



**HAL**  
open science

# Formalisation d'un parcours de soins de chirurgie ambulatoire : Recherche d'un équilibre entre standardisation et personnalisation de la prise en charge

Béatrice Vincent, Céline Mestres

## ► To cite this version:

Béatrice Vincent, Céline Mestres. Formalisation d'un parcours de soins de chirurgie ambulatoire : Recherche d'un équilibre entre standardisation et personnalisation de la prise en charge. 10ème Congrès de l'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé (ARAMOS 2022), Nov 2022, Genève, Switzerland. hal-04486310

**HAL Id: hal-04486310**

**<https://hal.science/hal-04486310>**

Submitted on 1 Mar 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Formalisation d'un parcours de soins de chirurgie ambulatoire : Recherche d'un équilibre entre standardisation et personnalisation de la prise en charge

## RÉSUMÉ

La chirurgie ambulatoire est une innovation organisationnelle centrée sur le patient (Haut Conseil Santé Publique, 2021), c'est une chirurgie programmée, réglée, anticipée qui s'appuie sur la coordination de nombreuses parties prenantes internes et externes à l'établissement de santé. Cette pratique repose sur une protocolisation de la prise en charge qui repose sur la construction par les structures de chemin clinique pour chaque intervention pratiquée. C'est une approche normative, standardisée autour de référentiels, de recommandations. Cet article s'interroge sur la mise en œuvre d'éléments de personnalisation en association avec des éléments de standardisation dans un parcours de soins de chirurgie ambulatoire en s'appuyant sur la formalisation d'un parcours. La recherche a retenu comme intervention chirurgicale la prothèse de hanche car sa prise en charge ambulatoire représente une pratique innovante (Malléjac N et al, 2019), qui nécessite une articulation avec la ville, avec divers professionnels, ainsi qu'une implication des patients.

Au travers de cette phase de recherche préparatoire à un travail de doctorat, il a été identifié des éléments de standardisation et de personnalisation d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire, ces derniers étant majoritairement présents dans les phases préparatoires et post opératoires à l'intervention. La mise en place d'éléments de personnalisation est réalisée sous l'impulsion des équipes médicales et chirurgicales et nécessite une grande implication de leur part. Il conviendra ultérieurement de s'interroger sur le désir des patients de s'impliquer dans ces démarches de personnalisation ainsi sur leurs capacités à faire face à cette personnalisation.

## MOTS CLÉS

Chemin clinique, standardisation, personnalisation, chirurgie ambulatoire, organisation

## INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire est devenue la pratique majoritaire en France avec un taux de 61,56% (données Visuchir 2021) avec des disparités observées entre les spécialités chirurgicales mais également entre les établissements publics et privés. La chirurgie ophtalmologique est la spécialité avec le taux d'ambulatoire le plus élevée (93,8%), la chirurgie orthopédique présente un taux de 55,4% avec une grande différenciation entre la chirurgie du membre supérieur et celle sur les membres inférieurs. À titre d'exemple, la chirurgie du canal carpien est réalisée à 95,4% en ambulatoire, la prothèse de hanche a un taux de 0,67% en 2016 mais il faut souligner que dans certains établissements la presque totalité des prothèses de hanches sont exécutées en ambulatoire, la maturité des équipes et la volonté du chirurgien sont des facteurs clés du déploiement de la chirurgie ambulatoire notamment sur des actes lourds. Les politiques publiques ont fixé comme objectif un taux de 70%, pour atteindre ce taux il faut déployer la prise en charge ambulatoire sur des pratiques moins fréquentes en ambulatoire, innovantes telles que les prothèses de hanche mais également, prévoir un élargissement de la population cible avec l'inclusion des personnes âgées.

La chirurgie ambulatoire présente de nombreux bénéfices pour les patients comme souligné dans de nombreux travaux (HAS, ANAP, 2012) mais ce mode de prise en charge n'est pas systématiquement recherché par les patients, ni adapté à tous les patients (Wainwright T et al, 2021). Cette modalité de prise en charge repose sur la mise en place de protocoles standardisés conformes à la réglementation, mais également aux recommandations de bonnes pratiques. Dans une perspective de développement des pratiques ambulatoires, la standardisation permet de programmer, d'anticiper l'ensemble des actes de soins délivrés mais comme souligné par Minvielle E (1996), elle présente des limites car il faut tenir compte des caractéristiques du processus de PEC, notamment de sa diversité. Cet article s'interroge sur la recherche d'un équilibre entre standardisation et personnalisation dans un parcours de soins de chirurgie ambulatoire avec un focus sur la prothèse de hanche.

Nous présenterons de manière brève le cadre conceptuel, le contexte de cette recherche ainsi que les objectifs poursuivis. Puis nous aborderons la méthodologie de l'étude de terrain qui a porté sur deux

établissements de santé de la région Occitanie. Ensuite, les premiers résultats de cette étude seront présentés en abordant plus particulièrement la formalisation d'un parcours de soins de chirurgie ambulatoire dans le cadre d'une prothèse de hanche.

## **CADRE CONCEPTUEL**

Les concepts de standardisation et de personnalisation ont été définis autour de la notion de choix du patient, ce choix repose sur les caractéristiques d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire qui est centrée sur le patient.

Le concept de personnalisation a été abordé autour d'une approche du patient comme un consommateur en marketing dans l'objectif de développer la relation soignant-soigné et d'offrir la meilleure thérapeutique possible au patient en fonction de ses besoins, de ses attentes, de rapprocher les traitements potentiels chirurgicaux des patients. Selon Hagen et al (1999), « la personnalisation est la capacité à fournir un contenu et des services adaptés aux individus en fonction de la connaissance sur leurs préférences et de leur comportement », cette définition met en exergue le lien entre personnalisation et capacité, connaissance, mais également comportement des individus. Le lien entre personnalisation et besoins des individus est repris dans d'autres études. La mise en œuvre de la personnalisation est variable selon les offres en marketing, en effet, certaines offres ne nécessitent qu'une participation des clients de manière passive et d'autres offres requièrent une participation active de ces derniers avec le déploiement d'une offre « sur mesure ». Dans l'étude menée par Zeithaml et al (2022), les auteurs considèrent la chirurgie comme un service qui nécessite la participation active du patient. Dans notre recherche, il a été établi que la standardisation serait définie comme l'absence totale de choix des patients, comme le suivi de normes, de règles, de procédures standards. La notion de personnalisation serait spécifiée dans l'étude comme une forte implication, une collaboration des patients, une possibilité de choix laissée aux patients entre diverses offres : la chirurgie conventionnelle et la chirurgie ambulatoire comme premier choix possible et ensuite, une fois la décision posée d'une prise en charge en ambulatoire, il existe différents choix thérapeutiques au cours du parcours de soins.

La recherche de cet équilibre entre standardisation et personnalisation soulève des questions. Quel degré de personnalisation peut-on introduire dans une prise en charge en chirurgie ambulatoire (pratique très normalisée) ? La personnalisation est-elle réalisable dans l'ensemble des phases, du pré opératoire au post opératoire ? Quelles seront les répercussions en terme d'organisation du travail des acteurs ?

## **CONTEXTE**

Cette recherche est menée dans le cadre d'un doctorat de santé publique. Comme souligné dans l'introduction, le développement de la chirurgie ambulatoire va nécessiter un accroissement de la prise en charge d'un public âgé, fragile présentant des facteurs de vulnérabilité. Cette population de personnes âgées ne cesse de croître, les personnes d'au moins 65 ans représentent 19,6% en 2018 (données INSEE), dont 10% de plus de 75ans. L'objectif du système de santé est de permettre à tous les individus de bénéficier d'un vieillissement optimal sans handicap (De Jaeger, 2018). Les personnes âgées souffrent d'une gêne fréquente dans la marche, cette gêne a des répercussions importantes sur leur qualité de vie, sur leur autonomie, sur leur maintien à domicile. Des études sur la chirurgie ambulatoire ont mis en évidence que cette pratique présentait des bénéfices indéniables sur une meilleure récupération, en raison d'un retour aux pratiques quotidiennes courantes plus rapide.

## **OBJECTIFS**

L'objectif de cet article est de formaliser un parcours de soins de chirurgie ambulatoire, en fonction des différentes phases, des diversités de structures, des acteurs impliqués. À travers cette formalisation, l'objectif secondaire est de mettre en évidence des éléments de standardisation et de personnalisation de la prise en charge.

# MÉTHODOLOGIE

## Matériels et méthodes

Le parcours de soins en chirurgie ambulatoire débute par la consultation médicale avec le médecin spécialiste jusqu'au suivi médical en post opératoire, on pourrait aussi considérer que le parcours débute avec les premiers symptômes de la maladie qui va amener à consulter le médecin traitant, et qu'il se termine après la récupération fonctionnelle totale ; nous pouvons déjà observer là une difficulté dans l'établissement de l'horizon temporel du parcours de soins. Dans cette recherche, nous avons défini comme cadre temporel : le début de la prise en charge serait la consultation chez le médecin spécialiste et comme fin de suivi la sortie de l'établissement de santé. Il conviendra de mener d'autres études chez les professionnels de ville pour permettre une étude globale du parcours de soins.

L'étude de terrain a inclus deux établissements de santé, un établissement public et un établissement privé à but lucratif de la région Occitanie. Les deux établissements ont des taux de chirurgie ambulatoire (43% pour l'établissement public et 80% pour l'établissement privé) et une organisation qui diffèrent. Au sein de l'établissement privé, il existe une culture de l'ambulatoire avec la mise en œuvre de plusieurs parcours (fast track adulte, enfants...) et une architecture bien que pas idéale que nous pouvons considérer comme optimisée, à l'inverse de l'autre structure où l'architecture est cloisonnée, obsolète et non conforme au déploiement de la chirurgie ambulatoire. L'unité de chirurgie ambulatoire de l'établissement privé présente une maturité ambulatoire, il faut souligner la présence au sein de l'unité des mêmes personnels depuis de nombreuses années. L'étude a permis de souligner un dynamisme et une volonté de développer l'ambulatoire dans les équipes médicales et para médicales des deux établissements notamment en chirurgie orthopédique et traumatologique et également sur des actes « lourds » même dans l'établissement où l'architecture et l'organisation ne sont pas optimales avec la mise en œuvre de dispositifs innovants au sein de l'établissement public. Au niveau des similitudes, les deux établissements possèdent un modèle en ambulatoire de type intégré, très majoritaire en France, qui ne permet pas une différenciation et une séparation totale des flux de l'ambulatoire et de l'hospitalisation conventionnelle. Aucun des deux établissements inclus dans la recherche ne présente un exercice exclusif de la chirurgie ambulatoire.

Tableau N°1 : Eléments de comparaison des deux établissements

	Etablissement public	Etablissement privé
Nombre de Résumé Sortie en Hospitalisation Complète	2834	3441
Nombre de Résumé Sortie en Chirurgie Ambulatoire	2138	12667

Les deux établissements ne présentent pas le même volume d'activité et dans l'établissement privé la très grande majorité des actes se réalisent en ambulatoire. Il faut noter qu'au sein de l'établissement public, la chirurgie orthopédique est la spécialité chirurgicale la plus pratiquée, pour l'établissement privé c'est la chirurgie ophtalmologique.

Une phase d'observation des consultations externes, des unités de chirurgie ambulatoire, des parties communes au sein des établissements a été mise en œuvre. Cette observation s'est déroulée sur au moins une semaine. Cette méthode présente de nombreux avantages, recueil d'informations non transformées, elle rend possible une retranscription de l'activité, des interactions interpersonnelles, mais aussi des conditions de travail.

Les informations recueillies seront riches et elles permettent d'identifier des facteurs de personnalisation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire. Cette observation s'est déroulée de manière non

participative avec des interactions limitées au maximum mais potentiellement nécessaires en cas d'incompréhension de ma part.

Afin d'offrir des garanties de reproductibilité et de fiabilité des données, l'investigateur s'est appuyé sur une grille d'observation détaillée en plusieurs parties ; une sur l'architecture des lieux, une sur les interactions interpersonnelles, une partie centrée sur le patient. En complément de cette observation guidée, il a été réalisé une observation libre (Chevalier F et al, 2018.)

L'observation a suivi un ordre chronologique avec le suivi d'un service ou d'une équipe par jour en faisant varier les points de vue (côté patient, professionnel de santé, personnels administratifs).

Aucun enregistrement vidéo ou audio n'a été utilisé.

## **Analyse des données**

À l'issue de cette phase de recueil de données, nous avons retranscrit les données ainsi collectées au fil de l'eau dans un journal d'observation. Nous avons réalisé par la suite, une analyse des données en procédant à une analyse de contenu, par idées clés en adoptant une approche inductive du récit narratif. Cette méthode d'analyse a été privilégiée car elle permettait de rendre compte d'éléments propres à chaque structure, de conserver la valeur qualitative de l'observation, d'avoir une certaine souplesse dans l'exploitation des données, de ne pas être guidé par des codes pré établis dans la littérature. Cette analyse de contenu a été complétée par un codage axial afin de regrouper les codes en catégories d'analyse, elles représentent l'observation de phénomènes récurrents au sein des unités de chirurgie ambulatoire, ou plus globalement, des établissements de santé.

Cette méthodologie d'analyse permet de répondre à l'objectif principal qui était de formaliser un parcours et de mettre en évidence des facteurs de personnalisation de la prise en charge dans les diverses phases.

## **RÉSULTATS**

### **Formalisation d'un parcours de soins**

La formalisation d'un parcours de soins d'une prothèse de hanche en ambulatoire se déroule sur plusieurs temps opératoires, dans notre recherche on se cloisonne dans une unité de lieu, intra hospitalier. Dans un premier temps d'analyse des résultats, la schématisation d'un chemin clinique de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire a été établi (figure N°1, annexe 1). Selon V Compère (2015), un chemin clinique vise à rationaliser, à standardiser la prise en charge, cela s'appuie sur la mise en œuvre de protocoles, de procédures standards applicables à l'ensemble des patients présentant la même pathologie.

Le chemin clinique présenté dans cet article est centré sur un parcours de prothèse de hanche en ambulatoire. Les éléments de choix entre l'ambulatoire et la chirurgie conventionnelle peuvent s'analyser selon trois axes : Patient, professionnels de santé et l'établissement de santé.

Du point de vue des professionnels, dans les critères d'éligibilité à l'ambulatoire, il existe des critères médicaux mais également psycho-sociaux-environnementaux, l'observation des consultations externes d'orthopédie a permis d'identifier des critères d'exclusion tels que la solitude, la non adaptation du logement, l'existence de comorbidités (BPCO, infarctus dans les 6 mois, insuffisance rénale chronique, IMC>40, démence, liste non exhaustive) mais cette exclusion est décidée par l'équipe médicale et n'est pas soumise au choix du patient, ces éléments peuvent être objectivés notamment les critères médicaux (score ASA). Il existe également des éléments de choix en liaison avec l'intervention chirurgicale en elle-même, la voie d'abord par exemple.

Pour le patient et son entourage, la recherche a mis en évidence, conformément à la littérature, que le patient et son entourage peuvent choisir une hospitalisation complète même si l'équipe chirurgicale propose une prise en charge en ambulatoire, cela est souvent à relier avec des freins psychologiques, la peur de la gestion du post opératoire immédiat. Il existe autour des chirurgies « lourdes, majeures » des réticences, des appréhensions non présentes sur des actes mineurs. On retrouve des éléments plus

subjectifs qui s'appuient sur le vécu, l'expérience, le psychisme des personnes. On peut parler de personnalisation dans le sens d'un choix laissé aux patients sur leur mode d'hospitalisation. Il faut souligner que la prise en charge en hospitalisation complète va engendrer moins d'implication du patient en post opératoire immédiat avec une notion d'aide, de soutien plus important apporté par les soignants au cours de l'hospitalisation.

Pour l'établissement, le choix est en mettre en corrélation avec la maturité des équipes, l'expérience des équipes, l'historique en ambulatoire, une prothèse de hanche peut être réalisée en sécurité dans un établissement en ambulatoire et être moins « sécuritaire » dans un autre établissement.

L'architecture des unités de chirurgie ambulatoire peut être un élément de choix, l'insuffisance de chambres individuelles est un frein au déploiement des prises en charges complexes. Le nombre d'infirmières et d'aides-soignantes est également un élément de choix car les suites post opératoires nécessitent plus de surveillance que des actes mineurs et donc la bascule en ambulatoire d'actes tels que les prothèses de hanche ne sera possible que si l'établissement a les ressources humaines nécessaires, sous réserve que le personnel soit formé à ces prises en charge. Les éléments de choix du point de vue de l'établissement sont décidés dans une temporalité différente du parcours de soins d'un patient, la décision se fait en amont de l'accueil des patients.

## **Identification d'éléments de standardisation**

Dans un second temps d'analyse, ce chemin clinique a permis d'identifier des éléments de standardisation de la prise en charge ambulatoire d'une PTH mais il faut souligner que ces éléments prennent en compte les caractéristiques cliniques des patients. Cette catégorie d'éléments regroupe les actes techniques tels que la réalisation de l'anesthésie, les différentes possibilités d'installation du patient, l'incision, le type de prothèse.

Ces éléments sont standardisés, conformes aux données acquises de la science, aux recommandations des sociétés savantes, mais il faut souligner une prise en compte pour chaque patient de leurs critères cliniques et physiologiques afin de garantir la qualité et la sécurité du soin. Nous ne pouvons pas parler de personnalisation au sens de la grille qui a été établie par Mintzberg et Lampel (Maelli M et al, 2013), en effet, le patient n'intervient pas dans le choix, il est effectué exclusivement par des professionnels de santé en s'appuyant sur des critères cliniques. Dans l'évaluation des critères cliniques, les patients interviennent peu ou pas, cela repose sur des critères objectifs tels que le score ASA, qui est un score d'évaluation de l'état de santé global des patients et notamment, de la présence de comorbidités stabilisées ou non.

Les phases opératoires dans l'unité de chirurgie ambulatoire et au bloc opératoire sont propices à la standardisation, on retrouve ce constat similaire dans les deux établissements. Le patient est guidé dans un circuit ambulatoire sans choix possibles ou du moins, les choix sont limités à leur expression minimale. Nous pouvons citer les diverses possibilités dont dispose le patient pour se rendre au bloc opératoire avec la réalisation du circuit debout accompagné par un brancardier (approche permettant de renforcer l'autonomie, et le rôle patient-acteur comme préconisé par Pr Pomey, 2021) ou au contraire de bénéficier d'un fauteuil. Les éléments de personnalisation sont très restreints et n'influent pas sur le processus de prise en charge, sur les processus de production des actes de soins. Les actes techniques sont standardisés et laissés à l'unique choix des professionnels qui détiennent le savoir médical, scientifique, professionnel.

## **Identification d'éléments de personnalisation**

L'objectif de la recherche était d'identifier des éléments de personnalisation de cette prise en charge. En s'appuyant sur la même grille, l'analyse de ce chemin clinique a permis d'identifier des éléments de personnalisation où le patient intervient, le patient est un vrai acteur de son parcours comme préconisé dans les travaux du Pr Pomey.

Les éléments de personnalisation se retrouvent dans les phases pré opératoires et dans les phases post opératoires, notamment, lors de la sortie de l'établissement. Ces deux phases se situent dans une unité

de lieux qui est majoritairement le lieu de vie des patients. La personnalisation s'exprime en dehors de l'établissement mais pas indépendamment de l'établissement. En effet, cela reste sous l'impulsion des professionnels de santé de la structure de soins qui insufflent une volonté de personnalisation de la prise en charge. Ces éléments de personnalisation prennent en considération les caractéristiques cliniques des patients mais également, des caractéristiques sociales, environnementales telles que l'isolement, le logement, mais également, des caractéristiques personnelles telles que le stress, l'angoisse. Nous pouvons citer dans les éléments de personnalisation la tenue d'une réunion préparatoire qui va permettre individuellement de répondre à chaque questionnement des patients, de prendre en compte les caractéristiques des lieux de vie, les environnements familiaux et sociaux, les habitudes de vie, les pratiques sportives afin d'adapter la préparation aux capacités de chacun. Ces éléments de personnalisation sont proposés par les professionnels mais bénéficient d'une adaptation aux patients. L'ensemble des patients ne possèdent pas systématiquement les capacités nécessaires à un certain degré de personnalisation. Le déploiement des prises en charges ambulatoires sur des PTH nécessitent une implication, une participation des patients au risque sinon d'une baisse des résultats finaux obtenus (Dr Usandizaga).

Les phases d'observation ont mis en évidence une difficulté dans l'évaluation par les professionnels des capacités des patients à mettre en œuvre des éléments de personnalisation. Les interactions entre professionnels et patients sont limitées dans un temps court, celui d'une consultation médicale et d'une réunion pré opératoire, il est apparu difficile d'évaluer ces capacités sur un temps limité. Cette évaluation des capacités nécessite des compétences médicales mais cela n'est pas suffisant, il faut développer des compétences en communication verbale et non verbale, en psychologie.

Les éléments de personnalisation se retrouvent également dans le suivi post opératoire et dans la mise en œuvre de la rééducation qui doit tenir compte du patient.

L'expression de ces éléments de personnalisation a été observée dans un établissement mais elle reste chirurgical dépendant, cette expression est rendue possible que par une volonté du chirurgien et de son équipe de partager leurs savoirs mais surtout leur pouvoir. En développant cette pratique de personnalisation, les équipes médicales et chirurgicales acceptent une bascule du pouvoir vers les patients, leur entourage et également, vers les professionnels de ville.

En synthèse, comme repris dans la figure N°2 (annexe 2), nous avons pu identifier et classifier les éléments de prise en charge d'une PTH en ambulatoire dans une échelle allant d'une standardisation pure à une personnalisation pure.

## **DISCUSSION**

Le degré de personnalisation dans une prise en charge ambulatoire pour une PTH est limité, les éléments de personnalisation sont quasi exclusivement situés dans les phases pré et post opératoires, une personnalisation semble difficile à mettre en œuvre dans la phase opératoire, ceci étant potentialisé car l'intervention est très technique, « mécanique ». Nous pouvons identifier des possibles personnalisations dans l'accompagnement des patients au cours de leur parcours dans les démarches administratives.

La personnalisation de certains éléments semble effective en pré opératoire et en post opératoire dans la préparation à l'intervention et dans les actes de rééducation, de réadaptation à une vie quotidienne. Il se pose quand même le problème d'une part des capacités des patients à gérer cette personnalisation, notamment leur nécessaire autonomie afin d'accomplir certaines tâches mais également la compréhension des informations et consignes délivrées. Et d'autre part, la volonté des patients face à cette personnalisation. En effet, l'ensemble des patients souhaitent-ils une personnalisation de leur prise en charge et si oui, à quel degré ? Nous pensons que la réponse se situe entre les deux extrémités dans une personnalisation pas totale mais adaptée à chaque patient, à ses capacités, à son environnement.

La personnalisation de certains éléments nécessite une implication forte des équipes médicales afin de former les patients, de les informer, les éduquer. Il doit s'opérer un changement culturel avec un partage de pouvoir entre les professionnels et les patients pour faciliter les apprentissages nécessaires à cette personnalisation. Afin de mettre en œuvre cette personnalisation, les équipes doivent dégager du temps, ce qui semble actuellement très difficile au vu de la surcharge de travail dans les services. Mais cette personnalisation pourrait sur du moyen terme soulager les équipes en impliquant plus les patients dans

certaines phases de leur prise en charge.

## PERSPECTIVES / LIMITES

L'étude n'a permis d'inclure que deux établissements et n'a pas permis une étude du parcours de soins en dehors des établissements de santé. Ces deux éléments seront corrigés dans le travail de thèse qui va incorporer d'autres établissements de santé ainsi que des recherches menées dans le secteur de ville.

L'identification des éléments de standardisation et de personnalisation d'une prise en charge ambulatoire d'une PTH a été réalisée qu'en s'appuyant sur une phase d'observation, elle sera complétée par une phase de réalisation d'entretiens et de questionnaires auprès de parties prenantes impliquées dans un parcours de soins ambulatoire d'une PTH.

Une limite est induite par ma montée en expertise au fur et à mesure des études menées qui peuvent entraîner un biais dans mes observations.

## CONCLUSION

L'étude avait pour objectif de formaliser un parcours de soins ambulatoire dans le cadre d'une PTH et dans un second temps, d'identifier des éléments de personnalisation du parcours.

Cette première approche devra être poursuivie et élargie à plus d'établissements de santé, à d'autres structures, afin de permettre une étude des phases situées en dehors de l'établissement qui en ambulatoire sont des zones de faiblesses, notamment, le retour au domicile et le suivi post opératoire. La personnalisation de la prise en charge pourrait avoir un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins, sur la performance globale d'un parcours de soins.

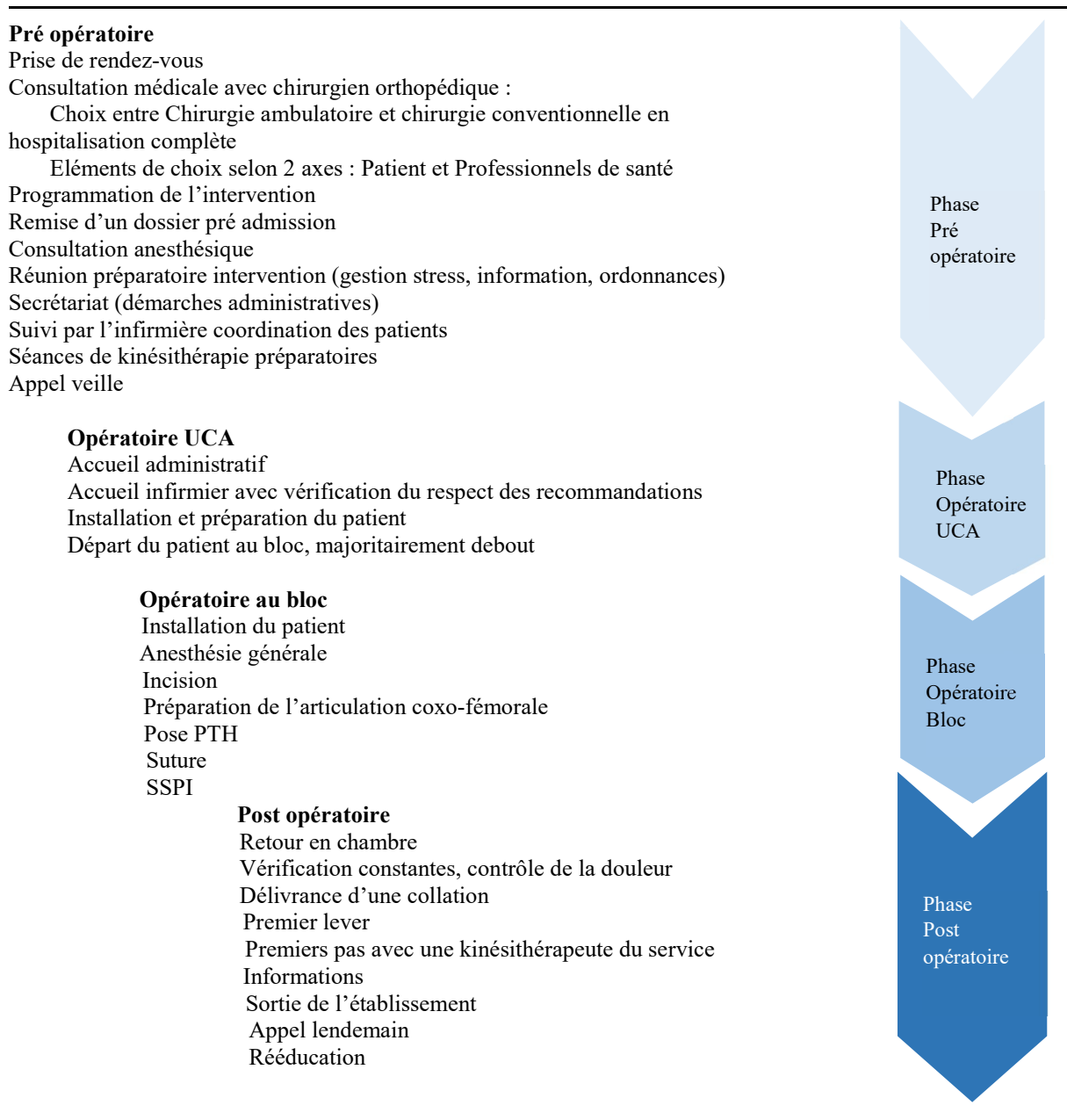
## BIBLIOGRAPHIE

- Livre :
  - Chevalier, F., Martin Cloutier, I. et Mitev, N. (2018), « Les méthodes de recherche du DBA », EMS Éditions.
- Articles :
  - Carton A. (2007) « La participation du consommateur : coproduction, définition et enjeux », Université Paris-Est Créteil Val de Marne, livre « marketing. Analyses et perspectives », chapitre 12, pp 297-314
  - Compère V, Fourdrinier V et Dureuil B. (2012) « Organisation du circuit patient en ambulatoire », Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, congrès Médecins, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen.
  - De Jaeger C. (01/2018) « Physiologie du vieillissement », EMC Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, vol 14, N°1
  - Hagen, P., Manning, H., & Souza, R. (1999). Smart personalization. Forrester Research, Cambridge, MA.
  - Haute Autorité de Santé HAS, Agence Nationale d'Appui à la Performance ANAP (04/2012), « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire : la chirurgie ambulatoire en 12 questions »
  - Haut Conseil de la Santé Publique HCSP (01/06/2021), « Virage ambulatoire : Pour un développement sécurisé », rapport final HCSP
  - Malléjac, N., Zeynep, Or. (06/2019), « Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins », IRDES, document de travail N°79
  - Minvielle, E. (1996), « Gérer la singularité à grande échelle », La Revue Française de Gestion, vol 109, p114-125
  - Pomey, M.P., (06/2021), « Le partenariat de soins et de services avec les patients en chirurgie ambulatoire : Comment s'y prendre ? », Conférence, Journées internationales de la Chirurgie Ambulatoire
  - Waelli, M., Minvielle, E. (2013), « Facteurs clés pour une personnalisation du service rendu au patient : Élaboration d'un cadre d'analyse », Journal de gestion et d'économie médicales, vol 31, N°5, Éditions ESKA, p 303-316



- Wainwright, T.W., Memtsoudis, S.G., Kehlet, H. (2021), « Fast-track hip and knee arthroplasty ... how fast? », *British Journal of Anesthesia*, vol 126, N°2, p 348-349

**Figure N°1** : Chemin clinique d'un parcours de soins de chirurgie ambulatoire (PTH)



ANNEXE 2

Figure N°2 : Échelle de classification des éléments d'une prise en charge d'une PTH en ambulatoire

STANDARDISATION PURE	STANDARDISATION ADAPTEE	PERSONNALISATION PURE
Vérifications constantes	Démarches administratives	Réunion préparatoire
Vérifications consignes	Appel veille	Préparation kiné
Identito vigilance	Appel lendemain	Délivrance d'éléments de confort
Typologie anesthésie	Suivi infirmière de coordination	Suivi kiné / rééducation
Actes techniques		
↓	↓	↓
Pas de choix des patients	Eléments standardisés mais adaptables aux patients	Choix possibles des patients
		Implication
		Collaboration
→ APPROCHE MEDICALE		→ APPROCHE MEDICALE, SOCIALE, ENVIRONNEMENTALE