie ambulatoire ? Oui je pense que c'est rentable.

Je pense par exemple qu'une vésicule ambulatoire, si elle n'est pas hospitalisée, ça vaut le coup. Ce qu'il faut absolument éviter c'est de les hospitaliser une nuit. Ça c'est mauvais. On m'a bien expliqué que le patient qui vient le mardi matin, opéré le mardi midi et qui reste le soir, c'est la cata. De même quand il rentre la veille pour être opéré le lendemain. Il faut qu'il soit opéré le jour même de son entrée. Donc dans les vraies conditions de l'ambulatoire, je ne suis pas certain qu'on perde de l'argent. Sinon on ne le fera plus.

Pensez-vous à un autre moyen de communication à disposition des professionnels de santé en ville ? Un portail ?

Ou une infirmière qui passerait le soir ?

Avez-vous déjà fait des stages en ville ? Avez-vous vu des patients sortant d'ambulatoire ?

Je ne crois pas ...

Moi je n'ai pas de catastrophe en tête, de patient pris en ambulatoire comme ça. On ne fait pas de chirurgie à risque particulier, on ne fait pas de suture intestinale, pas de chirurgie à risque hémorragique... Tout se passe bien. C'est de la « petite » chirurgie : vésicule,

hernie....

On peut toujours améliorer les choses en développant la communication avec les médecins traitant, mais c'est chronophage, pour un bénéfice qui serait moindre.

Peut-être que pour améliorer les choses, il faudrait pointer les problèmes. Quels sont les problèmes ? Moi je vois peu de problèmes à part la réhospitalisation et l'échec de l'ambulatoire.

Parce que probablement qu'on n'a pas été assez informatif au moment de la consultation initiale. Moi je fais très attention à la façon dont on parle aux gens. J'ai d'ailleurs passé un diplôme universitaire d'hypnose clinique. On doit faire attention à ne pas suggérer la douleur. Et d'ailleurs j'avais fait ça dans le but d'opérer en chirurgie ambulatoire sous hypnose. Finalement j'ai fait ça avec un anesthésiste qui m'a suivi avec les pieds devant car il n'y croyait pas trop.

Mais j'ai gardé de ça une façon de parler aux gens. Je ne leur dis plus jamais pique, scalpel, douleurs, bistouri. Je ne suggère plus la douleur aux patients. Et donc quand je les vois en consultation et que je leur propose de l'ambulatoire, je leur dis ce qu'il va se passer. Voilà je ne leur dis pas à pas tout ce qui va se passer. « On va vous mettre dans un lit. Il y a une infirmière qui sera là, je serai là.... » Je lui fais expérimenter en amont ce qu'il va se passer quelques jours plus tard. Finalement il arrive dans la structure, il n'est pas surpris. Ça diminue je pense le niveau d'anxiété et souvent ça se passe pas trop mal.

J'ai eu assez peu d'échec à vrai dire. Par exemple, au début de mon expérience, on avait pas mal de globes vésicaux. J'étais chef de clinique, je lui mets une sonde, je le mets dans un lit d'hôpital et j'attends le lendemain ou le surlendemain pour le relâcher. Et maintenant, ça a un peu changé, on fait un sondage aller-retour en lui disant de ne pas trop boire ce soir et ça ne se passe pas trop mal.

Il faut donc diminuer le niveau d'anxiété du patient et diminuer le niveau d'anxiété du chirurgien.

Parce que ça fait peur tout ça (rire)

Globalement moins on est inquiet, plus on anticipe les choses, on explique aux gens, on essaie de prendre son temps. Je n'ai pas de mauvais retour la dessus. C'est peut être arrivé Mais je ne crois pas.

Remerciement

Entretien de thèse n°6 [M8]

Description de la thèse

Comment se déroule concrètement la coordination des soins en chirurgie ambulatoire au CMCA ?

Nous on fait de la chirurgie ambulatoire au CMCA, on fait la plupart des interventions que les autres font c'est-à-dire la chirurgie de paroi, hernie inguinale, hernie ombilicale. On fait également la chirurgie plus spécialisée de l'œsophage, donc le reflux gastro-œsophagien sous cœlioscopie, des vésicules et des diverticules de Zenker.

Alors moi, des relations avec le médecin traitant, moi je n'en ai jamais si c'est la question. Il n'y a aucune relation avec le médecin. Je n'appelle jamais le médecin. Normalement ce qui est protocolisé c'est qu'on rappelle le malade le lendemain de l'opération.

Le « on » c'est les infirmières ?

Pour certaines opérations c'est le chirurgien. Les opérations un peu....comme le reflux gastro-œsophagien. Alors le malade sort le soir avec notre numéro, le numéro du service.

En général on l'appelle le lendemain matin pour vérifier que tout va bien. Ça c'est ce qu'on faisait au début mais on le fait de moins en moins honnêtement.

Pour les opérations, souvent le malade est revu la semaine d'après en consultation et il est revu entre un et trois mois après. Ça c'est le protocole à peu près standardisé qu'on a pour les opérations surtout de l'œsophage. Car ce sont des opérations un peu spécifiques.

Après pour une hernie ou une vésicule standard, le malade est revu au bout d'un mois et c'est tout.

Et qui reprend les rendez-vous, c'est vous ou le patient ?

C'est nous qui les prenons. Normalement tout est organisé pour que le malade n'ait rien à faire, sinon ça ne marche pas. Le malade sort avec un courrier, les ordonnances et une lettre avec le compte rendu opératoire. Après est ce que j'ai déjà appelé un médecin ? Non jamais. Ce n'est pas bien sûrement.

(rire) Non, mais on fait l'état des lieux pour l'instant...

C'est ça l'état des lieux. Après je ne sais pas quel est le ressenti des médecins.

Pour l'instant moi je ne l'ai pas, car on n'est qu'au début de cette thèse. Mais après il y a un manque de temps. Vous vous n'avez pas le temps d'appeler mais eux n'ont peut-être pas le temps de recevoir les appels.

Non je ne pense pas, mais c'est sûr.

Il faut trouver une solution pour que tout le monde soit content.

Je pense que la chirurgie ambulatoire fait peur au médecin traitant. Enfin je ne sais pas, je me mets à sa place. On fait sortir un malade que d'habitude on garde. Après selon le type d'opération ça doit être plus ou moins stressant pour le médecin. Une petite hernie ce n'est pas grand-chose. Une vésicule ou un reflux gastro œsophagien, à mon avis, ça doit être plus ennuyeux. Je me demande si le médecin traitant ne ressent pas l'impression qu'on se décharge d'une partie de notre, de la surveillance sur lui. Je ne sais pas quel est le ressenti du médecin vis à vis de ça. Je verrais assez ça comme ça.

Concrètement, vous voyez les patients avant l'intervention ? Tous les patients ?

Avant. On les voit en consultations une fois avant.

Vous les voyez en consultation parce qu'ils pourraient venir de gastro de ville je veux dire ?

On les voit en consultation systématiquement de chirurgie puis en consultation d'anesthésie pour voir s'ils peuvent être pris en charge en ambulatoire. Le jour de l'opération on ne va pas voir le patient avant, on le voit après l'opération, toujours, quasiment toujours, quelqu'un de l'équipe chirurgicale.

Et après en consultation, la semaine suivant l'opération pour certaines opérations sinon au bout de un à trois mois pour les autres opérations.

A part les médecins, êtes-vous en contact avec d'autres personnes ?

C'est à dire ?

Infirmiers ?

Par rapport à la ville ? Moi jamais aucun.

Avec la ville, il n'y a pas de contact en général.

Et avec les gastros de ville ?

Oui les gastro, ils nous adressent des courriers mais voilà.

Mais après il n'y a pas de retour ?

Non.

C'est par le patient tout le temps, c'est via le patient ?

Oui c'est via le patient. Et après, nous dans le service, il y a un numéro spécial qui est fait pour les médecins généralistes qui est la « Hop'Line ». C'est un dispositif qui existe dans plusieurs services au CHU. Le but est de faciliter la communication entre les médecins généralistes et les différents spécialistes. Donc normalement le médecin généraliste si il essaie de nous joindre directement, il n'a pas à passer par le standard. C'est simplifié. C'est une procédure simplifiée.

Et qui est au bout de la ligne ?

Ils ont le chef d'astreinte. Jusque-là en huit mois, il y a eu un appel pour un abcès de cuisse. Donc autant dire que je pense que le dispositif n'est pas vraiment connu par les généralistes.

En effet, on ne m'en a pas parlé encore pourtant j'ai fait quelques entretiens.

Voilà, donc voilà où j'en suis. C'est très intéressant cette thèse mais moi j'ai jamais eu d'appel

Et après est ce qu'il y a des problèmes ? Avez-vous l'impression qu'il y a des soucis là-dessus ?

Non.

Non ?

Non

Et est-ce que vous croyez qu'il y a des modifications à faire en ambu Des choses auxquelles vous pensez pour améliorer les choses ou pour éviter qu'il y ait des soucis après ?

Après les malades qui ont des soucis, mais, je réfléchis aux malades qui doivent revenir en consultation de façon inopinée ou... en fait,

c'est peut-être... j'ai peut-être une vue biaisée de la situation, dans le service il y a un interne qui est d'astreinte avec le téléphone tous les jours, alors peut être que c'est lui qui reçoit l'appel ou le secrétariat. C'est possible...

Mais on n'a pas tant de retour en magasin que ça. Le taux de consultations non programmées pour les reflux c'est entre 9 et 11%, et pour les hernies et tout ça c'est quasiment zéro. Donc c'est très rare.

Non après je ne sais pas quel est le vécu du médecin traitant sur la chirurgie ambulatoire en général et notamment sur certaines opérations plus spécialisées.

Enfin je ne sais pas, moi je serais médecin traitant j'aurais peur. Enfin voilà.

On a peur quand on sait ce qui peut se passer ? J'ai plutôt l'impression que....

Vous pensez que c'est l'ignorance ?

On a moins peur quand on ne sait pas ce qui peut se passer.

Ça s'est sûr.

Je ne sais pas encore, je ne sais pas. Enfin à ce que j'ai compris, il y a des soucis, voilà, la suite, ils ne savent pas les complications. Ils ne connaissent pas les complications. Nous étant internes, sortant de l'école, c'est assez difficile, c'est des informations qu'on a du mal à trouver sur internet. Donc si vous ne nous dites pas ce qu'il faut surveiller, on ne peut pas. Vous voyez, on ne peut pas...

Oui oui, c'est sûr.

Et après, il y a les consultations d'anesthésie qui sont complètement ignorées par les médecins traitants. Je pense. C'est difficile de savoir à quoi cela sert-il si on ne sait pas ce qu'il s'est passé ...

D'accord

A ce que j'ai compris. Pour l'instant on n'en est pas là de la thèse. Mais heu... Mais il y a pas mal de soucis. Et il y a pas mal de « vieux » médecins. Et la chirurgie ambulatoire c'est très récent.

Certes dans le cadre du développement de médecine ambulatoire, il faut convaincre les patients, mais il faut aussi convaincre les

médecins traitants. Parce que le problème, le frein, vient des médecins traitants.

C'est à dire que parfois le malade revient nous voir en disant « voilà finalement j'en ai discuté avec mon médecin » et voilà. C'est sûr il faut informer dessus. Peut-être qu'il faut mieux informer sur les complications ; sur les complications qu'il y a à chercher. Nous c'est sûr, je pense que c'est assez encadré dans le service car ça fait plusieurs années qu'on en fait et que voilà, au moindre doute on ne laisse pas sortir le malade. Et du coup, il n'y a pas tellement de problèmes. Moi je n'ai pas souvenir de problème majeur.

Et qu'est-ce qu'il y a dans vos courriers par exemple ? Qu'est-ce que vous mettez ? Il y a le compte rendu opératoire d'un côté puis ?

Le compte rendu opératoire.

Et puis à côté qu'est-ce qu'il y a comme informations à l'intérieur du courrier ?

Ben heu, ben les suites ont été simples, le malade sort, le protocole antalgique. C'est vrai qu'il n'y a peut-être pas les signes qui peuvent amener à une reconsultation.

Non. Non il y a peut-être un manque d'informations de notre part sur les signes qui doivent inquiéter et amener à la reconsultation. C'est sur oui. C'est des courriers assez ...enfin bref voilà.

Enfin je ne sais pas je n'ai jamais été dans des instances organisationnelles, je sais que le professeur Triboulet qui était notre ancien chef de service là, il ne travaille plus à l'hôpital, il travaille à la fac, il est spécialisé, il est chargé de promouvoir la chirurgie ambulatoire. Peut-être ce serait intéressant que tu le rencontres.

Oui oui c'est prévu. Mais je ne l'ai pas encore vu.

Parce que lui pour le coup, il a été président de l'association française pour la chirurgie ambulatoire et il est peut être impliqué dans l'organisationnel de l'ambulatoire et donc la relation médecin, enfin ville hôpital lui ça lui parle plus qu'à moi. Moi j'en ai opéré des malades en ambulatoire, j'en opère encore, probablement moins que des chefs de cliniques. Parce qu'ils font beaucoup plus de hernies et de vésicules, mais voilà, il faut que tu rencontres Monsieur Triboulet.

Mais déjà c'est bien de savoir un peu ce qui se fait, pour commencer. Après oui, je le rencontrerai.

Tu n'as pas de questionnaire ou t'as.... ?

Le questionnaire, c'est ce qui se passe actuellement. On fait vraiment l'état des lieux. C'est tellement énorme comme sujet qu'on ne peut pas aller trop loin dans la question.

Après nous tout est protocolé. Après je peux te donner les protocoles, je ne suis pas sûr que ça te serve. Des exemplaires de feuilles de sortie. Je ne sais pas si ça peut t'aider. Tu me dis.

Discussion sur le déroulement de la thèse

Remerciements

Entretien de thèse n°7 [M9]

Bonjour, présentation de la thèse

Je suis interne en médecine générale et je fais ma thèse pour novembre sur la coordination des soins en chirurgie ambulatoire et la ville.

On travaille avec la CME pour voir à terme ce qu'on pourrait améliorer. Pour l'instant on fait un état des lieux et nous sommes 4 internes à traiter ce sujet et chacun traite une représentation particulière et moi je m'occupe des chirurgiens et des anesthésistes, une personne s'occupe des patients, un autre des médecins généralistes et des paramédicaux pour la quatrième personne (IDE – Kiné).

De l'hôpital ?

Les deux. Hôpital et ville. On essaie de voir un peu là où ça pêche pour améliorer,

Qui risque de vous noter ?

C'est le Dr L., un enseignant de médecine générale

Connais pas

Le Dr L. dirige ma thèse et le Dr C. directeur de thèses de médecine générale

Tous les deux des médecins généralistes ?

Moi je suis en DESC d'urgence à coté

D'accord, et le jury c'est qui ?

Pour l'instant le jury on est en train de le composer : Pr W., Pr P., Pr G. seul PUPH de médecine générale et Pr T. qui a l'air très impliqué

Au niveau institutionnel c'est lui le plus impliqué même s'il est en retrait par rapport à ses activités purement hospitalières, au niveau institutionnel et présentation nationale puisque c'est lui qui portait le projet d'ambulatoire sur le site de l'hôpital.

Donc je voulais avoir votre avis : comment s'organise, comment ça se déroule l'ambulatoire à votre niveau, même si c'est une question un peu vaste.

Déjà il y a les recommandations que vous pouvez vous procurer de l'ambulatoire et la société française d'urologie, d'anesthésiste, de l'AFCA et une autre société l'ANAP. C'est consultable en ligne facilement sur internet sur la société française d'urologie.

Qu'est-ce que vous voulez savoir ?

En ambulatoire, vous opérez beaucoup vous-même en ambulatoire ?

Oui moi j'opère beaucoup en ambulatoire,

Au niveau pourcentage ?

Difficile de vous le dire

50/50 ?

Non je fais plus d'ambu que de conventionnel,

Je pense qu'actuellement il y a un vrai manque d'ambu sur l'ensemble des plateaux de l'urologie. Je ne peux pas te parler des plateaux des autres spécialités mais je vois par rapport à mes confrères parce que je fais des opérations équivalentes en ambu qu'eux-mêmes font en conventionnel mais pourraient faire en ambu s'ils avaient accès plus facilement aux blocs d'ambu et s'ils croyaient ou s'ils étaient plus partisans de l'ambulatoire ou à fort vecteur d'ambu ; parce que c'est par là que je suis rentré dans l'hôpital parce qu'au départ c'est le CMCA qui m'a contraint à faire beaucoup d'ambu par cette activité là et je pense qu'on en fait pas assez et qu'il y a énormément de malades qui pourraient bénéficier de l'ambu. Par contre il manque un réseau de soutien en ville. Une fois que le patient est sorti de l'hôpital, il faut que le patient soit pris en charge par un réseau de paramédicaux de médecins ou autres. Parce

que parfois on garde les patients parce qu'ils sont un peu frileux à l'idée de sortir et qu'on n'a pas trop idée des soins de support en ville.

Donc il y a des blocs qui sont hospitalisés 24 heures ou 48 heures qui pourraient très bien retourner au domicile le soir même et on les garde.

Et actuellement concrètement les patients arrivent comment chez vous ? Ils arrivent chez vous en consultations adressés par les médecins généralistes ?

Oui soit un adressage par les médecins généralistes soit un adressage par les autres spécialités, tels que les neurologues, les gynécologues, d'autre urologues. Après je n'ai pas le pourcentage en tête mais cela fait environ 1/3 -1/3 -1/3.

Moi je les vois et selon principalement l'indication opératoire et l'état général, je les acte en chirurgie ambulatoire. J'ai la chance d'avoir des places de chirurgie ambulatoire qui me sont attribuées et je place mes patients selon ces plages.

J'ai des collègues qui opèrent peu en ambu parce qu'ils n'ont pas accès à ces plages opératoires ; ils n'ont pas accès au CMCA.

L'urologie a une plage le lundi matin qui m'est attribuée un lundi sur deux et qui est attribuée à tous les autres collègues le lundi. J'ai un collègue qui consulte le lundi matin ici et il n'a jamais accès au CMCA donc en pratique il ne met jamais de patient en ambulatoire alors qu'il a une activité qui pourrait très bien se faire en ambulatoire. Et comme il opère le mardi et le jeudi et qu'il n'a pas accès au CMCA ces jours-là il n'opère pas en ambulatoire.

Après on peut opérer en ambulatoire au bloc central mais c'est plus compliqué dans le sens où je trouve que le turnover du bloc central est tellement chronophage en terme de bloc, le CMCA répond beaucoup plus à une dynamique ambulatoire avec un accès plus rapide, même s'il y a encore beaucoup de choses à améliorer au CMCA.

Déjà si vous pouviez faire remonter l'information qu'il faudrait que le CMCA ouvre plus tôt (on ne peut pas faire de l'ambu avant 8:00). On ne peut pas faire de l'ambu avec un plateau d'ambu qui ouvre plus tard que le plateau commun de bloc conventionnel. Vous étiez au courant ?

Le plateau commun ouvre à 7 heures ou 7h30

et l'ambu ouvre à 8 heures. Ce qui fait qu'au final, le premier patient d'ambu peut être opéré au mieux pour 9 heures ; on perd déjà une heure pour opérer un patient qui doit sortir dans la journée.

Si on pouvait l'opérer vers 8 heures 8 :15 on pourrait faire un tour de plus et surtout le faire sortir plus tôt.

Et surtout aussi le CMCA ferme de façon importante (un bloc sur deux) pendant les vacances ce qui pénalise l'activité d'ambu et qui crée un entonnoir considérable.

Vous voyez les patients une seule fois avant la chirurgie. Pour l'instant la programmation est faite par les services. Elle part de l'ambu c'est-à-dire que c'est l'ambu dans les services qui gère elle-même ses programmations c'est-à-dire l'envoi des convocations aux patients, la prise de rendez-vous de consultation d'anesthésie, ce qui pose un souci c'est-à-dire que les patients ne comprennent pas trop où ils sont hospitalisés, vers qui appeler quand ils ont des questions suites à la réception des feuilles des différentes unités.

Si on part sur une volonté de développer au maximum l'activité de l'ambu rattachée à un secteur d'hospitalisation ce qui pourrait se discuter comme choix institutionnel, il faut que tout parte de là c'est-à-dire qu'il faut que la programmation et le cœur de l'activité parte de là. C'est-à-dire que nous on va transmettre le fait qu'on veut opérer un patient tel jour et puis après tout parte de là.

Pour l'instant le patient appelle « Leloir » pour dire que la date ne lui convient pas ; ça doit remonter dans le service puis remonter à moi donc c'est des freins énormes.

En post-op c'est pareil c'est un bazar monstre parce que les courriers sont dictes dans le secrétariat de l'activité ambulatoire ce qu'il fait qu'ils ne sont pas forcément rattachés à notre système parce que nous avons un système propre de résumé d'observations. Au final les courriers n'ont pas les en-têtes des services et donc les en-tête de Leloir et je trouve, à mon sens, que ce n'est pas vers là que j'aurais développé. J'aurais développé un plateau d'ambulatoire de chirurgie, mais des plateaux d'hospita en restant sous l'étiquette du médecin du service. C'est-à-dire que vous avez hospitalisé dans le service d'urologie, en ambulatoire, ce qui serait plus simple.

Parce qu'au final vous avez la secrétaire d'ici qui va taper le courrier de consultation, la secrétaire de Leloir qui va taper le courrier de

l'hospitalisation et le bloc opératoire, puis ma secrétaire qui va taper le courrier de la consultation post-opératoire, alors que si on avait un seul secrétariat ce serait plus simple.

Les courriers sont faits au CMCA en ambulatoire pour l'activité ambulatoire par des secrétaires qui font le courrier et le compte rendu de bloc opératoire. Donc les gens sortent de l'ambu le jour même avec un courrier et un CRO, ce qui en soit est très bien.

Il faut qu'il sorte de l'ambu. Il faut une relation directe avec la ville avec les CR pour l'infirmière sache qui doit être fait, c'est à dire les soins du soir ou du lendemain.

Dans le courrier de sortie j'explique ce que j'ai fait, les soins et quand je dois revoir le patient.

Moi-même je ne le sais pas forcément quand je revois le patient (au niveau de la date) mais ma secrétaire programme toujours la date de rendez-vous post-op en fonction de l'intervention.

Par exemple ma secrétaire sait systématiquement si je programme une incontinence urinaire, une consultation à deux mois. Donc la patiente reçoit automatiquement sa convocation pour le post-opératoire. Mais comme ce n'est pas ma secrétaire qui va taper le courrier de sortie de Leloir, celle-ci ne le sait pas.

Si c'était ma secrétaire qui tapait le courrier de sortie forcément elle mettrait la date précise de rendez-vous post-op sur le CR puisqu'elle aurait l'information.

Les traitements antalgiques sont prescrits par l'anesthésiste.

Les arrêts de travail : sont gérés plus par la médecine de ville. Je le précise peu à la sortie et c'est plus précisé sur le premier courrier de la consultation.

Par exemple en chirurgie ambulatoire pour incontinence urinaire je précise bien qu'il y a une reprise des activités progressive au bout de 3 à 4 semaines ; donc c'est pus sur le courrier préopératoire. Les consignes données sont plus détaillées sur le courrier préopératoire et c'est plutôt ce courrier qui « fait foi » par rapport au courrier de sortie où je précise simplement par quelques lignes quels sont les soins post-op. Mais souvent c'est plus détaillé sur le courrier préopératoire.

Sur le courrier préopératoire il y a aussi les coordonnées du service.

Avez-vous l'impression que ça fonctionne bien ?

Oui dans l'ensemble ça fonctionne pas mal.

Est-ce que les patients se plaignent ?

- non, les affinages qu'on pourrait avoir sont les affinages par rapport aux horaires d'arrivée ; sur le fait que ce n'est pas la peine de faire arriver tout le monde à 7 :30 pour faire passer quelqu'un à 13 :00, même si je suis tout à fait conscient que c'est compliqué si un patient annule.

Mais faire venir quelqu'un à 7 :30 à jeun pour intervention à 12 :00 c'est long et on pourrait faire arriver des personnes à 10 :00. C'est vraiment une amélioration qui peut être importante.

Après il est clairement plus facile pour le praticien de travailler avec ses infirmières habituelles « formées » aux techniques opératoires plutôt que des infirmières qu'il faut former. Je fais de l'activité ambulatoire depuis 2008 donc les infirmières du CMCA me connaissent, connaissent mes habitudes, savent ce que je fais, ce que je vais faire en post-opératoire.

Mais quand on développe une activité et qu'en plus quand on a une infirmière qui n'est pas de l'urologie c'est plus compliqué. C'est pourquoi je vous disais qu'il serait pas mal de faire des secteurs d'ambulatoire dans chaque service mais je sais que ce n'est pas la volonté. La volonté est plus simple de faire un secteur d'ambu et de laisser la salle où il n'y aura pas de main mise sur la spécialité. Par contre à former c'est plus compliqué.

Il faut une vraie éducation par rapport à la technique par exemple j'ai développé la toxine botulique au CMCA et il a fallu que je leur apprenne ce que c'est, j'ai discuté avec elles, que je leur explique.

Est-ce que les infirmières font des transmissions ?

Je ne sais pas

Parce que finalement les médecins généralistes voient les patients en sortant pour des questions plutôt d'antalgie. Sur la réalisation des soins propres, c'est souvent les infirmiers qui font.

Quand on parle d'éducation du personnel paramédical.

Voilà le document : au début on a eu beaucoup de questions et de soucis par rapport aux soins infirmiers par rapport à cette technique. On a développé avec la société Metronic un petit livret où chaque patiente qui sort de l'ambulatorio avec des consignes pour le renouvellement des pansements, ce qui permet aux infirmiers de faire les soins. On a « la chance » d'avoir un support d'une société industrielle pharmaceutique qui a le monopole.

Mais ce n'est pas toujours comme ça. Pour d'autres actes chirurgicaux je n'ai pas défini un protocole. Après globalement dès que c'est de la chirurgie (vésicule coelio – cure de varicocèle) en ambulatorio, c'est une incision donc c'est un soin de paroi et les infirmiers savent faire : désinfection, changement de pansement.

Après moi je mets de plus en plus de pansements colloïdes donc y'a pas de soin derrière et on peut se permettre de ne pas faire de soin de pansement.

Vous-même en ville vous voyez monter l'ambulatorio ?

Les médecins généralistes sont assez réticents à l'ambulatorio car ils ont l'impression que c'est un travail en plus pour eux du fait que les patients ne soient pas hospitalisés. Ils ne sont pas trop au courant de ce qu'il faut surveiller.

Moi je ne pense pas qu'il y ait de besoin particulier quand le patient sort de l'ambulatorio et qu'il ait besoin de voir son médecin généraliste le jour même. Je ne pense pas qu'il y ait besoin d'un suivi. Si on acte le patient en ambu c'est parce que derrière on a estimé qu'il n'y a pas besoin d'une check liste de suivi accrue. Si c'est juste prendre la température, chaque patient est à même de prendre sa température lui-même et ce n'est pas le médecin qui vient chez le patient prendre sa température. Suivre la tension, et tout ça c'est pas forcément utile au lendemain d'une intervention chirurgicale somme toute qu'on pense qu'elle peut se faire en mode ambulatorio.

Après les modèles anglo-saxons et américains de l'ambulatorio, ce n'est pas les médecins qui font les check listes, ce sont les infirmiers qui font le soin derrière et qui notent, puisque même eux laissent sortir les patients avec des redons et qui regardent si le redon a donné en post-opératoire et qui enlèvent le redon au bout de deux jours. Ce n'est pas le médecin qui réalise c'est. C'est vraiment des soins

paramédicaux. Les patients sont finalement plus autonomes qu'en France.

Mais ça va changer. Je ne pense pas que ça va donner une surcharge de travail aux médecins généralistes. Moi je ne donne pas comme conseil aux patients d'aller voir son médecin généraliste.

Après se pose le problème de l'arrêt de travail car comme nous ne les remplissons pas, c'est les MT qui doivent les remplir.

A Poitiers où j'étais externe les patients n'allaient pas voir leur MT pour l'arrêt de travail et nous remplissons les arrêts de travail.

Ici on nous dit que c'est les MT qui font les arrêts de travail donc moi je ne fais plus d'arrêt de travail.

Ça se défend d'aller voir rapidement son MT pour qu'il soit au courant mais c'est une consultation supplémentaire.

En dehors des horaires est-ce que vous avez des idées d'amélioration de la chir ambu ?

Plus de plages opératoires, même moi je fais des sur... non conventionnelles parce que je n'ai pas accès à l'ambulatorio alors que je suis dans le service d'Uro la personne qui ai le plus d'accès en chir ambulatorio.

En pratique vous pouvez opérer en conventionnel et faire sortir le patient le soir ?

Oui si le patient au final est prévu d'être opéré en ambu, il rentre chez moi en conventionnel et je l'opère en ambu. Par contre globalement ce n'est pas la volonté locale qui est plutôt de développer une activité. Mais ça m'arrive.

Mais si le patient est opéré à 14 :00 c'est un peu court pour le faire sortir le jour même.

En tout cas si vous voulez d'autres infos je suis disponible. Vous me mettez un petit mail et je peux vous répondre par mail. ***Je peux vous emprunter ?... On peut trouver sur internet ?***

oui oui c'est référencé dans pub Med ou sur le site de la Société d'Urologie.

Remerciements

Entretien de thèse n°8 [M10]**Présentation de la thèse + question brise-glace**

C'est un beau projet, c'est bien. J'étais à l'origine de ça. Quand ça s'est mis en place il y a quinze ans j'étais dans le coup. Je me suis tapé des dizaines de milliers de réunions avec Mme D. à l'époque puis après j'ai lâché. J'ai toujours considéré que c'était important. C'est l'avenir d'ailleurs, c'est moins cher ... puis j'ai été refroidi avec les difficultés de relation avec ce service qui sortait complètement de notre domaine d'activité, domaine d'influence ; puis les anesthésistes ont pris le contrôle avec Mme R. On avait beaucoup de difficulté rencontrer les malades, mettre les malades en consultation. Moi J'ai délégué ça à un gars qui s'appelle T. en disant que comme objectif on essayait de développer l'ambu. Mais surtout mon champ s'est réduit, je faisais de la chirurgie générale puis après je suis parti en chirurgie vasculaire.

Nous ce qui nous intéressaient c'était les varices qui doivent être faites à 90 -100% en ambulatoire et tous les abords veineux, les chambres implantables, cathéter veineux central, cathéter de dialyse. J'ai donc délégué ça à T. et M ; M. a une vacation le lundi puis T. le mercredi je crois...

Voilà moi j'ai passé la main à ces jeunes qui font très bien. T. a développé ça, il doit faire une centaine de varices, 100-150 par an. Puis en PAC, ils en font pas mal. Les PAC aussi ils voulaient nous filler tous les PAC de la cité hospitalière, alors là non. Les PAC, c'est au service de les faire, chaque service s'occupe de ces propres PAC et on est là que pour la traumatologie et le septique. Puis après ils voulaient les biopsies de l'artère temporale, on a dit hop. C'est en ophtalmo maintenant. J'ai redistribué et j'ai épuré pour que globalement tout le monde fasse son activité. Mais maintenant je ne suis pas vraiment au courant ; je ne vais pas à la réunion [...] je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire mais c'est décourageant. Discuter des heures et des heures pour avoir un bloc supplémentaire, une vacation supplémentaire, donc nous on demande des vacations supplémentaires, au moins une ... On a besoin de s'étendre clairement.

Vous manquez de vacances ?

Oui clairement, puis l'accessibilité aux consultations, mais je crois que ça s'est amélioré. Je crois que Mme R. a plus de consultants en anesthésie donc il y a moins de

décalé. Et donc voilà quoi. Et un système, avec son augmentation de lits, elle a quand même plus de facilité pour héberger les gens. Ça va un peu mieux.

Voilà madame, vous ne pouvez pas comprendre car vous êtes trop jeune mais la peau de chagrin de la chirurgie c'est une autre génération, c'est autre chose, et ça me dépasse. On avait mis en place des choses, on avait mis en place des structures, on contrôlait tout, maintenant on ne contrôle plus rien. On devient des fonctionnaires techniciens. Ce n'est pas mon monde, ce n'est pas mon univers. Je laisse passer ça.

Ça devient une structure qui nous échappe totalement, qui est totalement maintenant standardisée, qui est totalement fonctionnarisée, ce n'est plus ce que je connais, ce n'est plus moi.

Avez-vous l'impression que ça fonctionne ?

Oui, ça fonctionne comme vous aimez que ça fonctionne, c'est-à-dire 9h-14h ou 9h-16h, on est à la maison à 17h, il faut que le dernier malade soit parti, on ne travaille pas le vendredi après-midi... C'est ce que vous voulez, c'est votre génération. D'accord, c'est comme ça que ça marche maintenant. Et le chirurgien devient un technicien opératoire, les jeunes sont d'accords pour ça, c'est ce qui les intéresse, ce n'est plus des docteurs. Ce sont des gars qui font un geste technique, je le comprends. Ça se féminise, vous avez besoin d'avoir des horaires fixes et ça se fait comme vous voulez. Ce n'est pas ma médecine, ce n'est pas mon métier. Je ne suis plus dans ce coup là, je suis trop vieux, je n'ai pas appris la médecine comme ça.

La seule chose c'est que vous êtes en train de devenir des techniciens opératoires, des techniciens de la médecine, des techniciens de ci, d'accord mais vous savez à quoi ils réfléchissent maintenant. On est en train de vous remplacer par des infirmières, par exemple en diabétologie, on est en train de mettre des infirmières ... C'est ce que vous voulez. Passer des heures à remplir des papalards, pas être emmerdé, pas de garde ... Vous ne prenez plus de garde ! Il faut que le conseil de l'ordre court après vous pour faire des gardes et vous lever la nuit ; certains d'entre vous. C'est fini ça, c'est une autre médecine. La contrepartie de ça, C'est qu'ils sont en train de nommer des infirmières, F. au-dessus organise des infirmières diabétologues. On est en train de préparer des infirmières pour les pansements. Vous ne regardez plus les pansements, ça ne vous intéresse plus.

Deuxièmement, ce qui va se passer dans 10-15 ans, ça coute trop cher de vous former. Vous savez combien ça coute de former un chirurgien pour la République ? Pour l'instant environ 1 million d'euros, tout compris donc c'est trop cher Donc on va vous former à terme dans 20 ou 30 ans, des techniciens opératoires, c'est-à-dire des mecs qui seront formés en 3-4 ans. Ils sont déjà en train de raccourcir l'internat à nouveau ... De 5 ans à 4 ans avec un post internat ... Donc c'est déjà parti , on forme des techniciens opératoires avec un mec qui va faire la chirurgie de l'épaule , la chirurgie du coude , toujours la même chose , de 9h à 12-14 ou 16h suivant et puis voilà ; sauf 30% qui voudrons travailler plus pour gagner un peu plus d'argent ; pour être un peu plus heureux . Mais la majorité ... Et ce n'est plus le même métier. Moi je suis un docteur qui opère, je ne suis pas juste un chirurgien. On est en train de former des mecs qui ne sont plus des docteurs : pas de diagnostic, le diagnostic a été posé par l'imagerie, c'est comme ça, on a le scanner qui sauve la mise. On a une qualité d'image qui sauve la mise. Il passe au scanner, l'urgentiste vous dit que c'est l'appendicite et qu'il faut opérer. Je le comprends et je l'accepte mais ce n'est pas de mon âge, ce n'est pas mon truc. Tout ce système, tout plateau technique qui échappe au contrôle des chirurgiens, toutes les indications qui sont noyées dans un flux technique et technocratique, ce n'est pas la médecine que j'aime, ce n'est pas la médecine que j'ai comprise. Moi je laisse aux jeunes. Donc c'est l'avenir mais je n'ai pas envie de participer à cela.

Moi je finis ma carrière. Je vais aller à Lens où ils ont encore besoin de mecs qui font des diagnostics, qui parlent aux malades et de mecs qui opèrent. On va essayer de mettre en place l'ambulatoire, mais l'ambulatoire à la Lensoise. C'est-à-dire que les chirurgiens vont pouvoir dire, je fais celui-là, vous me l'installez, vous me le mettez lundi, je le mets sur mon agenda etc.... Vous voyez ce que je veux dire.

Moi je trouve que nous avons perdu le contrôle de notre outil de travail sauf en clinique, mais ils ne sont même plus propriétaire de leur clinique. Ce sont des machines à opérer. Il y a peu de relation avec les gens, si ce n'est des relations formalisées par des lettres, des signatures, des trucs comme ça ...

Moi, l'ambulatoire, c'est l'avenir, ça coute moins cher, on met sans se rendre compte de plus en plus de notre métier sous tutelle financière, administrative, de gestion ... Moi j'aime bien avoir quelqu'un comme vous, un étudiant, parler, discuter, puis après qu'il y ait

tout un système qui se met en route d'accords mais pas ce qui se passe actuellement.

Je vois à Lens où je vais, les chirurgiens ont tout laissé aller, donc c'est l'urgentiste qui dit ça on peut l'opérer car il y a de la place en réanimation. Alors vous voyez des dames diabétiques, 60-65 ans avec une gangrène de périmée, une cirrhose, donc dans un état très grave ; « non on ne vous opère pas, soins palliatifs » Merde, tout ça sans qu'un chirurgien dise on peut y aller ou pas. C'est quand même un peu bizarre. C'est le tri. Vous êtes sur le quai de Auschwitz, vous en avez 600 devant vous, à droite /à gauche.

J'ai vraiment peur de tout cela mademoiselle. Vous devez donc trouver un système qui permet au chirurgien de garder un certain contrôle de leur outil de travail et de la gestion de tout ça. Le chirurgien est le premier à voir, c'est celui qui doit dire « on y va ou on y va pas en ambulatoire. Je ne peux pas le faire. » Et à partir du moment où on accepte de le faire, alors là la machine se met en route, à son service et au service de son activité. J'ai peur de ça pour le chirurgien ou pour le médecin... C'est ça qui me fait peur.

Avez-vous des relations avec la médecine de ville, en ambulatoire ?

Les médecins de ville, ils veulent une adresse si vous voulez. Ils veulent travailler en confiance avec une équipe qu'ils connaissent, le chirurgien ... Parce que le chirurgien reste encore le dernier responsable quand il y a un truc qui ne va pas ce n'est pas votre système, ce n'est pas la coordinatrice, ce n'est pas ci, ce n'est pas ça. On vient voir le mec, toujours. Que le système soit bien huilé, bien contrôlé, bien coordonné, d'accord mais pas de façon administrative anonyme. En privé c'est ça. Ici on a l'impression que c'est plutôt une clientèle « obligatoire ». Alors nous on a voulu en chirurgie veineuse mettre en place le traitement veineux par voie percutanée pour concurrencer un peu le secteur privé. Mais on est par rapport à eux très en retard et beaucoup moins bon. JP T. a voulu mettre ça aussi pour les vésicules, pour qu'il y ait la possibilité de faire des vésicules et des hernies sous coelio ; P Z. fait des hernies sous coelio en ambulatoire. On essaie de maintenir une certaine activité ambulatoire, parce que c'est la tendance, on veut apprendre ça aux jeunes, on veut que le CHU mette à disposition aux gens les plus pauvres ce système mais voilà c'est comme ça. Je ne suis pas au fait de toutes les choses qui se sont développées car j'ai délégué. Celui qui connaît le mieux dans le système c'est T. qui est un garçon très

diplomate, très gentil [...]

Donc pour vous il y a des choses à faire changer ?

Sur le principe j'y adhère totalement. Le gros problème c'est que je voudrais que les chirurgiens gardent la maîtrise de leurs outils de travail et de leurs emplois du temps. Alors de là à avoir des chirurgiens qui soient totalement attachés à l'ambulatorio etc. etc. etc.

Par exemple il y a un bon service de chirurgie ambulatoire en varices qui marche, que je suis allée voir, à Nancy avec Mr C., pour les varices, il en fait énormément, il ne fait que ça, il a rationalisé les choses. Pour vous donner un exemple, les gens viennent le voir en consultation, c'est lui qui fait l'écho doppler de marquage immédiat, les gens non à jeun, ils sont accueillis par une dame à l'accueil qui les pilote. Ils ne sont même pas mis dans un lit ; ils se déshabillent après avoir été marqués, ils sont mis sur un brancard. Ils vont au bloc, ils sont opérés par anesthésie locale par anesthésie tumescence. Ils sont sortis, contrôlés, photographiés avant, photographiés après avec le chirurgien leur donne leurs ordonnances standards. Il les reçoit. Il prend le chèque. Il leur donne le truc standard. Ça a été conçu pour. C'est un bâtiment qui se trouve à l'extérieur de la clinique, avec un accès facile, un parking à disposition. Je veux dire une hôtesse qui les prend en charge tout de suite, qui les accueille, qui les conduit. Il travaille avec une infirmière et ça tourne. Il a un bloc dédié tout est séquencé, tout est fait. Ça marche. Il en fait 5 à 10 par séance. Il fait ses 2 séances par semaine. Puis une séance de consultation. Ça marche ... Voilà la finalité, l'objectif dans une clinique qui est en avance par rapport à nous, comme beaucoup d'ailleurs.

Ici nous on est barré par la lourdeur du système, par le nombre de gens qui opèrent, par le fait qu'on doit former des jeunes ... Et je conviens que c'est peu compatible avec la formation des jeunes. Il faut être opéré par des seniors, des professionnels. Avec nous c'est difficile.... Je ne sais pas si T. il forme beaucoup de gens. C'est toujours lui qui opère. C'est embêtant quoi. Vous ne pouvez pas former des gens à opérer, c'est difficile. Et ce n'est pas varié. Vous dites dans votre carrière, moi je fais de la chirurgie des varices. Ils ne font que ça les mecs. Bon vous gagnez bien votre vie, vous ne faites que ça et vous vous faites chiez ! Mais par contre si vous le faites comme Mr C. vous le faites à fond, lui il a rationalisé ça. Il gade ses

dossiers, il fait des publications. C'est un des gars qui publie le plus actuellement sur la chirurgie des varices en France. Il est repéré par le labo pour essayer le matériel... C'est un centre de référence. Mais des places comme ça, il y en a 25 ou 30 en France.

C'est la vision d'un vieux que je vous donne-là qui a connu une autre chirurgie.

Mais ce n'est pas pour autant que c'est moins intéressant.

C'est ma vision, mais sûrement un peu pessimiste des gens qui quittent le circuit très actif.

Il y a beaucoup de vrai dans ce que vous dites, personnellement.

Ça me fait mal au cœur car vous êtes des médecins, vous êtes des docteurs...

Mais si vous allez au fin fond de la Nièvre, vous pouvez trouver tout comme installation. Et l'ambulatorio pareil, vous pouvez trouver de tout. Vous pouvez trouver une grosse machine comme ça trop grosse, ils veulent encore centraliser avec Salengro... C'est trop, ce n'est pas humain. Ce n'est pas gérable. A partir du moment où Mme R. aura ses 40 consultations à gérer et 25 chirurgiens ; vous ne voyez pas le boulot !

Avec des interventions différentes, des matériels différents... C'est énorme.

L'ambulatorio doit être quelque chose d'assez souple, d'assez léger, qui ne doit pas être trop gros, qui doit rester à dimension humaine. Alors on va faire comme les cliniques, en ophtalmo, à Limoge, vous avez 10 ophtalmos, et vous avez tout un circuit uniquement pour l'ophtalmo. Mais c'est toujours le même geste si vous voulez. Donc les équipes se retrouvent avec les mêmes gestes . Mais si vous laissez 4-5-6 types d'interventions différents, ce n'est plus gérable. Parce que les modes de surveillance, les modes d'entrée sortie sont différents. Et les chirurgiens ont l'impression d'être dans une boucherie, une usine. Moi ça m'embête cette standardisation, cette unification, ce regroupement à l'extrême ; c'est leur stalinisme ici. Chaque fois qu'il y a un problème, ils disent qu'il faut communautariser. Ça devient après trop gros, trop lourd à gérer, trop dur. Moi je ne suis pas d'accord avec ça. Je sais que économiquement ils ont des pressions terribles à la sécurité sociale et tout. Ils sont obligés de le faire et il y a des gens qui ont beaucoup de mérite de s'occuper de tout ça. Ce n'est plus

de mon temps, ce n'est plus de mon âge, moi je fais mon ambulatoire avec des gars que je connais, que j'ai repéré, avec des infirmières et des anesthésistes. A Lens, ils ont intégré l'ambulatoire dans l'hospitalisation conventionnelle. Ils sont passés de 300 lits à 100 lits et sur les 100 lits, il y en a une trentaine qui tournent pour l'ambulatoire. Et c'est mis en commun. Mais c'est plus petit. Il y a l'ophtalmo qui en fait 10 dans une journée, et nous qui faisons 2-3 hernies ou une vésicule ; l'urologue fait des posthectomies. C'est intégrer mais c'est plus petit, c'est plus gérable. Les infirmières connaissent les malades et les accueillent. Ce sont les infirmières du service. Les infirmières du bloc opératoire sont des infirmières standards du bloc opératoire et ça c'est peut être difficile. Il faudra peut-être un bloc opératoire dédié. Et la gestion est faite par les aides-soignants, par les surveillants, par les secrétaires. Il y a un secréteraie spécifique. Donc on opère, on donne la lettre, la lettre est tapée avec le compte rendu opératoire tout de suite, c'est dicté au moment de l'intervention. C'est les infirmières du service d'ambulatoire qui elles gèrent les ordonnances de sortie ; les papiers de sortie, la gestion avec les anesthésistes ... Donc c'est un peu comme ici. Le secréteraie est bien fait et ça se fait à partir d'une consultation qui est commune à l'hospitalisation conventionnelle, à l'HPDD. Ce sont des consultations qui sont gérées quand vous voyez les malades. Vous choisissez ambulatoire, HPDD, conventionnelle. Et à partir de là l'anesthésiste dit oui en général. Le rendez-vous est pris dans les 15 jours qui viennent et les dates sont fixées antérieurement.

Par exemple, mercredi 02 je sais que j'ai une fermeture d'iléostomie, ce sera du conventionnel. J'ai un kyste pilonidal, il restera 24h et il y aura une jejunostomie en conventionnelle. Le mercredi suivant je fais une vésicule, ça peut être de l'ambulatoire si je trouve que ça va bien. C'est comme ça que ça marche ...

Tout cela se passe à Lens ?

Oui

Et ici, le déroulement est différent ?

Ici, le gros problème c'est la consultation c'est M. qui, quand on voit un malade, doit téléphoner à la coordinatrice d'ambulatoire pour avoir une date de consultation d'anesthésie et une date de bloc opératoire. Ce n'est pas moi qui maîtrise mon planning. Mr C. à Nancy, c'est lui qui maîtrise son truc. Il

sait la longueur des interventions, ce qu'il doit faire, c'est lui qui maîtrise. On ne maîtrise pas cet outil, ça nous est imposé de l'extérieur. Si on va regrouper, on va devoir encore en plus

On vous met dans la même boîte et on comprime, on comprime, on comprime La gestion du temps, l'organisationnelle prend le devant sur la médecine. Alors ici on est un peu près indépendant sur le plan financier. Dans les cliniques, il faut qu'ils aient un rendement suffisant. Donc eux sont opprimés par la gestion financière qui les emmerde. J'ai un collègue qui est à Arras, qui me dit que dès qu'il y a 10 malades de moins dans un mois elle est convoquée par le directeur. Et s'il y en avait encore 10 de moins alors on va lui mettre un autre chirurgien sans qu'on lui demande son avis. Donc eux ils ont un problème de rentabilité, ce que nous n'avons pas nous. Nous sommes relativement indépendants pour cela. Ça devient trop lourd. On est d'accord pour améliorer la gestion, on est écrasé par ça.

Bon maintenant j'ai limité mon activité, je ne peux pas opérer tel jour, parce que tel jour ce n'est pas possible, ça ne va pas ça. Je ne parle pas de collègue qui a 25 chirurgiens. Donc il faut trouver 25 plages ! Ce n'est pas possible.

Alors les mecs à coté, comme P. nomme des chefs, des chirurgiens mais il n'y a rien derrière pour opérer. Comment vous opérez, il n'y a pas de place. Alors ils disent il faut agrandir, faut agrandir. Ou bien il faut manger les autres.

C'est l'organisationnel qui devient trop lourd, il faudrait trouver un système où vous ayez défini des objectifs que l'on veut faire en ambulatoire : Est-ce que l'on veut faire des varices ? Des vésicules ? De l'orthopédie ? De la main ? Et à partir de là on donne les moyens. Il y a un bloc qui est dédié à la main avec un planning qui est dédié, des anesthésistes qui sont communs mais qui savent qu'ils y a des plages en consultation qui sont dédiées ...

Il y a un groupe qui est dédié à la chirurgie veineuse ... Vous voyez ce que je veux dire.

Alors au début ça allait car il n'y avait pas beaucoup de gens qui avaient compris, on avait de la place. Il faut trop de patience, trop de combat ... J'ai passé l'âge.

Puis maintenant même la clientèle s'y met, c'est « non j'ai mes vacances le 13 » ou « je

ne peux pas venir », il y a des gens qui décommandent. Il n'y a pas de sanction, ils ne payent pas, pour eux c'est un service gratuit.

C'est un plateau technique !

C'est un plateau technique auquel ils ont libres accès, donc il y a des désistements. Je sais que Mr T. a beaucoup de désistement, je dirais 5 à 10% c'est énorme.

Oui sur un planning comme celui-là avec des vacances restreintes, c'est conséquent....

Et puis les autres ont besoin de la place. C'est de l'argent perdu...

Voilà, vous êtes l'avenir. C'est important. La collaboration avec le médecin généraliste, eux ils veulent un nom, une adresse et une équipe où ça marche. Ils souhaitent envoyer leur malade et quand leur malade revient, ils sont contents. Si c'était sans payer, ils seraient plus contents, eux ils veulent que ça marche. Quand ils voient que tout marche bien, ils s'adaptent et ils envoient. A l'inverse, si ça ne marche pas bien ils n'envoient plus ; ou ils envoient les clochards. Après on est là pour ça aussi, ils doivent être soignés comme tout le monde, la preuve on met en place des services de princes pour des mecs qui ne s'en rendent même pas compte. On n'a pas une grosse clientèle. Pourquoi parce qu'on n'a pas assez de trucs, ce ne sont pas les meilleurs qui personnalisent, c'est l'interne de 3^{ème} semestre qui va Enfin ça ne passe plus, on a plus le droit mais c'était comme ça.

Alors voilà Melle, je ne suis pas désabusé, vous êtes l'avenir, il faut le faire mais c'est un avenir qui me paraît très cadré, limité, où l'individualité est beaucoup plus restreinte ; à l'hôpital public en tout cas. Surtout dans des grandes machines comme ça, on ne sait plus qui fait quoi, qui nomme qui,....

Pour nommer un mec il faut se battre pendant 5 ans, 5 ans Donc le chef de service qui prend le relais s'appelle D M. et celui-là à qui j'ai délégué c'est T. J'essaie de motiver les jeunes chefs de clinique mais ils n'ont pas envie d'y aller trop. D. voulait faire les fistules artério veineuses mais il peut en faire 4 par matinée, mais il ne peut en placer que 2 car ils ne commencent jamais avant 9h30. Il gueule, il râle ... Il faut commencer à 8h. Ça ne va pas. Et quand vous leur dites, vous vous faites engueuler donc il faut être patient, gentil, doux, calme, pas agressif puis s'adapter, avoir une certaine fatalité que les Sud-Américains ont peut-être mais nous pas vraiment !

Nous on commençait à 8h, on terminait vers 19h, on a connu autre chose, vous avez raison. Maintenant il faut s'adapter, c'est au chirurgien de s'adapter mais jusqu'à un certain point. Il faut qu'il y ait un gars qui veuille le faire. Les mecs ils veulent faire des grosses opérations, des aortes, des carotides, faire des varices ça ne les intéresse pas ; ils ne veulent même pas recevoir les malades. Les chefs de clinique, qui font des varices, faire de l'ambulatoire c'est dur pour elle. Parce qu'ils ne sont pas chez eux, pas dans leur territoire, on est toute une matinée pour faire une ou max deux opérations Alors qu'à la clinique du Bois, ils en sont à 10h à leur troisième opération déjà. Ici on est à mi-temps du premier tour. C'est ça qui est difficile aussi, ça décourage les mecs.

Donc il faut améliorer : on commence à 8h ; le chirurgien maîtrise son emploi du temps ; il a des consultations anesthésie rapide, mais ça a été amélioré ça ; et surtout il a disposition des blocs qui lui permettent de programmer sans qu'il y ait les vacances de Pâques, les vacances de la Toussaint ... de ci de ça.

Je suis à votre disposition.

Présentation du planning du CMCA

On sait que pendant les vacances scolaires, c'est une salle sur 2 ; au lieu de 3 interventions, c'est 1 plus une bricole. C'est surtout en fonction des infirmiers anesthésistes, moins des anesthésistes qui ne rechignent pas et sont souvent prêts à faire des heures supplémentaires. M. (la secrétaire) a une copine à la programmation du CMCA donc elle arrive à s'arranger mais c'est difficile...

1 PAC sur en 2 h !

Et là les PAC sont fait en conventionnelle pour avoir un meilleur rendement.

Remerciements

Entretien de thèse n°9 [M11]

Description de la thèse

Comment tout cela se passe actuellement, entre chirurgien/anesthésistes et médecine de ville, concrètement ?

Existe-t-il une coordination des soins et comment se déroule-t-elle ?

C'est un sujet qui est en grand débat national. Chacun à ses solutions, c'est encore très insuffisant. C'est un des gros points de faiblesse de la chirurgie ambulatoire actuelle. Mais il y a beaucoup de non-dits, et d'erreurs dans ce domaine. La base pour qu'un patient accepte et ait confiance en la chirurgie ambulatoire c'est que tout le monde soit d'accord et au courant qu'il va être pris en ambulatoire. Y compris le patient d'ailleurs ! Tout le monde soit d'accord, c'est surtout les acteurs, chirurgiens et anesthésistes, soient d'accord pour un acte chirurgical en ambulatoire. Ensuite les chirurgiens, et anesthésistes, localement et nationalement, il faut qu'on soit d'accord sur quel malade peut subir une chirurgie en ambulatoire, donc l'éligibilité ; et pour l'acte en question. C'est l'éligibilité de l'acte et du patient.

Troisième éligibilité qui fait intervenir l'organisme, si l'organisme n'est pas capable d'organiser un acte ambulatoire, il n'est pas question de faire de l'ambulatoire. Donc c'est une éligibilité patient, acte, organisation. C'est un triptyque capital.

Dans l'éligibilité, le médecin est aussi dans le coup. C'est surtout du théorique, ça ne se fait pas souvent L'éligibilité passe par les informations complémentaires que donne le médecin traitant. C'est-à-dire si il sait qu'un malade va être mis en ambulatoire dès la première date de consultation ; il peut nous dire, attention moi je le connais, il vit tout seul ou avec une handicapée au troisième étage. Alors si nous, nous ne le demandons pas en consultation, on demande des choses comme l'hygiène Parce que si l'ambulatoire se fait n'importe comment au retour, si il y a des choses qu'on ne connaît pas, on va être obligé d'annuler l'ambulatoire au dernière moment parce que on aura eu l'information ou au contraire pas du tout et ça va être la catastrophe. Il va se retrouver le soir chez lui à monter au troisième étage ...

On a donc besoin du médecin traitant pour l'éligibilité, donc avant toute décision. Et bien le médecin peut nous dire.... D'ailleurs dans les récriminations des médecins ou les commentaires, car j'en ai fait des circuits médecins pour savoir comment ils ressentaient l'ambulatoire, j'ai bien vu que c'était un des problèmes Certains disaient, on peut vous donner des informations complémentaires. C'est cependant plutôt théorique car on les questionne les patients, « chez vous c'est comment ? » Dès qu'on voit qu'il pourrait y avoir des problèmes on ne le fait pas en ambulatoire. C'est une manière de mettre le médecin traitant en boucle avant. Ça c'est

pour l'éligibilité.

Ensuite l'accord, c'est évidemment aussi entre chirurgiens et anesthésistes, c'est aussi l'accord du patient. Et là le médecin traitant à un rôle, en amont, capital. C'est là où le médecin traitant est le plus important. S'il y a quelque chose à dire c'est : Eligibilité-rôle du médecin traitant, pas accessoire, réelle mais minime, confiance du malade dans la chirurgie ambulatoire, rôle capital du médecin traitant. S'il reçoit une lettre et qu'il peut ne pas être d'accord et démonter le système On en a de temps en temps : « mais oui mais mon médecin traitant m'a dit que ce n'était pas normal que vous me viriez le soir même ! » Alors que ce n'est pas ça du tout ... Donc lui, il n'a pas compris, le médecin n'a pas été au courant, pas d'accord avec l'ambulatoire en général ou pour le malade ou pour l'acte particulier. On peut lui expliquer pourquoi il a tort de s'inquiéter car si nous on a jugé qu'il était apte à de l'ambulatoire, je crois que nous sommes les plus capables d'en juger, en dehors de ce problème d'éligibilité. Donc pour la confiance du patient, on est bien placé pour dire que c'est possible pour ce malade là mais si lui il a un avis ou des informations erronées alors ça foisonne....c'est des trucs pour les petits gestes, pour les cliniques Il y a pleins de notions erronées donc en effet il peut en rester là-dessus. Qui fait de la formation ou de l'information aux médecins généralistes en ce moment ? Personne !

Ils n'en ont même pas en faculté les jeunes. Je me bats, ça fait trois ans que j'essaie d'avoir une formation des étudiants auprès du doyen. Zéro réponse !

Je ne sais pas quand ça va arriver. Après vous je vois Mme M. qui est la chef des infirmières et de tous les paramédicaux et tout ça, ça y est la formation est prévue. J'ai déjà fait une information pour tout le monde l'année dernière, là c'est une formation qui rentre dans le circuit officiel des maquettes. Il va y avoir le paradoxe que tous les paramédicaux seront formés et le médecin toujours rien. Enfin bref, le médecin n'est pas toujours au courant de l'intérêt de l'ambulatoire pour le patient, pour l'acte. Il y a un très gros travail d'informations auprès d'eux, en aval. D'autant que, en plus, ce que disent les médecins, c'est toujours ce qu'ils me disent, « mais nous en sait rien si vous faites de l'ambulatoire » Comment on peut envoyer un malade en ambulatoire alors qu'on ne sait pas si l'équipe est capable de la faire, si l'établissement est capable de la faire, si l'acte est éligible et quel chirurgien fait de l'ambulatoire ? Car dans une même discipline, certains font de l'ambulatoire et d'autres n'en

font pas.

« Et docteur combien ça va durer ma hernie ? » « Ah bah 2 ou 3 jours » et voilà ils répondent ça. Et puis les patients viennent en consultation et on leur dit que ça fait dix ans qu'on fait ça en ambulatoire. Et ils vont revoir le médecin traitant mais le médecin traitant se fait rouler dans la farine ! Et le médecin traitant il n'aime pas ça du tout... ce sont mes copains médecins traitants qui me le disent. Et quand ils ont une information contradictoire, il est en porte à faux. Et là, il peut se fâcher et dire que ce n'est pas normal Il défend sa position.

Donc l'information pour l'éligibilité l'information médecin pour la confiance. Il faut que le médecin dise la même chose que nous. La plupart du temps ils reçoivent une lettre et disent ok ! Ça c'est trois mois avant....

Après, tout près de l'acte, ils ont complètement oublié que le malade allait rentrer le soir. Et là il n'y a pas de nouvelle information. Il y a juste la lettre de consultation d'anesthésie, quand elle est envoyée au médecin traitant, quand même je pense que oui, qui dit il rentrera à telle date et sortira en ambulatoire. Donc en amont, c'est capital de l'information médecin. Ensuite il faut que localement, les établissements fassent une certaine publicité ; même si le conseil de l'ordre nous fait chier avec ça. On ne peut pas dire ce que l'on fait, qui fait quoi. On s'est encore fait aligner. Donc il faut améliorer l'information.

Les trois piliers sont avant, la sortie et la continuité des soins.

A la sortie, évidemment, il faut toutes les informations. C'est ce que l'on fait nous : compte-rendu opératoire, compte-rendu de sortie, ce qu'on a fait, les prescriptions, les pansements, l'infirmière, ce qu'il faut faire, besoin de kiné ou non, les réseaux de soins, machin

Il faut que tout soit prêt. Quand j'ai fait une formation DPC à Quimper aux médecins traitants, j'ai dit tout ça puis j'ai eu un brouhaha dans la salle. J'ai demandé pourquoi. Ils répondent « pas du tout, nous on a jamais ces documents-là » J'ai demandé aux gens de lever le doigt, il y en avait trois pelés et deux tondus sur 30 qui confirmaient avoir reçu des documents. Les autres n'ont rien reçu. Alors évidemment c'est une catastrophe formidable. Le malade il rentre, si jamais il appelle son médecin traitant le soir, c'est possible. Et bien il ne sait rien ! Et si jamais il y a le moindre problème, anxiété, hématome, problème de paroi, douleurs, le

jour ou le lendemain et bien le patient est renvoyé aux urgences. C'est la catastrophe.

C'est l'unité de chirurgie ambulatoire qui doit s'occuper des soins et de tout ce qui concerne le geste. Il ne doit pas y avoir de transfert de responsabilité sur les gestes ambulatoires, sur le médecin traitant sauf exception. Je l'ai toujours dit, il y a des médecins traitants qui sont des chirurgiens refoulés, ils auraient bien fait chirurgie ou ils aiment bien tripoter, il y en a environ 10-15%. Et ces gens-là, si on les prive de machins de trucs, ils ne sont pas contents. Les autres, ils s'en foutent. Donc il faut qu'ils soient prévenus le soir même avec les documents. Mais il y a encore des dysfonctionnements de l'unité, alors ils signent la sortie mais parfois les ordonnances ne sont pas faites comme il faut ... Ça c'est tout à fait possible.

Les désaccords chirurgiens – anesthésistes est un vrai problème. Je viens d'organiser une cession nationale à Paris sur le sujet : il y avait 500 chirurgiens et des anesthésistes, c'est la guerre pour le suivi. Qui fait quoi, qui suit quoi, qui fait les ordonnances ? Mais pour l'ambulatoire on n'a pas le droit à ça. Ce n'est pas possible. Il faut bien qu'on s'entende sur la sortie. Qui signe, les ordonnances, si on est bien d'accord L'ambulatoire est un modèle d'entente entre anesthésie et chirurgie. Il doit être un modèle pour le reste et donc l'hospitalisation conventionnelle.

Et à propos de ces ordonnances, une surprise encore de la part des médecins à Quimper « bah moi je suis tout le temps appelé pour l'ambulatoire », « le soir et plutôt le lendemain ». « Et pourquoi ils vous appellent ? » « Parce que vous ne savez pas faire les ordonnances ». Donc une des raisons d'appeler le médecin c'est qu'on a mal fait l'ordonnance ! C'est vrai que c'est l'interne, ou l'infirmière ou nous mais on vérifie toujours ce qu'il y a. Une ordonnance c'est précis : le pharmacien il a besoin de savoir etc. ... Même moi je suis sûr que je le faisais mal. Pour les antalgiques, les pansements, on fait mal. Donc si on fait mal le pharmacien appelle le médecin pour que ce soit bien fait. Ça c'est vraiment incroyable. Bon c'est l'occasion, ça justifie au médecin de passer en post opératoire.

Donc voilà pour le per et la sortie. Il y a des critères précis de sortie bien entendu. On ne met pas les gens dehors. Ils sont hospitalisés dans un service conventionnel si ça ne va pas. Aux moindres vomissements, anxiété, douleurs, il y a des critères tout à fait précis. Le pourcentage des gens qui restent est minime, c'est 1 ou 2 %. C'est pour le monde

entier, ce n'est pas seulement pour nous. Ça veut dire qu'on a bien choisi l'indication, car si il y avait 30% de gens qui restaient c'est alors une mauvaise indication. Moi ça m'est arrivé de garder des gens. Un des premiers qu'on a gardé est un anesthésiste, il était content d'être en ambulatoire. C'était une vésicule. « Et puis il y a un copain qui me le ramène » ; très bien. Seulement il n'y avait personne chez lui. Il ne m'avait pas dit qu'il était célibataire. Je n'avais pas posé assez de question, c'est de ma faute, alors on l'a gardé.

Donc le taux de gens qui restent est faible. Et après, le taux de gens qui reviennent c'est peu aussi, c'est moins de 3% en consultation ou en hospitalisation. Les gens, il y en a beaucoup qui reviennent : c'est faux ça. C'est qu'on a mal évalué l'éligibilité de l'acte ou du patient. Si on a choisi bien l'acte et le patient, on sait que pour ces actes là on n'a pas de retour, il n'y a pas de complication. Donc on peut les mettre en ambulatoire. Si on a des gens qui reviennent en consultation précoce dans un taux de 10, 20 ou 30%, ce n'est pas un geste ambulatoire. On ne le prend pas comme acte. Ça varie d'un établissement à l'autre. Il y a des établissements où il y a des moins bons résultats. Donc si le taux de gens qui reviennent est exagéré alors c'est qu'il y a un problème dans l'indication du geste en ambulatoire. Ça ne doit pas dépasser 3%. Et ça c'est encore avec l'information au médecin traitant. Il doit savoir qu'il ne doit pas y avoir de retour. Alors là, il y a un grand principe. On ne doit pas transférer sur le médecin traitant les soins liés à l'acte. Deuxièmement, le médecin traitant reprend la maîtrise des traitements liés aux pathologies pré existantes (diabète, machin...). Ça c'est tout de suite. Il le voit le lendemain ou le surlendemain, ça dépend du traitement, mais ça c'est sûr qu'il reprend la main sur le malade, c'est normal.

Encore un problème d'information, le transfert ou non des soins, c'est souvent différent en fonction des disciplines. On doit donner au médecin et au malade le numéro de téléphone de l'hôpital. Nous ici on donne le numéro de l'unité. Mais l'unité, à 23h il n'y a personne, ça irait sur la garde donc ce n'est pas question. Donc on donne quand même le numéro de l'unité, car si c'est à 19h, il y a peut-être quelqu'un, on donne le standard des urgences au cas où, mais surtout on donne le téléphone de l'anesthésiste et du chirurgien. Et pour les gestes importants, moi je téléphone le soir : vésicule, reflux, chirurgie de l'œsophage. Je téléphone tous les soirs, tout le temps. Je demande ce qu'il fait : il dort, il mange, il pisse, il regarde la télé. Souvent ils éteignent leur téléphone d'ailleurs, ils n'y pensent même pas.

Je leur téléphone le soir en plus du coup de téléphone obligatoire du lendemain pour toutes les pathologies.

Donc le malade, au lieu d'appeler le médecin traitant, s'il y a le moindre problème dans les jours qui suivent, il appelle le chirurgien direct. Je donne mon portable et mon numéro personnel pour qu'ils aient tout de suite l'avis. C'est déjà arrivé qu'ils me demandent pour une petite nausée... mais au moins ils ont tout de suite l'avis, l'information. Sinon c'est le médecin traitant, « alors qu'est ce qu'ils vous ont fait ? », « ah bah j'ai oublié les papiers », ou alors « je ne les ai pas eu »... Les médecins regardent, direction urgences ! Et l'ambulatoire ce n'est pas ça.

Voilà : information, téléphone et évidemment on dit au médecin traitant que tout ennui ou doute lié à l'acte sera géré par l'unité. Tout cela aussi est lié à un problème d'information.

Deuxième principe quant à la continuité des soins, il n'y a besoin d'aucun soin à domicile pour 90% des gestes. Si on a besoin de beaucoup de soins, c'est une discipline à part comme l'orthopédie, ou alors qu'on a mal choisi son geste. S'il doit surveiller son pansement, ceci, cela Si il y a des tas de trucs à faire en post-opératoire, alors ce n'est pas de l'ambulatoire. Le principe de l'ambulatoire, il rentre chez lui, terminé. Il voit peut être le kiné, il voit peut être l'infirmière pour le pansement et nous on le revoit deux trois jours plus tard comme toujours mais il ne doit pas y avoir de soins. Si par hasard, il y en a, c'est l'unité qui s'en occupe. Puis après, il y a des disciplines où il y a des choses à faire. On peut les laisser en ambulatoire mais quand même il y a des pompes machins, des choses pour la douleur, l'épaule, le genou ... et là il doit y avoir une continuité des soins qui met dans la boucle, le médecin traitant, les libéraux, les réseaux de soins. Mais sûrement pas l'hospitalisation à domicile, bien entendu. Sinon ce n'est pas de l'ambulatoire ! Mais on entend ça des ministères et tout ça...

En gros en ambulatoire, on a besoin de rien après ; évidemment ça fâche les gens sur la continuité des soins, le médecin traitant il est dans la boucle lui mais les autres soignants normalement il n'y a besoin de rien. Sauf exception. En tout cas toujours pas l'hospitalisation à domicile à 150 euros par jour alors qu'un réseau de soins c'est 35 euros puis une infirmière c'est 8 euros. Et en plus financièrement c'est complètement aberrant.

Donc voilà ça c'est le deuxième principe. Le premier étant le retour ; s'il y a un problème

c'est l'unité, ou le téléphone.

Et le deuxième, c'est qu'il ne doit rien y avoir.

Et troisièmement selon les disciplines il peut y avoir demande de continuité et le médecin là-dedans il ne doit pas être ennuyé plus que ça quoi... Si il est en confiance avec l'ambulatoire, avec l'équipe, avec l'organisation ; s'il sait que c'est bétonné par l'unité, qu'ils sont bien au courant de tout ça ; il ne va pas craindre l'ambulatoire. Mais la plupart du temps, ils n'aiment pas parce qu'ils ne sont pas au courant, parce qu'ils ont peur des complications... Je le sais, quand j'ai parlé de l'ambulatoire il y a dix ans ou quinze ans, quand j'ai parlé de l'ambulatoire à un congrès de médecine générale, la Journée Jacques Jaillart dans le temps, je ne sais plus comment ça s'appelle maintenant, j'ai posé la question, « qu'est-ce que vous pensez de l'ambulatoire ? » Ils étaient tous contre. Ils disaient « nous on ne peut pas gérer, on ne sait pas ce que c'est, il va y avoir des complications » C'est un vrai manque d'information.

Enfin voilà c'est les grandes lignes.

Je me suis emporté un peu... Je connais très bien l'ambulatoire, au niveau national bien sûr. Ça fait quinze ans que je travaille dedans. Ça n'empêche qu'il faut vraiment aller sur le terrain pour voir où sont les blocages.

L'ambulatoire n'est pas une mode, c'est ça qu'il faut dire aux médecins traitants et de ceux qui s'occupent de la continuité des soins. Ce n'est pas une mode c'est parce que c'est un moyen, c'est une prise en charge beaucoup mieux, avec des avantages pour la majorité des patients. D'ailleurs la majorité des patients sont bien au courant de tout ça. Ils sont d'accord eux, il n'y a plus du tout de blocage comme il y a dix ans. Il y a dix ans quand je leur proposais une chirurgie en ambulatoire en leur expliquant qu'ils sortiraient le soir même, je prenais ma décision en fonction de leur réaction. Soit ils écarquillaient les yeux, « qu'est-ce que c'est que ça ? Et mon chien, et ceux-ci ... » Alors n'en parlons plus. Puis après, la deuxième période c'était il y a 6-7 ans, c'était « vous savez la vésicule, la hernie, ça se traite en ambulatoire maintenant. C'est la norme. » « Oh bah oui mais ... » et bah c'est tout, on disait juste c'est la norme. Maintenant ils arrivent et ils nous disent « il paraît que vous faites ça en ambulatoire ? On vient pour ça. » Ils sont convaincus. A part le fait qu'ils ne connaissent pas toujours les critères d'exclusion : il ne faut pas être seul, le téléphone, la distance n'existe plus, on peut

les envoyer à 300km...

Les patients ont donc bien vu les avantages, ce n'est pas du 100% mais bon. Alors que certains et notamment les médecins sont encore à convaincre des avantages. Et ce n'est pas une mode. C'est un mode de prise en charge qui est un exemple de qualité et de sécurité.

Alors évidemment c'est un peu biaisé car on a une sélection de patients. C'est quand même pas des ASA 3-4, ce n'est pas des gens qui ont des trucs pourris, l'âge n'est pas un problème mais pour les comorbidités ce n'est pas tout le monde. Ça marche bien encore que les critères c'est ASA 1-2 et 3 stabilisé donc ça va loin. Et finalement, qui peut bénéficier de ça, en pourcentage en France, selon les critères des anesthésistes de la SFAR 2009, selon une enquête de la CNAM de 2009 aussi, c'est 90% des patients. Et 10% sont vraiment trop vieux, ou ASA 3-4 ... C'était une enquête sur 34 000 patients faite par la CNAM selon les critères de la SFAR mais sur 5 ou 18 actes, je ne me souviens plus, les plus fréquents. En effet c'était un biais, évidemment, sur des actes absolument ok pour l'ambulatoire. Maintenant si on étend au 43 actes actuels, ce ne sera pas 90% mais plutôt 80 ou 85%, mais c'est déjà beaucoup.

Attention il ne faut pas dire qu'aux Etats-Unis ça marche parce que il y a des hôtels pour accueillir les gens ... Ce qu'on appelle « hôtel hospitalier » ce n'est que à la Mayo Clinique, je les ai vus, mais partout il n'y a pas d'hôtel. Ils sont tous seuls. Nous dans notre groupe NFK, il y a un anesthésiste qui a passé 12 ans aux Etats-Unis, il connaît très bien, il nous a dit qu'il n'y avait pas d'hôtel et tout ça ... D'ailleurs, il n'aurait pas de quoi payer ces hôtels, ni les patients ni la pseudo sécu américaine. Alors bien sûr à la Mayo Clinique, ils doivent accueillir des gens qui viennent de très loin, ils viennent avant et reste après. C'est d'ailleurs le sens des constructions des hôtels hospitaliers actuels. Le nôtre va bientôt ouvrir, juste à l'entrée de l'hôpital. Mais c'est des gens qui viennent de loin ou pour le centre Oscar Lambert qui doivent avoir un repérage pour le sein, une scintigraphie ... Ils ne peuvent pas venir à 8h et repartir mais faut surtout il ne faut pas dire qu'aux Etat Unis ça marche parce qu'il y a des hôtels hospitaliers, de même en Angleterre d'ailleurs.

Et donc l'hôtel ici servira aux gens plutôt pour l'ambulatoire,

Oui il y aura un certain nombre de gens qui viendront pour l'ambulatoire parce que ils

viennent de loin. Le soir non normalement, l'ambulatoire les libère vers 15-16h mais le matin si on les opère à 8h, on ne peut pas toujours les décaler dans la journée en fonction des lieux où ils habitent. Donc parfois on les met à 8h mais s'ils font 200km, on ne peut pas ... Donc là ça peut être utile....

Mais majoritairement, c'est pour la pathologie chronique, mais ce n'est pas pour l'ambulatoire. Surtout pas. Si on complique l'affaire alors ce n'est pas de l'ambulatoire. Encore plus quand les gens ont voulu défendre que l'infirmière passe, que le médecin passe, camera dans la chambre ... Mais alors où sommes-nous ? C'est de l'hospitalisation ça, non remboursé par la sécu bien sûr. Donc ça c'est un cheval de bataille qu'on est en train de mener. Il ne faut pas dévier l'ambulatoire de sa fonction première.

Donc il y a beaucoup de travail. Donc qu'est-ce qu'on fait précisément, à Huriez.... Bah il y a un comité ville hôpital qui est en train de travailler à essayer d'améliorer, je n'y vais pas souvent, pour essayer d'améliorer dans tous les sens l'information, il y a peut-être des moyens comme la télémédecine ... Enfin je ne sais pas, des transferts de dossiers ... je ne sais pas toutes les solutions qu'ils vont trouver mais il faut améliorer les choses. Enfin pour l'information des patients, je désespère parce que convoquer les médecins traitants pour leur expliquer ça c'est absolument illusoire.

On pourrait le mettre dans la formation continue ?

Je suis allé voir les médecins traitants, et ... c'est impossible....

On va pouvoir évaluer ce qu'ils nous disent les médecins, c'est intéressant de voir leur état d'esprit sur la médecine ambulatoire. On va voir

C'est très bien. C'est arrivé à maturité en France, maintenant. Les gros freins, à part les freins de valorisation peut être, de finance ... ça ne les concerne pas tellement, même pas du tout d'ailleurs. Tous les établissements savent qu'ils vont en faire. D'ailleurs ils sont obligés, les ARS, les ministères ... il y a encore des réticences. Je les connais. Il faut faire de l'ambulatoire.

Le médecin ne doit plus être en dehors mais d'un autre côté, il ne faut pas non plus le plonger dedans et lui dire que vous n'avez pas le choix et qu'il a plein de choses à faire en plus. Non ! C'est juste la confiance avant, la sortie avec le maximum d'informations puis

après prévenir des fausses idées ...

(Arrivée du rendez-vous suivant)

La confiance est à tous les niveaux. Je suis allée faire une émission sur France 5, avec Michel Siemens, il m'a accueilli avec un anesthésiste de Paris, il me dit « ah la chirurgie ambulatoire, vous entrez le matin et on vous vire le soir ». On s'est frotté un peu ... Ce sont des trucs provocateurs qui sont encore dans la tête des gens. Si ils n'ont pas confiance en l'ambulatoire ce n'est pas la peine de faire tout ça. On leur explique et puis c'est tout. Parfois les patients nous disent on ne préfère pas, non

Il faut communiquer....

Oui c'est la communication, alors après il faut peut-être un peu plus de moyen et de méthode puis la formation aux étudiants. S'ils n'ont jamais entendu parler de l'ambulatoire quand ils sortent ils ont peur.

Remerciements

Entretien de thèse n°10 [M12]

Présentation des différents représentants

...Il est un peu incontournable car c'est quand même lui qui a la clef de l'organisation des blocs. Donc il aura sa vision à lui (...)

La vision de « terrain » est importante mais ce n'est pas tout à fait la même chose que celui qui tient les blocs par exemple, qui lui, voit que ses camarades demandent, en général, tout et son contraire. Il est dans les arbitrages donc c'est important d'avoir cette vision pour votre travail.

Vous faites de l'ambulatoire ? Que pensez-vous de la coordination des soins ?

Je faisais de l'ambulatoire à l'époque, dans les années 85, c'était de l'ambulatoire non dédiée, c'était de l'hospitalisation de jour et tout ça. Donc c'est vrai que maintenant je n'en fais plus, sauf à l'occasion, de façon exceptionnelle. Pour moi, le problème de l'ambulatoire, en particulier en chirurgie, c'est qu'il faut toujours se positionner par rapport au privé ; c'est-à-dire que dans le privé, c'est une chirurgie qui connaît son boulot, qui organise son activité autour de lui ; l'avantage de l'ambulatoire c'est qu'il occupe moins de lit, donc en occupant moins de lit, il reverse moins à la clinique. Et donc il organise pour que tout

ça roule.

A l'hôpital, ce n'est pas ça. La personne qui est intéressée par l'ambulatoire c'est la direction de l'hôpital, parce que elle a entendu dire par les associations de patients que l'ambulatoire c'est mieux ; et après l'intendance suit, chirurgiens compris. Chacun ayant sa propre vision de l'histoire.

Quand vous rencontrez M. T., ex chef de service, professeur, au bout du compte le monde tournait autour de lui, il a donc la vision d'un monde idéal. Mais c'est un monde idéal où il n'y a qu'un seul professeur, le Pr T. Après le problème commence quand vous avez différents acteurs, en particulier en chirurgie ; le problème c'est d'accéder au bloc et qu'on respecte les règles du jeu. Donc ça veut dire que vous ayez accès à un créneau, que ce soit programmable ; vis-à-vis des patients, quand on fait de l'ambulatoire, ils veulent que ce soit bien le chirurgien qui les a vu qui les opère et qui les fait sortir. Quand vous êtes patient, c'est ça que vous voulez. Vous avez beaucoup de gens dans la maison, quand ce n'est pas le professeur T., il programme en ambulatoire ; ce n'est pas lui qui opère, ce n'est pas forcément à l'heure prévue, ce n'est pas forcément la personne qui vous a opéré qui vous fait sortir et ce n'est pas forcément la personne qui vous a fait sortir qui vous voit en consultation.

Donc ça me fait des courriers désagréables puisque je suis président de la commission qualité ; courriers que je vois passer et qui montrent toujours la même chose : tant que dans l'ambulatoire, pour moi, on n'aura pas répondu à la question « comment et autour de qui on tourne » à priori c'est le patient ; c'est ce qui se passe dans le privé d'ailleurs, et la deuxième personne autour de qui on tourne c'est le chirurgien et les anesthésistes pour que ça puisse se faire en ambulatoire. Ça implique que quand vous êtes en ambulatoire, vous ne faites pas d'autres choses ce jour-là. Toute la chaîne se met en accord avec le chirurgien, son jour en ambulatoire est un jour où jusqu'au bout il peut assurer ses missions dans l'ambulatoire. C'est-à-dire faire sa succession de gestes et faire la sortie. C'est bien une programmation complète.

Ça reste une grande difficulté. Avoir un accès au bloc suffisamment conséquent pour pouvoir faire que ça de sa journée. Ce qui veut dire, en annexe, mais je ne suis pas tout à fait en accord avec Mme R. qui souhaite des blocs dédiés à l'ambulatoire, il n'y a pas une clinique qui fonctionne comme ça. Ce qui est important c'est d'avoir un lieu d'hospitalisation dédié en

tout cas. Ça c'est clair. Avec un vrai savoir-faire. Et il faut que les blocs soient organisés pour que les blocs puissent recevoir l'ambulatoire en premier puis la chirurgie conventionnelle.

Le problème dans nos établissements ici, c'est que la chirurgie ambulatoire est méprisée. Parce que ce sont des gestes, en règle générale d'internes ou de chefs de clinique. Donc c'est complètement à l'opposé de nos missions de recours. C'est à dire qu'on fonctionne à l'envers. M. T. a mis en avant qu'on pouvait faire des trucs pendant les opérations en ambulatoire, mais ça c'est son côté chic. Ce n'est possible que pour des gens qui ont son expérience ; pas pour des gens qui sont chefs de clinique et qui tournent tout le temps ; et qui n'ont pas ce recrutement complet pour faire de l'ambulatoire avec les quelques principes que je vous évoque. Alors ça reste une des difficultés, c'est-à-dire d'avoir un schéma clair qui rend compte que quand vous êtes en consultation de chirurgie, vous programmez un malade et que sa programmation en ambulatoire puisse se faire telle que vous ayez un stock suffisant de malades et que vous opérerez vous-même, pour assurer au patient ce qui se passe et vis-à-vis du médecin correspondant. Sinon on n'est jamais dans un truc cohérent. Donc là, il faut avoir suffisamment de recrutement.

Alors une des difficultés, c'est que si vous avez une très grosse activité, même en tant que chef de clinique, ça dépend des spécialités ; mais bon, on peut imaginer que vous puissiez programmer à 15 jours – 3 semaines en ambulatoire. Ce que les gens acceptent. Chez nous, compte tenu du recrutement que les jeunes chirurgiens ont, si on veut respecter d'avoir toute une journée, ce n'est pas toutes les 3 semaines mais toutes les 6 ou 9 semaines. Et donc à ce moment-là, les délais sont tellement espacés que les patients ne supportent pas d'être autant décalés. Donc qu'est-ce qu'on fait, on programme en ambulatoire, et après on prend le chirurgien qui passe dans le couloir. Donc ça c'est une autre façon de faire. Donc moi je pense que ça c'est un problème.

On pourrait truquer le système avec, quand un chef de clinique, un jeune, a une activité, ce que font les copains en privé, il puisse mettre en premier les 2-3 malades d'ambulatoire et qu'il puisse enchaîner derrière avec un malade plus lourd. Mais il faut que ce soit le même bloc, pas l'ambulatoire dans un bloc dédié. La règle c'est que les malades en ambulatoire soient en premier, quels que soient les créneaux. Pour le chirurgien de toute façon, il

est au bloc, il ne réfléchit pas. Et l'hospitalisation envoie au bloc, comme ça on peut imposer au chirurgien qui s'occupe de ses malades sur les temps de créneaux. Si ce n'est pas fait comme ça, et ce n'est pas le choix qu'on a fait à Huriez, les chirurgiens ne sont jamais là. Parce qu'il faut être sur deux sites, qui ne communiquent pas. C'est-à-dire qu'on vous met une grosse opération le même jour, dans le sacrosaint bloc du haut, parce qu'ils veulent forcément faire la grosse opération en premier, parce que c'est plus facile pour mettre en soins intensifs, et de l'autre côté, ils veulent que vous soyez là tout de suite. Si vous allez au CMCA une fois que vous êtes là, les mecs n'ont en plus rien à foutre, donc éventuellement ça s'étale.... Donc on annule votre malade de l'après-midi.

Tous les gens qui sont en privé, c'est comme ça qu'ils fonctionnent. Vous mettez tous les malades d'ambulatoire en premier, puis dans un deuxième temps vous mettez les gros malades ; ou vous mettez votre consultation puis vous faites vos sorties. De toute façon, vous avez une procédure qui est économe et respectueuse de votre temps, qui est respectueuse du parcours ambulatoire dans sa globalité ; notre établissement ne fonctionne pas comme ça parce qu'il y a des lieux de pouvoir : Mr T. c'est un lieu de pouvoir, Mme R. c'est un lieu de pouvoir, enfin de territoire. Et on arrive tu vois à quelque chose.

Ce qui se fait au CMCA est bien fait, c'est là que je travaille, j'ai participé à l'ouverture. On m'a demandé d'y travailler et tout ça. Ce sont des gens de qualité, ceux-ci ne posent pas de problème mais je pense que ce qu'il faut, c'est réussir à imposer et sur un logiciel différent, que « les petites opérations » d'ambulatoire soient faites en premier sur un faisceau de blocs ; et après on fait éventuellement les grosses opérations. Comme ça c'est bien les chirurgiens qui travaillent, qui programment etcetera, on a une continuité. Tant qu'on fonctionnera avec ce système qui dit « mais l'ambulatoire n'est pas fait où il faut.... » mais ce n'est pas le problème. Le problème c'est qu'on ne regarde pas ce qui se passe dans le privé. Dans le privé, personne ne s'amuserait à reporter

Et c'est en partie dû au fait que c'est vécu comme de la petite chirurgie ! Moyennant quoi le PAC de chimio est fait par le dernier interne qui n'en a jamais fait. Et qu'à l'association des usagers, tout le monde gueule pour que ce soit fait forcément par un señor. Et on n'y arrive toujours pas ! Et c'est encore pire car c'est fait sous local. Donc de la chirurgie ambulatoire sous local c'est encore pire que tout puisque

les anesthésistes veulent les mettre après les trucs endormis. Alors là vous avez perdu, il n'y a plus personne pour s'occuper de vous. On n'est pas dans la logique qui est respectueuse du parcours patient vis-à-vis de l'ambulatoire et donc, à ce moment-là si vous faites ça, le chirurgien peut se mettre d'accord avec le médecin généraliste, on a des chances pour que le système soit transparent. Mais là, il n'est jamais transparent.

Moi je connais le CMCA, vous opérez en ambulatoire, vous avez respecté votre contrat. Ce qui se passe à partir de 3h de l'après-midi, vous avez dix milles coups de téléphone parce qu'il faut que le patient sorte, parce que on veut faire le ménage. Qu'est ce qui se passe ? Vous envoyez un interne, qui va raconter je ne sais pas quoi, et donc si ça va bien, le patient dit « le chirurgien ne m'a pas dit et ne m'a pas fait sortir, ne m'a pas donné l'explication qu'il faut », et si il y a une complication c'est le bordel.

Mais si vous dites que vous passez, ce que je faisais car je suis un caractériel, moi je refusais mais j'étais pratiquement le dernier. On me disait ça ferme à 20h, moi les patients savaient que je passais vers 18h -19h. Je passais, pas de problème mais tout le monde vous fait la gueule. Tout le monde vous fait la gueule comme si vous étiez un salaud. J'avais dit aux gens, je consulte l'après-midi, d'ailleurs je vous vois l'après-midi, quand j'ai terminé la consultation ; vous êtes arrivés le matin, je vous ai opéré jusque 10h ; 10h + 8h ça fait 18h donc je passerai après 18h et avant 20h. Je vous ai donné ma prescription avec les médicaments le jour de ma visite préopératoire, donc vous avez pu avoir, malgré l'heure tardive de sortie, tous vos pansements, tous vos médocs ... Ce n'est pas comme ça qu'on doit faire ?

Ce n'est pas compliqué. Si vous sortez à 20h il n'y a pas de souci, on a pu programmer un retour en ambulance si cela est nécessaire.... Tout est fait. Mais quand vous faites ça, ça n'intéresse pas les aides-soignantes du CMCA qui font la tronche. C'est le « bientôt fini » le CMCA, enfin les ambulatoires pour les équipes paramédicales et médicales, c'est comme à la mairie de Marseille avec les éboueurs, c'est-à-dire que même si vous avez ramassé les poubelles, vous faites ça en 5 heures, vous pouvez partir au bout de 5 heures. Eh non Je veux dire, c'est un respect du travail. On respecte les trucs et on ne téléphone pas aux chirurgiens pour savoir si ils passent avant, tant mieux peut être, mais ça, ça ne marche jamais. Je peux vous l'assurer.

Et c'est comme ça depuis l'ouverture puisque j'ai fait l'ouverture du centre ambulatoire. Mais en 1985, j'ai créé une unité d'HPDD en chirurgie ; c'était la première de cet établissement. C'était réglé comme du papier à musique. Mes malades arrivaient le matin, je mettais toujours mes malades ambulatoires en premier ; enfin je ne faisais pas tout à fait ça. Comme on est un vrai hôpital, on est incapable de commencer à 6h du matin ; je mettais un petit bloc de la veille puis après ça roulais. J'avais même des problèmes avec tout le monde. On disait que j'étais avantaagé car je faisais des gros programmes. Je ne faisais pas des gros programmes mais j'étais organisé. Le schéma de la maison n'est pas celui-là. Le schéma de la maison c'est de vouloir un gigantesque hôpital d'ambulatoire, avec ses propres blocs, avec tout ça.... C'est pareil pour les gastros. Si les gens font plusieurs choses, les gens qui vont péter un câble c'est les gastros ou les dermatos. Pour travailler en ambulatoire, il faut qu'il n'y ait pas de problème, il faut qu'on soit un prestataire de service mais respecté. Alors dans notre maison, la variable d'ajustement c'est de dire, on est une équipe donc celui qui voit n'est pas celui qui opère qui n'est pas celui fait la sortie, que celui qui revoit le patient en post op. Ce n'est pas ce qui se passe dans beaucoup de cas ?

Je crois, contrairement à ce que beaucoup de gens pensent, que ce n'est pas forcément la faute des médecins qui utilisent l'ambulatoire. Ce qu'il y a c'est que le système leur propose d'être à dix milles endroits à la fois. Donc ça ne marche pas, donc à la dernière minute ils ne s'organisent pas. Moi je crois que dans l'ambulatoire, c'est l'unité d'hospitalisation qui doit être autonome, je pense, ça peut être 20, 30, 40 lits avec un vrai savoir-faire d'ambulatoire, en essayant qu'il y ait une sectorisation médecine, chirurgie ; mais je ne suis même pas sûr que ce soit important, ça pour moi c'est le deuxième niveau ; et après tout le reste doit être à la disposition de cette hospitalisation : les blocs, les machins....

La règle du jeu quand on a un examen radio en ambulatoire pour un patient qui est hospitalisé une journée, il est prioritaire, il est forcément en premier ; pareil au bloc et que ce soit la contrainte des blocs. Ah ce moment-là, les opérateurs vont se soumettre à la contrainte, il mettra leur 1 ou 2 malades ambulatoire le jour de leur programme. Ils sauront qu'ils ont deux malades hospitalisés ce jour-là, qu'ils ne seront pas en conventionnel. Qu'est ce qui se passe aujourd'hui, ce n'est pas ça, ils font de l'ambulatoire en conventionnel. C'est-à-dire

que pour protéger leur créneau ambulatoire, ils les mettent en conventionnel : ils rentrent le matin et ressortent l'après-midi. Ce qui n'est pas idéal en conventionnel parce que les infirmières ont tellement d'autre boulot par ailleurs, ça les perturbe dans leur mode de fonctionnement. Elles n'ont pas les bonnes priorités vis-à-vis des patients donc ce n'est pas une bonne chose.

Moi je crois que l'ambulatoire c'est mieux quand c'est au-delà d'un certain volume, dans le programmé, c'est réglé, ça permet aux infirmières de retéléphoner aux patients, qu'elles connaissent les consignes, les choses sont claires, elles prennent l'habitude, on peut sectoriser, et ça c'est bien. Et à ce moment-là en plus, en terme médico--économique, sur un étage il n'y a pas de nuit, c'est clean. Il n'y a pas de mélange des jours, il peut y avoir des vraies coordinatrices qui suivent, qui puissent rappeler aux chirurgiens, et ce n'est pas s'humilier devant le chirurgien que de lui rappeler ce qu'il a à faire. C'est rendre service. Je veux dire que le mec qui a opéré le matin, s'il enchaine sur une consult, ce n'est pas forcément facile. Ce qu'il faut c'est qu'il n'oublie pas. Il y en a qui n'oublieront jamais et vous en avez d'autres, c'est plus compliqué.... Si c'est réglo, vous avez une chance ; C'est ce qui m'embête dans l'établissement.

Je pense qu'aujourd'hui le leitmotiv est que tout le monde pense que les médecins ne sont pas organisés, qu'ils ne veulent pas faire d'ambulatoire etc.... Je ne pense pas que ce soit vrai, je connais les gens comme Z. , tout ça.. Mais ce n'est pas le problème. Vous n'êtes pas à la disposition de l'ambulatoire. L'ambulatoire c'est un patient, c'est un parcours patient, et on regarde comment il faut que ce soit fait pour économiser aussi du temps qui est rare. Parce que si pour opérer un malade en ambulatoire, vous ne savez pas quand vous opérez, mais vous respectez la règle du jeu, c'est qu'on a de l'argent à perdre. De bloquer un chirurgien pendant toute une matinée, qui vienne quand on l'appelle ce n'est pas possible.

Moi qui arrive au CMCA tous les jours à 7h30, on ne commence jamais avant 9 h. Ce n'est pas possible. Donc tout le monde se refille la balle. C'est la faute des uns et des autres, les anesthésistes n'arrivent pas tôt mais les chirurgiens ne sont pas à l'heure ; mais les chirurgiens ça fait belle lurette qu'ils n'arrivent pas à l'heure car de toute façon Mais comme c'est tard ils finissent toujours par imaginer que le malade qu'ils vont faire à 8h30 en haut (cf. *hosp°conventionnelle*) , ils auront fini pour aller au CMCA puisque finalement ils

sont tellement en retard qu'ils peuvent enchaîner au CMCA, ça va passer Mais ce n'est pas possible... Il y a un souci...

En gastro, c'est moins net car le plateau technique de gastro est centralisé là. Toutes les colos sont faites au même endroit. Donc M. M. ou Mr B. quand ils arrivent, ils passent leur journée là. Donc le CMCA marche bien. Mais en fait, ce n'est pas le CMCA qui marche bien, c'est le plateau technique dédié qui est organisé par rapport à l'ambulatoire. Mais en chirurgie ce n'est pas ça qui se passe. On vous demande de faire ce qui est ambulatoire dans un secteur de chirurgie qui n'a rien à foutre de votre vie à vous. A la limite, vous opéreriez à l'heure mais tout le monde s'en fout. Alors à l'extrême limite, ce n'est pas de la chir générale qu'il faut mettre, c'est de l'ORL, ou de l'ophtalmo ; ça ça va marcher. Le mec il vient faire ses 5 cataractes en ambulatoire, c'est pour ça qu'on dit à « l'unité Leloir on est très fort en ambulatoire ». Bah oui, ce n'est pas le problème, tous les chirurgiens, ils savent faire mais la cohérence du temps.... En plus, en ambulatoire, quand on va vers des choses un peu complexes comme celle de Mr T., si on veut évoluer vers ça, il faut être avec un jeune, il faut l'encadrer lors de ses gestes en ambulatoire. Avec cette façon de faire, on ne les encadre pas, les mecs ils se démerdent tous seuls tout le temps. Donc ça dure deux fois plus longtemps, et on dit qu'en ambulatoire « ça ne va pas », « ils durent trop longtemps », « ce n'est pas des chirurgiens d'expérience », mais les chirurgiens d'expérience ils ne veulent plus y aller, il n'y a que moi qui suis assez con pour y aller depuis la création. C'est un truc de dingue. Ce n'est dirigé contre personne.

J'ai l'impression qu'en périphérie ce n'est pas pareil, comme vous avez peu de chirurgiens, comme vous avez deux, trois viscéraux, le mec il ne peut pas Il n'y a pas de secteur, il n'y a pas de bloc dédié à l'ambulatoire. Vous mettez l'ambulatoire en premier, ou vous vous faites une matinée d'ambulatoire. Vous mettez ça le vendredi comme ça je suis tranquille dans mon week-end... mais il y a toujours une approche efficace. Tout le monde s'y retrouve : les patients, les médecins ...

Là ce n'est pas ce qui se passe, on est dans une idée théorique de l'ambulatoire, donc le CHU fait de l'ambulatoire et communique avec son environnement. En faisant comme on fait maintenant, on démontre que nous sommes incapables de s'organiser en interne puisque les médecins généralistes n'y voient que du bordel. Ils voient que ce n'est pas le bon chirurgien, les malades qui disent « je n'ai pas

vu mon docteur ». Ils ont donc l'impression qu'on est à l'ouest. Si c'était bien organisé avec une grosse structure fonctionnelle, même les infirmières coordinatrices d'une unité d'hospitalisation d'ambulatoire pourraient téléphoner au médecin généraliste. S'il y a une nécessité de.... Et si il y a besoin, on pourrait avoir un système de recours avec un numéro de téléphone, tout ceux-ci serait possible je pense. On ne fonctionne pas comme ça.

C'est vrai que si en interne il n'existe pas d'organisation et donc de coordination, cela semble difficile avec la ville.

Alors que l'objectif c'est d'arriver quand même à la moitié des lits, c'est ce qui est dit dans la directive ministérielle donc en gros c'est une économie stricte. Ce qu'il faudrait sur Huriez à moyen terme, c'est un étage par aile d'ambulatoire, médicale et chirurgicale mais ici on dit que « la moitié des lits en ambulatoire » c'est quand même ça que ça veut dire. Vous ne pouvez pas avoir une unité d'ambulatoire pour l'endocrino, une unité d'ambulatoire pour la gastro, à chaque fois une unité d'ambulatoire ... ce n'est pas faisable. Ce qu'il faut c'est un secteur global. « Il y a des vraies économies de structure » et une vraie qualité qui peut se mettre en place. Les économies qu'on peut faire stricto sensu, on peut quand même en mettre en partie pour que le système soit comme il doit être. C'est-à-dire en termes de programmation, on met les patients aux bons endroits.

Car comme il n'y a pas vraiment de coordinatrice, c'est en demi-teinte, comme les malades ne sont pas aux bons endroits, les médecins qui les prennent en charge n'ont pas bien compris, c'est jamais au bon endroit. Donc ça donne une image à tout le monde de bordel. Alors que si vous êtes sur une masse suffisante, je ne sais pas combien de lits, là on peut s'arranger pour que la vie des chirurgiens qui travaillent en ambulatoire soient plus confortables. Car ce que l'on oublie quand même, c'est que quand vous faites de l'ambulatoire, qui-est-ce qui encaisse le fait de dire, quand le malade sort, « tout va bien », c'est le chirurgien ! Le plus simple c'est de les faire sortir le lendemain. C'est cadré. Si vous avez le moindre problème dans la journée, vous les voyez pour la sortie le lendemain. Vous dormez bien et tout va bien. Donc il faut que la vie de l'opérateur qui garantit la qualité soit quand même correcte. Sinon les mecs ils ne vont pas y aller. Ou sinon, ils vont faire comme les gens de votre génération, pour se protéger, ils répondent « on confie à l'équipe, et ce qui compte c'est qu'il y a quelqu'un qui passe. » Ce qu'il raconte, que ce qui a été dit

en consultation, on s'en fout, ce n'est pas la même chose ! ... c'est pourtant dur pour les patients....

Tout à fait, et pour les médecins généralistes également...

Je ne vous raconte pas quand c'est fait sous local, et qu'il dit « putain c'est difficile, va chercher machin... » Et que la personne qui a dit ça, ce n'est pas celle qui passe et que l'autre dit « non non, il n'y a pas de problème. Oh il y a un bleu ne vous inquiétez pas ». Ce n'est pas possible. Alors le patient quand il voit le docteur, il y a un hématome qui a grandi, il dit au docteur ce qu'il a entendu, inquiet, et que eux, ils ont un papier merdique avec écrit RAS.

Je ne réponds pas forcément à votre question ...

En partie, car c'est important de savoir les limites dans les équipes pour pouvoir améliorer les choses en aval. Mais sur la coordination à proprement parler ? ...

Mais ça marche bien sur le fond mais on pourrait faire dix fois mieux sans se faire chier. Moi je reste persuadé qu'il y a un problème c'est que le plateau technique fait partie de l'ambulatorio. C'est une erreur de principe. Pour moi l'ambulatorio veut dire qu'on a un lit, c'est une hospitalisation. Il y a une programmation autour de cette hospitalisation soit avec un bloc, au sens médical ; pour moi une coloscopie est un bloc, il y a un endroit qui garantit que le geste puisse être fait dans le cadre de l'ambulatorio, donc c'est prioritaire, tac...

S'il y a dans cette hospitalisation, un certain nombre d'exams, on est capable de programmer ceux-ci. Mais déjà presque la programmation en ambulatorio, est-ce que c'est si logique que ça ? Ça peut être fait en consultation.

Le malade pourrait avoir un plateau repas au midi, serait en consultation et il se promène. Le lit est-il vraiment utile ? Ce qui est intéressant c'est la journée ambulatorio. C'est une journée d'exams complémentaires avec comme dans l'ambulatorio en théorie, où vous entrez puis, vous avez une synthèse à la sortie. Mais est ce qu'il y a besoin d'un lit, d'une salle de convivialité, qu'il puisse manger avec ses accompagnants dans l'intervalle du midi ? Je ne suis pas bien sûr. Ça consomme beaucoup d'aides-soignants pour nettoyer la pièce. Ça serait peut-être mieux une pièce ambulatorio avec des fauteuils, la télé, des

trucs.... Peut-être une ou deux salles de prélèvements et des gens qui doivent avoir une prise de sang le matin puis après un bon petit déjeuner. Là quand il y a des exams paracliniques, ce sont des valides. Sinon ils sont en hospit. Après vous avez les handicapés et c'est un petit peu différent. On a une population particulière avec une limite. Ça peut être les personnes âgées au-delà de 70 ans, quand ils ont un problème de motricité, il faut mieux qu'ils aient une forme d'autonomie pour un certain nombre de soins. Mais on peut arriver et ce n'est déjà plus pareil. Donc heu

Quand j'entends parler de l'ambulatorio, je pense que ça ne respecte pas à la fois le parcours de soins du patient, et donc le pivot le médecin généraliste, et ça ne respecte pas les acteurs. Tout le monde fait comme si ce qui est autour du parcours du patient est à disposition. On ne peut pas opposer le patient en ambulatorio et le patient en hospitalisation conventionnelle parce qu'ils font tous des radios, tous des prises de sang, tous des blocs, toutes des fibros... donc dans le fond, ils sont en concurrence dans l'utilisation des moyens mais on doit pouvoir faire une forme de cohérence.

Les colos en ambulatorio plutôt l'après-midi que le matin. ... Enfin on doit pouvoir trouver une solution. On a quand même des logiciels qui savent faire aujourd'hui pour la programmation. Par contre, il ne faut pas changer toujours de docteur. Parce que là on perd en efficacité. Donc là il y a des logiques que je n'entends pas trop. Moi c'est ça qui me dérange dans le projet de notre maison. On ne sait pas résoudre qu'on est un hôpital universitaire et donc le fait que nous sommes avec des gens jeunes, et compte tenu de leur nombre, ils sont toujours la variable d'ajustement dans ces trucs ambulatoires plutôt que de les impliquer et les respecter de la même façon.

Le problème de la formation, de la structure et des chirurgiens qui ne disposent plus vraiment de leurs patients et qui sont perdus là-dedans et qui sont à la disposition du CMCA ...

Ils sont maltraités. Et de l'autre côté, moi je les entends les gens qui disent « il y en a marre de ces seigneurs », et bah les seigneurs ils arrivent à 7h du matin et ils partent à 21h. Le problème ce n'est pas d'être là pour eux, c'est de perdre le moins de temps possible. C'est insupportable.

A chaque fois que j'y viens, je perds environ 1h

à 1h30. Le mec qui sort à 21h, il veut bien sortir à cette heure-là s'il a taffé toute la journée. S'il a perdu 1h ici et 1h là-bas, machin, truc muche.... Vous ne l'acceptez pas spontanément, vous ne l'acceptez pas en tant que chef de clinique et vous souhaitez partir de cette maison de fous. Quand vous êtes titulaire, vous pétez un câble, ce n'est pas possible.

Alors vous trouvez des systèmes de contournement, vous faites de l'ambulatoire « forain ». Mais sauf que lui, quand il opérait, tout était organisé autour de lui. Donc lui il a développé l'ambulatoire autour de lui. Mais il n'y a personne d'autre à qui on a fait ça. Même M. C.

Et après il y a des priorités, on vous explique que les prélèvements de moelle sont prioritaires pour une raison X ou Y, moi je suis d'accord mais ça c'est médical. Mais pourquoi moi après je ne suis pas prévenu de ce truc-là, et que je vais perdre le temps du prélèvement de moelle. Donc pendant 2h je ne fais rien.

Professeur de médecine ou de chirurgie, pas grave, le mec il attend. Ou alors on sait qu'il y a toujours un prélèvement et vous mettez quelque chose jusque 10h mais on vous décale pas la veille en vous disant pas de chance, il y a un prélèvement demain et tu es décalé. Mais ce n'est pas possible !

Pendant les vacances, puisque c'est votre vacation qui est prise avec un prélèvement de moelle, ça fait donc la moitié du programme et tu considères que tu commences à 10h. Il te répond qu'il y a des délais à respecter, donc il fait comme si il n'y avait pas de prélèvement et il s'engueule avec tout le monde quand il y a des prélèvements. Ce n'est pas une solution.

Vous pouvez dire, je commence à dix heures, je fais mon courrier, je fais tout ça ; mais c'est programmé. Mais je ne me mets pas une matinée pleine de chirurgie qui va de toute façon me mettre dans la merde. Parce que, quand on va décaler tout mon programme, tout le monde me fait la gueule en disant que j'ai trop chargé ; voire on m'annule les malades.

Qui sont venus du fond du Nord Pas de Calais

Oui et là c'est marrant car c'est moi qui doit aller leur expliquer ! Et voire même on dit au malade, le chirurgien ne peut pas vous opérer, ce n'est pas possible. Donc vous devenez le responsable vis-à-vis du patient. Donc on s'organise comme s'il y avait un bloc à 8h puis si c'est annulé je fais du courrier....Au bout du

compte à 13h j'aurai terminé mon truc car après vous ne pouvez plus travailler au CMCA.

(Rires)

Ah oui car vous ne pouvez plus travailler au CMCA après 13h ! Ça vous prouve bien que les chirurgiens dans leur majorité, eux, on tout à fait analysé le coté bloquant. Parce que quand c'est dans le bloc commun, si vous mettez que de l'ambulatoire, si vous terminez à 14h, il n'y a personne qui vient vous faire chier. On vous fera peut-être chier car vous n'avez pas su correctement enchaîner les malades. Et le malade que vous avez mis à 14h qui dure 3h, on va vous expliquer qu'on le reconvoque parce qu'il va dépasser 16h. Ça c'est autre chose. Mais à priori ce malade-là, c'est un malade qui est en hospitalisation. Donc on est déjà dans un timing plus gérable. Et puis, on peut éventuellement le mettre dans une autre salle, il est commencé à 13h, éventuellement par un de vos collaborateurs, et une fois que vous avez commencé votre truc, vous pouvez enchaîner.... Il y a des solutions.

Au CMCA, il n'y en a pas. Donc c'est un frein parce que le bloc est dédié. Je crois qu'il ne doit pas y avoir de bloc d'ambulatoire. Il doit y avoir des blocs qui fonctionnent pour l'ambulatoire, donc qui commencent tôt. Ça par contre oui, il faut qu'on soit capable de mettre un patient à 7h30 avec un chirurgien qui l'opère à 8h. Mais ça on peut y arriver. Il y a 17 salles à Huriez. On peut dire qu'il y en a 5 qui sont dédiées à une prise en charge ambulatoire où on est capable de mettre des patients dès 7h30. Ça marchera. Ce sont les mêmes mecs en privé ; Ça marche en privé, même en hôpital périphérique ils y arrivent. Même les anesthésistes ils sont motivés en periph, car quand vous commencez tôt, vous partez tôt. Tout le monde est solidaire. Tandis qu'ici, c'est jamais les mecs qui font le matin et qui font l'après-midi. Donc le problème est de se passer la patate chaude. Finalement les gens qui deviennent fous ce sont ceux qui sont là toute la journée. C'est-à-dire ceux qui ont différentes activités à l'intérieur de la baraque. Les gens qui sont là du matin au soir, sont les témoins eux même de ce dysfonctionnement. Et ceux qui viennent par temps parcellaire, ils pointent le dysfonctionnement des autres sans voir leur propre dysfonctionnement. Car ils n'ont jamais une approche collective de leur collègue. Sinon la seule façon de survivre au niveau des chirurgiens, effectivement, c'est de dire que le jour où je suis au CMCA, je suis au CMCA et je ne fais rien d'autre.

Moi je suis organisé, tous les vendredis matin,

je suis au CMCA, malade ou pas. Certains pensent « tu n'occupes pas toujours ton créneau » mais qui est-ce qui occupe toujours son créneau ? Je n'ai que 2 malades. Et si je suis intelligent et que je souhaite mettre un malade qui n'est pas ambulatoire, on vient me dire que ce n'est pas possible. Dans ce sens-là, encore plus, je ne vois pas où est le problème ? Le personnel dans le bloc est disponible jusque 13h, je rempli le créneau. « Mais ce n'est pas de l'ambulatoire, tu ne te rends pas compte » Et bien j'occupe mon créneau avec un chef de clinique qui avait besoin d'un créneau. Il est où le problème ?

Dans les deux sens on n'y arrive pas ! Moi j'opère surtout des patients en chirurgie conventionnelle et c'est du grand n'importe quoi.

Un bloc c'est un bloc ! Quand il n'y avait pas d'ambulatoire, tout le monde était content que j'occupe les blocs.

(Discussion sur le privé à titre personnel)

Je reste quand même convaincu que si on pousse des chirurgiens à un certain volume ambulatoire, on doit pouvoir leur imposer une unité d'hospitalisation en ambulatoire ; chir et médecine peut être. Le chirurgien fait la sortie. Si c'est toujours la même chirurgie... Il n'y a pas besoin de spécialisation des infirmières en médecine et chirurgie.

Normalement la chirurgie ambulatoire ou la médecine ambulatoire, pour les infirmières qui sont à proximité, c'est du basique sinon c'est plus de l'ambulatoire. On n'est pas dans le bon tempo. On est dans l'idée d'un hôpital d'ambulatoire. Mais un hôpital d'ambulatoire, ce n'est pas la même chose qu'un hôpital qui fait de l'ambulatoire. Dans un hôpital d'ambulatoire, les médecins ne viennent pas passer cinq minutes ! Ils viennent la journée, il y a de la consult, tout est organisé pour optimiser à la fois le parcours patient et le temps des médecins qui participent à cette activité. C'est ce qui se passe dans les faits. On optimise le temps d'anesthésie.... Tout cela.

Il faut que l'on réponde à cette question.

A Huriez, je reste convaincu au bout du compte qu'un bloc n'est pas un lieu ambulatoire mais c'est un plateau technique à disposition. Mais par contre, il faut des unités d'ambulatoire de grande taille, pour avoir le nombre qu'il faut d'infirmières coordinatrices, pour la programmation Ca il en faut beaucoup ; alors que chez nous on ne le fait

pas !

Je ne vais contre personne, je fais juste un constat.

Remerciements

Entretien de thèse n°11 [M13]

Présentation de la thèse

Comment se déroule la prise en charge ?

Moi je suis peu consommateur du CMCA, les plus consommateurs sont les urologues qui font de l'andrologie, et puis après c'est de l'urologie générale. Je ne suis pas sûr de connaître tout le circuit dont vous parlez.

On en fait pas mal.

Vous avez une liste de questions ?

Oui

Non parce que le circuit est le même pour n'importe quelle chirurgie, c'est à dire que la programmation se fait par le CMCA, et les consultations de pré anesthésie se font par le CMCA, puis ensuite nous on vient juste pour l'acte. Et au moment de l'acte, on fait notre compte rendu puis ensuite on va voir le patient au moment de son départ pour lui donner ses ordonnances et sa lettre de sortie. Ca ça reste très basique et très peu différent des autres personnes.

Est-ce que dans ces patients qui sortent il peut y avoir des gens qui peuvent être réadmis ou qui peuvent avoir une complication qui nécessite une prise en charge ?

C'est sûr que plus on fait de l'ambulatoire et plus on a de patients réadmis et moins on en fait moins on en a ; par définition. Mais je ne sais pas trop dans quelle mesure est-ce qu'il y a une prise en charge spécifique de réadmission pour des gens du CMCA par rapport à d'autres blocs.

(Entrée d'un médecin pour justement parler des plannings de la semaine suivante.)

Le circuit c'est comme tous les chir, comme tout le monde, la programmation se fait par le CMCA, les rendez-vous de consultation de pré-anesthésie se font par le CMCA, et ensuite nous on vient juste pour l'acte. Au moment de l'acte, on fait notre compte rendu et ensuite on

vient voir le patient au moment de son départ pour lui donner l'ordonnance et la lettre de sortie. Ça ça reste très basique et peu différent de ce de ce qui se passe dans les autres services. Alors dans ces patients qui sortent il y a forcément des personnes qui peuvent être réadmis ou qui peuvent avoir une complication qui nécessite une PEC. C'est sûr que plus on fait de l'ambulatoire et plus on a de patients réadmis ; et moins on fait de l'ambulatoire et moins on en a ; par définition. Mais je ne sais pas trop dans quelle mesure il y a une PEC spécifique de réadmission pour des gens du CMCA par rapport à d'autres.

(Entrée d'une personne dans le bureau)

Donc il n'y a pas de pec particulière chez nous, ni de lettre différente. Nous on fait de l'ambulatoire hors CMCA parce qu'ils ont une offre insuffisante, donc on en fait dans le bloc commun.

Et finalement à part le fait de faire la sortie des gens le soir, il n'y a pas de grands changements.

Par contre ce sont vos infirmières d'hospitalisation qui s'occupent de ces patients ?

Oui c'est une salle d'hospitalisation qui est annexée au CMCA, unité Leloir ici, qui s'occupe de ça.

Donc finalement bien sûr c'est nous qui les donnons les consignes, c'est l'organisation du CMCA et l'unité Leloir qui va être utilisée par nos patients.

Nous, lorsqu'un patient est programmé en ambulatoire, il est forcément à l'unité Leloir pour tous les patients. Alors après, les gens le respecte plus ou moins. On les oblige plus ou moins à le faire mais de toute façon, nous on a pas le choix et ça nous va très bien. Un patient qui serait hospitalisé dans un des lits ici par exemple dans notre service n'est pas censé aller au CMCA en ambulatoire.

Et au CMCA ils n'acceptent que les indications ambulatoires avec un hébergement Leloir.

Après je peux vous faire rencontrer une de nos infirmières programmatrices pour aller dans le détail des spécificités posé au patient avant, pendant et après.

C'est évident pour l'ambulatoire, les gens ne vont pas rentrer la veille. On n'est pas censé vérifier plein de choses comme en conventionnel la veille.

Et ça, c'est vérifié par qui alors ?

C'est vérifié par personne sauf lors de la consultation pré-anesthésie. Nous, notre indication est compatible avec le CMCA c'est à dire qu'il n'y a pas de préparation, enfin courte et bien codifiée et du coup le reste est lié à l'état du patient, ses comorbidités, à ce qu'il a compris, pas compris.

Donc ça marche jusqu'à un certain point puis de temps en temps ça ne marche pas car les patients, par exemple pour les calculs rénaux qu'on traite par lithotripsie au CMCA. Ce sont des gens qui ont des crises de coliques néphrétiques et tant qu'il y a indication d'une lithotripsie, le moment du traitement, il peut se poser pas de mal de choses. Soit élimination du calcul, soit infection, soit complications.

Donc on voit arriver des gens qui sont déprogrammés, une personne sur trois si jamais il n'y a pas d'organisation en amont mieux faite. Il y a pour ces pathologies là des spécificités.

Et donc ça c'est avant, vous vous êtes intéressée par ce qui se passe en amont ?

Oui surtout si vous dites qu'il existe des spécificités, des choses à surveiller, cela requiert une coordination ; cela nous intéresse.

Avant ce n'est pas de la surveillance mais de la vérification.

L'indication peut rapidement changer ? Comment vous le savez si finalement le patient libère son calcul naturellement par exemple ?

Alors là, nous on a plusieurs objectifs, donc 1) de ne pas déprogrammer un patient au moment où il arrive, c'est ni bien pour nous ni sur le plan médico-économique, ni pour le patient. 2) éviter un traitement à risques si jamais il y a une infection pas bien traitée, c'est la sécurité à la fois sur le plan infectieux et sur le plan de l'hémostase. 3) la fluidité du parcours de soins pour que les patients n'aient pas l'impression d'avoir passé une journée à jeun pour dix minutes et un geste le soir.

Ça c'est les trois objectifs qui font que le rappel entre J-3 et J-6 de la date d'hospitalisation est obligatoire et organisé par le CMCA. Alors ça c'est en cours d'organisation, on a rajouté une chose, c'est qu'il y a des interventions qui se font sans anesthésie donc du coup les gens ne sont plus vus par les médecins anesthésistes, ça enlève

encore une évaluation qui était bienvenue.

C'est très bien, ce n'est pas le problème, ça ne s'appelle pas encore du soin externe parce que on n'a pas encore le droit de faire certains actes en soins externes mais c'est à la limite. Donc du coup, comme ils ne sont pas vus avant, et que, à part l'infirmière du CMCA qui va tout faire pour que tout ce passe bien, pour l'acte, les anesthésistes vont dire « on ne connaît pas cette personne-là donc on ne peut rien faire ». Donc ce sont des gens à risque pour des tas de petites raisons de déprogrammation ou de traitement dans de mauvaises conditions. Donc les techniques évoluent tout le temps, on adapte tout le temps nos actes. On vient de passer à cette organisation-là donc ça demande de les rappeler par nous-même tant de jours avant. Nous, il se trouve que trois jours avant ça nous suffise pour vérifier le risque infectieux, pour vérifier ou arrêter un traitement antiagrégant plaquettaire ou autre pour le risque hémorragique et puis ça nous permet de vérifier pour le bilan d'imagerie. On a besoin d'un bilan juste avant pour certaines pathologies. Donc ça nous donne le temps que le patient le fasse ou finisse de faire telle chose ?

Et c'est vous-même qui appelez ?

Oui, il y a des procédures écrites de circuit du patient, de vérifications, quoi faire dans toutes les situations ; ensuite d'ordre de passage. Donc on va appeler les gens « vous vous ne venez plus à 11h mais à 8h » donc on fait le nécessaire s'il y a des désistements pour commencer et finir à l'heure. Il y a une adaptation de tout ça. Voilà comment ça se passe. Donc nous en préopératoire, quand nous avons une indication au CMCA, on a une fiche de programmation dont toutes les cases sont importantes et doivent être remplies.

Celle-ci est ensuite donnée à la programmation du CMCA, puis ensuite c'est la programmatrice de là-bas qui doit tout vous dire ce qu'elle voit passer. Et nous on a ce programme opératoire.

Il est revu la semaine d'avant par le staff du CMCA et on sait quels patients doivent être traités par un urologue et à quel moment. Pour un certain type de patient, il y a toute une procédure d'information de patient et d'ordonnancier qui doivent être suivis à la lettre pour que toutes les conditions soient remplies. Ça ce sont des choses qui sont écrites avec des ordonnances types, des lettres types, car la moindre imperfection serait préjudiciable.

Puis ensuite, pour certaines pathologies dont celles où il n'y a pas le filtre comme je vous ai dit, en plus il y a un rappel des gens.

Qu'il n'y a pas d'habitude ?

Non, non, la consultation pré-anesthésie leur adresse un message par exemple « si vous n'avez pas d'ECBU stérile, on ne vous opère pas et vous repartirez » Quand vous le dites 2 fois aux gens, ça fini par rentrer !

Mais les conditions à remplir sur le plan du risque infectieux sont de plus en plus difficiles à remplir. Et donc on demande de plus en plus d'ajustement et de présence médicale en amont.

Ça c'est primordial et ça ne va faire que s'aggraver. Donc probablement le travail de vérification et de prise de décision avant le bloc ambulatoire va devenir plus complexe, plus prenant, dans la mesure où il va y avoir une succession de consultation jusqu'au dernier moment, soit téléphonique, soit non téléphonique pour vérifier ça.

Mais en dehors de ces protocoles-là, le reste est comme je vous l'ai dit, et à la sortie il n'y a rien de particulier. On est plus zen ou en tout cas ce sont d'autres complications qui vont en découler mais on sait qu'il y a un risque de réadmission ou de rappel, soit du médecin généraliste, soit du 15, soit des urgences, plus élevé chez les gens qui sortent le soir que chez les gens qui resteraient sous la main.

Après on donne une lettre explicative, les gens sortent avec un courrier mais c'est valable pour toutes les hospitalisations en expliquant les délais, l'antalgie ... plus ou moins protocolisé mais l'explication verbale par des médecins de l'équipe, des spécialistes qui l'ont pris en charge au moment de la sortie, en plus de celle de l'infirmière qui a l'habitude. Elle est déterminante pour tout ce qui va se passer après.

Mais il y a quand même une lettre de correspondance avec le médecin, qui est succincte, mais qui existe.

Et c'est une lettre qui est écrite par le médecin qui a opéré ?

En fait c'est des lettres types, le compte-rendu opératoire est donné ; la lettre-type est donnée ; on peut en demander une à l'unité Leloir si vous voulez.

et puis les ordonnances ?

Oui et puis les ordonnances, oui, on les fait si les patients prennent des antalgiques ou autres. Les fiches d'information de ce qui peut se passer après traitement, notamment après lithotripsie fait aussi partie de ce qui est donné avant. Mais ça c'est un principe, comme ça on leur demande de tout lire avant car après l'acte, ils sont souvent dans le gaz.

Donc ça c'est en consultation pré-op ?

Oui, je vois tous mes patients sans exception, pour l'instant c'est possible. Il n'y a pas de gens qu'on nous demande de prendre en charge, qu'on nous programme sans l'avoir vu.

Y-a-t-il un grand délai entre la consultation pré-op et l'acte ?

Oui, il y a des pathologies où il y a des listes d'attente, pour des actes très spécialisés. Parfois il y a jusqu'à 4 mois de délai pour certains actes.

Quand ce délai est long, existe-t-il un rappel en plus par l'équipe ?

Non la consultation d'anesthésie sera dans les temps légaux donc elle sera décalée par rapport à ça. Il n'y a donc pas de nouvelle évaluation de son état de santé. Et sinon, par exemple, nous avons des ordonnances d'ECBU et de Radio de Thorax, et on leur dit de le faire à J10 par exemple.

Tout s'organise par rapport au délai.

Les IDE programmatrices du service s'occupent d'avant. Après c'est le CMCA. Le CMCA s'occupe de gérer complètement le programme opératoire, l'offre de soins.

Vous ne faites pas la programmation de toutes les spécialités ?

Non, on fait une pré-programmation pour l'uro, qui sera transmise aux programmatrices du CMCA. On remplit nous-même nos plages avec telle personne à telle heure puis c'est elle qui gère le reste.

Il y a des réunions annuelles où on se répartit les plages, qui ne sont d'ailleurs jamais réparties mais on voit dans quelle mesure il y a des modifications à faire ou pas.

Parfois il y a des pathologies qui augmentent et d'autres qui diminuent, il y a donc des optimisations. Il y a tout le temps des ajustements, des journées dédiées à tel type d'intervention par exemple, mais c'est autre chose, c'est de l'offre de soins. On a bien plus

d'offres qu'on a de besoins.

Je vais voir si vous pouvez rencontrer les IDE programmatrices du service.

(... retour avec les IDE)

Chir = On remplit une feuille de programmation qui appartient à l'urologie et qui va faire son petit circuit. *(En demandant aux IDE programmatrices du service d'Uro)*

C'est ce qu'elles vont recevoir ?

IDE= Oui

Chir= Si moi je dis que j'ai besoin d'une place au CMCA...

IDE= On doit les appeler avant de vous proposer une date.

Chir= Ah bon, mais il faut appeler le CMCA même si c'est notre vacation.

(En me parlant)

Il existe un plan opératoire où on inscrit toutes les opérations chir, c'est pour ça que je suis surpris que vous soyez obligés d'appeler quand même.

IDE= C'est le protocole. C'est eux qui valident la consultation d'anesthésie avec le logiciel. Après c'est nous qui envoyons tout. On gère avec Sillage.

Chir = Pourquoi ce n'est pas le CMCA qui le fait ? Ça vous prend énormément de temps.

On donne tous les papiers pré-op et uniquement pré-op. En post-op, on donne le reste dont les ordonnances d'antalgiques.

IDE= Elle trouve une plage d'anesthésie, mets la consultation dans Sillage puis nous dis Ok, elle nous faxe la feuille pour qu'on s'occupe de tout.

Chir= Pourquoi si elle le fait dans Sillage, elle ne l'envoie pas elle-même ?

IDE= Elle n'envoie que la consultation d'anesthésie.

Chir = Donc elle envoie quand même la consultation d'anesthésie. Des fois les gens reçoivent la consultation d'anesthésie sans la convocation d'hospitalisation, donc les gens sont un peu perdus et se demandent pourquoi.

Mais nous l'en envoie en double

systématiquement avec la convocation d'hospitalisation.

Chir = ils vous demandent son accord ; ils sont hospitalisés là-bas, à l'unité Leloir ; je ne vois pas pourquoi c'est nous qui envoyons la convocation d'hospitalisation.

IDE= parce que on a l'UF1357 Leloir, c'est les malades d'urologie je crois ainsi que les malades de gastro.

Donc finalement tout n'est pas pris en charge par le CMCA ?

IDE= Non nous aussi on participe. On a notre logiciel à nous propre.

Chir = On pourrait imaginer que nous, comme on connaît notre plage, on sait quel jour, les disponibilités qui existent, à part la date de convocation d'anesthésie, tout le reste on soit autonome, comme pour le bloc commun.

Ici pour le bloc commun, il découvre le programme du bloc opératoire une semaine avant. C'est bizarre ... C'est leur façon de faire, on ne va pas tout changer.

Ce qu'il faut c'est que l'on n'a pas à expliquer à 4 personnes différentes la même chose.

IDE = mais sinon ça fonctionne bien....

Chir = Oui ...

Et sinon vous avez contact avec des médecins généralistes ? ou avec des infirmières en libéral ?

Chir = oui si les patients en pré-op sont embêtés, si ils ont un problème, ils ne peuvent pas ceci, cela ... ou s'ils n'ont pas compris telle modification de traitement. ; Qui est le contact jusqu'au moment de leur admission à Leloir ?

IDE= Je sais que Leloir les appelle la veille. Ce sont des protocoles établis d'HPDD, ils appellent leurs patients la veille. Ils appellent ici. Au secrétariat. Il y a le nom de l'urologue d'ici déjà.

Chir = On ne leur dit pas « pour tout ce qui est pré-op c'est un numéro au CMCA ? »

Non ils appellent ici en général.

Chir= Donc ils vous appellent vous. Et la fiche qu'ils ont reçu, convocation pour hospitalisation, il y a votre numéro qui est évidence ?

IDE = Je ne sais pas.... Enfin c'est souvent la secrétaire du chirurgien concerné qui nous rebascule dessus ; si ça concerne plus la programmation, la secrétaire va nous passer l'appel.

CHIR= Si c'est infirmier vous gérez, les problèmes d'ECBU Et si c'est médical, vous nous laissez un petit mot ou vous nous appelez.

Il n'y a personne qui vient au CMCA et qui se plaint d'avoir essayé d'appeler plusieurs fois ?

IDE = Non jamais

Chir = Donc pour vous il y a assez de communication avant et de contact avant ?

IDE= Oui

IDE = Tout arrive chez nous pour la programmation. C'est eux qui ont le dernier mot cependant.

Chir = Et après à la sortie ?

IDE = On n'a pas de nouvelle à la sortie, ils doivent avoir le numéro du CMCA en sortant.

(Départ des IDE du bureau ...)

J'ai une dernière question, si je comprends bien vous faites de l'ambulatoire au bloc commun, ces patients ne descendent jamais à l'unité Leloir ?

Non jamais, on fait la même chose, pareil mais ce n'est pas dans le cadre du CMCA.

Pour que ça se passe au mieux, on protocolise un maximum de choses. Sinon ça ne marche pas bien.

Les gestes changent, on fait beaucoup de toxine botulique dans la vessie, pour les patientes qui ont des SEP, des vessies neurologiques... avant c'était fait sous AG, maintenant c'est fait sous anesthésie locale et puis ça permet donc d'enchaîner, de changer les choses. Les patients ne sont plus vus ensuite en consultation de pré anesthésie, ils ne sont plus prémédiqués. Donc ils viennent en civil pratiquement de Leloir au CMCA à pied. Là il y a des vestiaires et ils se déshabillent, ils se mettent eux même sur la table d'intervention ; puis ensuite on les accompagne. Ca va très vite. Donc dans une même chambre de Leloir, il peut y avoir plusieurs personnes dans une journée qui se succèdent. Donc il y a de plus en plus de soins comme ça à la limite des soins externes et de

l'ambulatoire ... mais comme certaines pathologies ne sont remboursées qu'en ambulatoire et pas en soins externes, et bah on n'a pas le choix.

En fait c'est exactement comme les coloscopies. On essaie d'organiser ça correctement.

Mais à la limite c'est le circuit une fois que le patient est arrivé, ça vous concerne moins. C'est de l'organisation.

Et vous-même après l'acte, vous êtes en contact avec les médecins ?

Oui, alors il y a un numéro de secrétariat, il y a le numéro du CMCA, chaque médecin référent est plus ou moins joignable par sa secrétaire pour transmettre un message. Moi par exemple, chaque soir je rappelle trois, quatre médecins généralistes car j'ai quelques messages. Ce n'est pas forcément pour de l'ambulatoire mais peu importe. Et qui veulent un conseil mais souvent en ambulatoire, il a besoin d'une PEC donc ça n'attend pas non plus très longtemps. Et donc on a des messages de rappel, car en effet, on n'est joignable tout le temps car nous travaillons dans la journée, bloc ou autre. Et enfin, il y a un interne d'urologie de garde au téléphone, toute la journée pour tous les appels internes. Par exemple, les patients ils vont faire un numéro, ils vont appeler l'accueil d'urologie qui va leur donner un médecin qui est sans arrêt d'astreinte au téléphone et qui va répondre à leurs questions, et notamment pour ces personnes-là. Ça on a beaucoup d'appel de médecins, c'est notre façon d'être joignable. Par le biais de l'interne même souvent, ce n'est pas l'idéal car on gère bien mieux les affaires qu'on a prises en charge, directement. Le pire pour nous

On est au cœur du sujet, ici on a un accueil de secrétariat qui est moins performant que ceux qui exercent dans le privé par exemple ; les secrétaires ne sont pas toujours là car certaines sont à 80%, tous les transferts d'appel ne sont pas bien faits, on est vulnérables dans ce domaine. Il y a plein de gens qui nous disent honnêtement, « on a essayé de vous joindre et on n'a pas pu vous joindre ».

Même si on est là toute la journée, même avec l'organisation actuelle. Donc c'est une première généralité. On a par contre des accueils qu'ils connaissent. Certains connaissent très bien et passent l'interne qui est censé répondre à tous, la fameuse « Hop'line » arrive directement sur cet interne-

là, toute la journée il est harcelé au téléphone. Donc ça veut dire que ça marche, et enfin le souci c'est la réadmission. Donc la réadmission peut avoir lieu soit ici directement dans le service si on a vraiment besoin de l'examiner quelqu'un, soit aux urgences de Salengro.

Et le pire pour nous statistiquement, c'est les urgences de Salengro parce que les personnes qui vont voir les patients en rentrant avec les délais de chaque personne, vont faire que, en général, le bon geste et la bonne prise en charge immédiate n'est pas faite. Alors que si la personne vient directement chez nous, par exemple dans le secteur de consultation, si j'ai un appel me disant « voilà, je saigne depuis hier, vous m'avez fait cela, cela » Alors je vais voir la secrétaire et la prévient du patient qui va arriver dans les deux heures et je lui demande de m'appeler. Ça peut être le médecin traitant ou la famille qui m'appellent, c'est pareil.

Par contre c'est valable que sur les plages de consultation de 8h à 18h parce que après c'est fermé, et en plus ça se fait sur des secteurs de consultation déjà surchargés.

Il n'y a pas de plages pour des urgences post-op pour le moment ?

Et ça c'est un véritable problème. Si par exemple, je vois le directeur délégué et que je lui dis, on a douze milles consultants par an, avec tout l'ambulatoire qui arrive, il faut en rajouter cent de plus. Parfois on n'a qu'une hôtesse d'accueil pour ces douze milles à l'année... C'est très chargé... On comprend qu'il nous réponde « envoyez le aux urgences ! »

C'est une problématique qui va se poser, on n'a pas le dimensionnement pour les réadmissions qui sont statistiquement associées à l'activité ambulatoire.

Alors si c'est géré ici, c'est très bien, si après on doit renvoyer le patient aux urgences car il n'y a pas de lit ici, on a besoin d'un scanner à Salengro ... on sait faire ça mais au moins ils sont évalués tout de suite. Mais quand ils vont à Salengro, ce matin, un patient nous racontait, c'est l'histoire dramatique, 3h après l'arrivée, vu bien sûr par une infirmière puis un externe qui découvre cette pathologie, puis un interne de médecine générale qui ne gère pas les suites, qui ne gère pas tout puis ensuite un interne de chirurgie qui parfois est un interne d'orthopédie et qui ne va pas comprendre.... Ce matin j'ai râlé un peu car c'est la femme d'un patient qui est venu hier à 16h en sortant

de la consultation, qui m'a attrapé, pour me prévenir que mon mari est aux urgences depuis 3h du matin et il a toujours 41° de fièvre et ça ne va pas. J'appelle de suite l'interne d'astreinte, qui me dit qu'il est aux urgences qui va le voir de suite : « bah oui il n'urine plus depuis » il l'a sondé de suite et ça allait mieux.

Il y a à la fois le mécontentement des gens et puis personne ne m'a appelé aux urgences pour me dire « M le professeur votre malade est aux urgences pour telle chose, qu'est-ce que l'on fait ? ».

Je serais descendu. Et puis je ne peux aller engueuler personne aux urgences car à part avec le Dr G. ...

C'est le système qui est mal fait.

Si je mets des panneaux partout avec « si patient connu, opéré, réadmis appeler l'urologue d'astreinte » c'est comme demander aux gens de bien faire leur boulot, c'est pareil.

Oui et non, je crois qu'il y a quand même un problème d'information !

On donne au patient qui fait des biopsies, un papier pour les médecins urgentistes, avec quoi faire. Si ceci, ceux-là, faire sans attendre les hémocultures, ceux-ci cela ...

Un protocole quoi

Oui un protocole. C'est extrêmement important car c'est vital. La plupart du temps c'est suivi. Souvent le patient le donne et une fois sur quatre il y a quelqu'un qui va refaire le monde et qui ne le suit pas ...

Enfin ça n'est pas grave, nous avons en tout cas toujours un urologue d'astreinte et nous ne sommes pas toujours prévenu.

Le numéro de l'interne d'astreinte il est noté quelque part ?

Partout, tout l'hôpital le sait ...

Mais les patients ? Vous disiez tout à l'heure au lieu d'aller en consult, ils peuvent joindre l'interne d'astreinte.

Que la Hop'line car sinon il y aurait des patients qui appellent quinze fois par jour...

Donc finalement, on a nous une période de vulnérabilité des soins entre la sortie du CMCA et le moment où l'on sera informé mais souvent il n'y a que nous qui savons les protocoles même si ils sont faits pour être partagés, au contraire. Les gens se sentent alors en sécurité à condition qu'ils n'aillent pas plus loin dans ces compétences. Les urgences très spécialisées c'est encore pire comme à Tourcoing. Nous tout est très protocolisé et très carré.

Donc il faut insister sur la communication ...

Oui et le circuit court de patient. Nous on a deux types de patients, ceux que l'on ne connaît pas et ceux qui ont eu un acte ici. En heure ouvrable, tout patient qui est suivi par ici, faites le venir ici et non pas aux urgences. Et même si les infirmières ici râlent. Je préfère faire du meilleur boulot et ensuite je ferai les demandes de dimensionnement qu'il faut, si je vois que c'est nécessaire. C'est extrêmement difficile mais les cadres sont en phase avec nous et ça va finir par le faire. On ne baisse pas les bras.

Ce serait un bien pour vous deux je crois, les patients et les médecins ...

Oui c'est sûr, c'est aussi un service rendu.

Si vous avez besoin d'exemple de protocoles ...

Remerciements

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

AUTEUR : DUMAS

Prénom : Marion

Date de Soutenance : vendredi 26 septembre 2014

Titre de la Thèse : Coordination des soins ville-hôpital : exploration des représentations des chirurgiens et des médecins du Centre Medico-Chirurgical Ambulatoire du CHRU de Lille

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : coordination des soins, médecine générale, chirurgie ambulatoire, planification des soins, chirurgiens

Résumé :

Contexte : La coordination des soins est une fonction qui participe à l'efficacité des soins. L'accompagnement du parcours de soins du patient fait partie des compétences du médecin généraliste, renforcées par la loi HPST et la stratégie Nationale de Santé. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations de la coordination des soins ville- hôpital chez les professionnels de santé du service de chirurgie ambulatoire (CMCA), de l'hôpital Huriez, au CHRU de Lille.

Méthode : Une étude qualitative utilisant une approche par théorie ancrée a été conduite, à l'aide d'entretiens semi-dirigés collectifs et individuels. L'analyse des données a été effectuée après retranscription puis double codage informatique des données à l'aide du logiciel Nvivo®.

Résultats : la chirurgie ambulatoire semble concerner des actes restreints chez des patients à l'état de santé connu. Cette éligibilité est permise à la condition d'une coordination de bonne qualité avec les professionnels de santé de soins primaires. La programmation et la protocolisation de la prise en charge des patients permettent d'anticiper et d'éviter les aléas.

Cette coordination des soins est satisfaisante pour la plupart des médecins et chirurgiens interviewés mais perfectible en interne. Améliorer la communication au sein de l'hôpital permettrait une meilleure coordination des soins en extrahospitalier.

Conclusion : Une confrontation des représentations de la coordination des soins par les différents acteurs de santé concernés est une étape préalable à la réalisation d'une étude d'intervention. Des pistes de modifications pourront alors émerger.

Président du Jury :

Monsieur le Professeur PRUVOT François-René

Asseseurs :

Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond

Monsieur le Professeur WIEL Eric

Monsieur le Professeur ZERBIB Philippe

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur LERUSTE Sébastien

représenté par Monsieur le Docteur BAYEN Marc