



EHESP

Filière Directeurs d'Hôpital

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **décembre 2008**

**Développer l'activité chirurgicale d'un
établissement public de santé :
Analyse de situation et propositions pour le
Centre hospitalier d'Avignon**

Claire CHARMET

Remerciements

Je remercie en premier lieu Monsieur Francis Decoucut, Directeur général du Centre hospitalier d'Avignon, d'avoir accepté de me confier cet ordre de mission passionnant, Frédéric Debise, mon maître de stage, pour son encadrement, son enthousiasme et ses conseils, Brigitte Fourcade, pour son soin à m'associer à la vie du bloc opératoire et ses remarques éclairantes. Jacqueline Vidal et Laurent Wilmann Courteau pour m'avoir laissée leur dérober un peu du temps précieux de leurs contrôleurs de gestion. Enfin, l'ensemble des membres de l'équipe direction pour leur accueil et leurs conseils.

Merci à l'équipe du bloc opératoire et de l'unité de chirurgie ambulatoire pour leur implication, leur volonté d'améliorer l'efficacité de leurs structures et leur accueil toujours chaleureux.

Je tiens de même à remercier l'ensemble des opérateurs qui ont bien voulu me recevoir et échanger avec moi. Et tout particulièrement ceux avec qui s'est établi un échange régulier. Merci aux Argentins, pour le bonheur de discuter de la chirurgie publique française en espagnol. « *Adiós, muchachos. Ya me voy y me resigno...* » Merci à Daniel Beyrne pour sa chronique de la vie quotidienne des services de soins, à Federico Garibotti pour les cafés des jours de garde – à défaut de maté...et à Françoise Richard et l'équipe du SMA pour les cafés des autres jours – à défaut de thé coréen...

Merci à Christelle Falco et Olivier Richard pour leur disponibilité, leur intérêt, leur pertinence et leur amitié.

Enfin, je remercie Ion Bellenis pour sa pétillante amitié et sa responsabilité dans mon intérêt pour la chirurgie et enfin Ioannis Nenekidis pour sa patience et son soutien inconditionnels.

Sommaire

Introduction	1
1 Evaluation de la place du Centre hospitalier d'Avignon dans l'activité chirurgicale du territoire de santé Vaucluse Camargue.....	5
1.1 Les caractéristiques démographiques du territoire de santé Vaucluse Camargue.	5
1.2 L'offre de soins existante sur le territoire de santé Vaucluse Camargue.	7
1.2.1 L'activité chirurgicale du Centre hospitalier d'Avignon, établissement public de référence sur le territoire santé.....	7
1.2.2 L'offre chirurgicale sur le territoire de santé, l'existence d'une concurrence forte.	9
1.3 Analyse des parts de marchés des différents établissements du territoire de santé et évaluation de la place du CHA et des caractéristiques de l'activité.....	11
1.3.1 Chirurgie orthopédique et traumatologique.....	12
1.3.2 Chirurgie digestive	13
1.3.3 Chirurgie vasculaire	15
1.3.4 Chirurgie ORL, maxillo-faciale et stomatologie.....	17
1.3.5 Chirurgie ophtalmologique.....	18
1.3.6 Chirurgie gynécologique	20
1.3.7 Chirurgie thoracique.....	21
1.3.8 Chirurgie infantile.....	22
2 Identifications des limites et des freins internes	24
2.1 Un manque de disponibilité de l'outil de travail, bloc opératoire, ressenti par les opérateurs.....	24
2.2 Une indisponibilité de l'unité de chirurgie ambulatoire	26
2.3 Le caractère attentiste de l'activité : l'absence d'une politique de recrutement	27
2.4 Une assimilation partielle de la logique T2A.....	29
3 Perspectives et Propositions.....	31

3.1 Les perspectives	31
3.2 Propositions.....	32
3.2.1 Définir une politique de communication afin de développer l'activité réglée.	34
3.2.2 S'inscrire pleinement dans une logique territoriale.....	40
3.2.3 Améliorer la prestation d'hébergement et d'accueil des patients	42
3.2.4 Améliorer l'allocation et le taux d'occupation des plateaux techniques.....	44
3.2.5 Poursuivre le développement d'une culture médico- économique	51
3.2.6 Associer plus étroitement les équipes	51
Conclusion	53
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	57

Table des illustrations

Tableau 1. Part des différentes spécialités chirurgicales dans l'activité traditionnelle totale du bloc opératoire du CHA en 2007.....	7
Tableau 2. Part des différentes spécialités chirurgicales dans l'activité ambulatoire totale du CHA en 2007.....	8
Tableau 3. Capacité, activité et taux d'équipement chirurgical sur le territoire de santé Vaucluse Camargue, 2006.....	9
Tableau 4. Spécialités assurées par les principaux offreurs de soins sur le territoire de santé Vaucluse Camargue.	10
Tableau 5. Parts de marchés par spécialité sur le territoire de santé Vaucluse Camargue	12
Tableau 6. Chirurgie ambulatoire : Occupation moyenne des salles au 1 ^{er} semestre 2008.....	26
Tableau 7. Gisements de progression de l'activité identifiés par spécialité.....	32
Tableau 8. Chirurgie traditionnelle : Occupation des salles au 1 ^{er} semestre 2008.....	46

Liste des sigles utilisés

3C	Centre de coordination en cancérologie
ARH	Agence régionale de l'Hospitalisation
AS	Aide soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
BDHF	Basse de données hospitalière de France
CA	Chiffre d'affaire
CHA	Centre hospitalier d'Avignon
CME	Commission médicale d'établissement
CMU-C	Couverture médicale universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CREA	Compte de résultat analytique
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
DMS	Durée moyenne de séjour
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EPU	Enseignements post-universitaires
GHS	Groupe homogène de séjour
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ITV	Intervention chirurgicale
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MEAH	Mission d'évaluation et d'audit hospitalier
OAP	outil d'analyse du PMSI
PSPH	Privé participant au service public
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PU-PH	Professeur d'université praticien hospitalier
RUM	Résumé d'unité médicale
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TROS	Temps réel d'occupation des salles
TVO	Temps de vacation offerte aux praticiens
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire

Introduction

« Vers une disparition programmée de la chirurgie publique ? »¹, « chirurgie publique : une plaie ouverte », « la chirurgie publique est devenue le syndrome (...) de la crise de l'hôpital public »². « la chirurgie publique peut-elle rebondir ? »³.

Ces titres alarmistes illustrent le caractère dual de la chirurgie publique, à la fois cœur de l'activité hospitalière depuis la réforme de la tarification à l'activité (T2A) et domaine où la concurrence avec le secteur privé est la plus forte.

Les hôpitaux publics réalisent 33% de l'activité chirurgicale française, les établissements privés à but lucratif ou participant au service public hospitalier (PSPH) représentent 67 % des parts de marchés en la matière. Pourtant, les chirurgiens exerçant en France interviennent pour la moitié d'entre eux dans le secteur public. Les anesthésistes et les infirmières de bloc opératoire (IBODE) présents dans le secteur public sont deux fois plus nombreux que dans le privé. Les infirmiers anesthésistes (IADE) sont dix fois plus nombreux dans le public⁴.

Dans un contexte budgétaire et financier où l'optimisation des ressources et l'efficience économique sont maîtres mots, les hôpitaux publics font figure de mauvais élèves.

Si la restructuration de l'offre de soin est inévitable – elle a déjà eu lieu dans le secteur privé ce qui constitue sans doute sa force actuelle – plusieurs options peuvent être déclinées: fermetures des blocs opératoires ne respectant pas les seuils minimaux d'activité, rapprochements public-privé, y compris l'abandon total de la chirurgie au secteur privé, conventions de prise en charge entre différents établissements du territoire.

Sur le territoire de santé Vaucluse Camargue, où se situe l'étude, des partenariats public-privé existent. A Carpentras, le Centre hospitalier a recentré son activité sur la médecine, l'obstétrique et les soins de suite, il conserve en outre les urgences. Un projet architectural ambitieux rassemble dans un même lieu ce centre hospitalier et la

¹ Journal d'économie médicale, G. Bontemps, « vers une disparition programmée de la chirurgie publique ? », 2005, n° 3-4, pp 215-221.

² Libération, Eric Favereau, « chirurgie publique : une plaie ouverte », 29 mars 2008

³ Intitulé de la journée du SNCH, Lyon 2007

⁴ Vallancien, L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, avril 2006, pp 14 et s.

polyclinique Synergia, laquelle assure une activité exclusivement chirurgicale y compris les urgences adressées par le centre hospitalier de Carpentras.

Le Centre hospitalier d'Avignon s'inscrit dans une démarche inverse. Un de ses axes stratégiques consiste à développer son activité chirurgicale et ainsi de confirmer son rôle d'établissement de référence sur le territoire de santé Vaucluse Camargue.

Le Centre hospitalier d'Avignon (CHA) se positionne donc comme l'hôpital de référence sur le territoire de santé Vaucluse Camargue.

Il est doté de 899 lits et emploie 2 715 agents paramédicaux et 215 praticiens. Les services d'urgence enregistrent annuellement près de 46 000 passages aux urgences adultes, 23 300 passages aux urgences pédiatriques et près de 9 000 passages aux urgences obstétricales.

Le CHA a réalisé en 2007 51 395 séjours soit près de 216 000 journées PMSI .

Une opération d'extension des bâtiments est en cours. Un nouveau bâtiment a été décidée en 2002 devrait être livré le 31 juillet 2009. Le bâtiment abritera 220 lits d'onco-hématologie, de cardiologie, de chirurgie vasculaire ainsi que la nouvelle maternité. Il accueillera en outre deux plateaux techniques cardiovasculaire et obstétrical, ainsi que les consultations externes de chirurgie. La surface hors d'œuvre nette du bâtiment représente 22 468 m². Ce projet est inscrit au plan Hôpital 2007 et bénéficie de financements en conséquence.

Cependant, en dépit d'une activité importante, le Centre hospitalier d'Avignon affiche des résultats de clôture déficitaires depuis 2006. Un Contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a donc été signé en 2008. Ce plan de retour à l'équilibre sera accompagné financièrement par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de la région Provence Alpes Cote d'Azur (PACA) sur quatre ans. Il est basé principalement sur une contraction des dépenses, une valorisation des recettes, ainsi que sur une augmentation de l'activité.

Ce dernier objectif est fixé à 1,7 % parallèlement à une réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) de 1 %. Aucune suppression de poste n'est prévue.

⁵ La surface hors d'œuvre nette est la surface des locaux utilisés par le personnel. La surface hors d'œuvre brute (surface totale des planchers y compris les parkings et locaux techniques) s'élève à 33 156 M2

Pour répondre à cet objectif, plusieurs études sont déjà en cours. La Mission d'évaluation et d'audit hospitalier (MEAH) intervient à plusieurs titres dans l'établissement. D'une part la mission intitulée « développement et organisation de la chirurgie ambulatoire » est en cours de clôture. D'autre part, l'établissement participe au chantier de déploiement « organisation des blocs opératoires » dont le lancement est prévu en septembre 2008. Enfin, une consultation a été publiée pour une étude sur la réduction de la durée moyenne de séjour.

L'activité chirurgicale fait l'objet d'une attention particulière. En effet, si cette activité n'est pas en tant que telle menacée au centre hospitalier d'Avignon – sa situation d'établissement public de référence, l'importance de son secteur d'urgence, les caractéristiques socio-économiques de la population du territoire de santé assurent sa pérennité – l'attractivité et la compétitivité de l'établissement sont fragilisées par l'importance de l'offre de soins privée sur le territoire.

Eu égard aux objectifs du plan de retour à l'équilibre et en complément des chantiers déjà en cours, la lettre de mission qui m'a été confiée me chargeait de dégager les perspectives de développement de l'activité chirurgicale au Centre hospitalier d'Avignon. Conformément à la définition du terme optimum⁶, « *degré de développement le plus favorable au regard des circonstances données* », cette étude a pour objet d'évaluer le degré de développement possible et pertinent de l'activité chirurgicale du Centre hospitalier d'Avignon que permettent les ressources, le contexte et l'environnement du CHA.

Le périmètre de l'étude exclut les activités d'endoscopies et de chirurgie cardiaque qui font l'objet d'un fonctionnement annexe et différencié de l'activité classique du bloc opératoire au Centre hospitalier d'Avignon. De même, les problématiques relatives à l'organisation du bloc opératoire et de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA), si elles sont abordées, ne le sont que partiellement eu égard aux études parallèles en cours.

La méthodologie suivie pour le recueil de l'information a été la suivante :

⁶ Définition du Dictionnaire Larousse.

- Participation aux réunions, bureaux et conseils de pôles et de bloc, conseil de programmation, et toute rencontre impliquant les opérateurs, les cadres des services de chirurgie et ou le bloc opératoire.
- Lecture des documents existants (rapport d'activité, CREF, compte-rendus de réunions, documents internes et conclusions du chantier MEAH relatif à la chirurgie ambulatoire)
- Rencontres individuelles avec les opérateurs, les anesthésistes et les cadres du bloc, renouvelées autant
- Observation du fonctionnement du bloc, des consultations externes et des services d'hospitalisation. Si cette observation avait déjà débuté lors du premier stage, cette immersion aux côtés des opérateurs a permis une communication bien plus abondante et ouverte que lors des entretiens individuels.
- Stage d'une semaine dans une structure privée concurrente (polyclinique Synergia, Carpentras) détenant des parts de marché importantes dans une majorité des spécialités chirurgicales sur le territoire.
- Rencontres régulières avec la directrice des soins en charge du bloc opératoire et le directeur adjoint correspondant administratif du pôle bloc.
- Echanges réguliers avec le département de l'analyse de gestion sur les résultats des entretiens et des recherches statistiques.
- Recueil et analyse des données d'activité du CHA en lien avec l'analyse de gestion (bases de données de la fédération hospitalière de France, de l'ARH, Platines, et logiciel interne PMSI pilot)
- Etude de l'offre chirurgicale sur le territoire et des parts de marché respectives de chacun des offreurs de soins par spécialité.

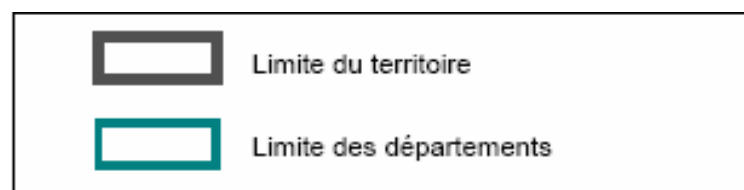
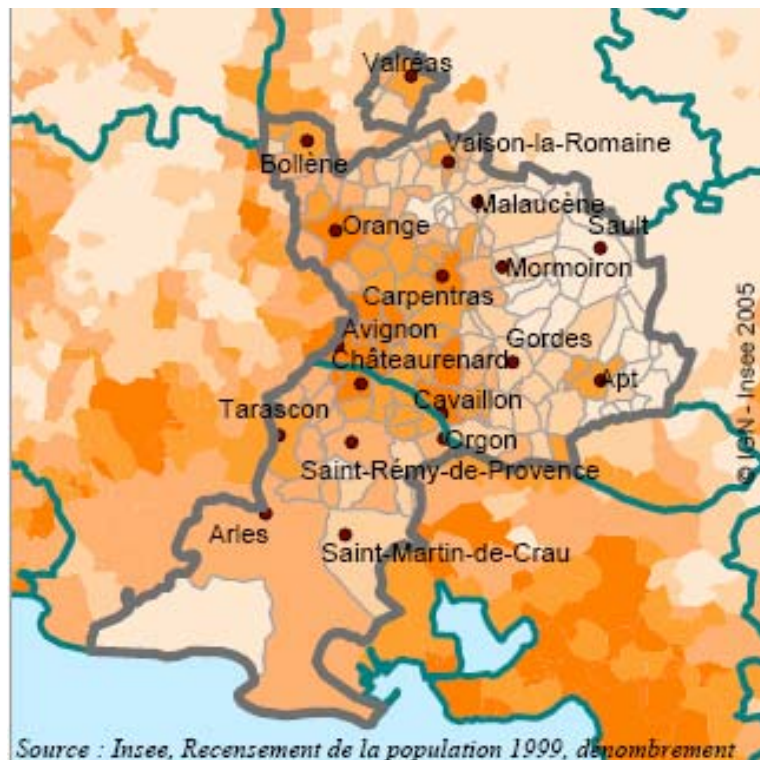
1 Evaluation de la place du Centre hospitalier d'Avignon dans l'activité chirurgicale du territoire de santé Vaucluse Camargue.

La première étape de la démarche, en parallèle à une observation approfondie des processus de production interne, a résidé dans l'identification précise, objective et chiffrée de la place du CHA dans l'activité chirurgicale du territoire de santé.

Il s'est agi de recenser les caractéristiques de la population résidant sur le territoire de santé Vaucluse Camargue, d'analyser l'offre de soins existante et enfin d'isoler, spécialité par spécialité, les parts de marchés de chacun des offreurs et ainsi de positionner le CHA dans son environnement de production.

Cette étape revêt une importance particulière puisque qu'elle doit permettre de dégager les gisements de demande ainsi que les grandes tendances et pistes pour l'avenir.

1.1 Les caractéristiques démographiques du territoire de santé Vaucluse Camargue.



Le territoire de santé Vaucluse Camargue couvre 5 122 km² et regroupe 160 communes réparties sur une partie du département du Vaucluse, le nord des bouches du Rhône ainsi que l'enclave de Valréas.

La population du territoire de santé Vaucluse Camargue est estimée à 645 972 habitants en 2006 répartis entre les différents territoires de proximité comme suit : ⁷

Territoires	Population	
	2006	2011
Arles	159 759	164 070
Apt	25 834	25 617
Avignon	184 110	188 243
Carpentras	97 114	104 145
Cavaillon	72 213	75 997
Orange - Valréas	106 942	109 847
Vaucluse-Camargue	645 972	667 919

Le territoire de santé Vaucluse Camargue, comme l'agglomération avignonnaise, se caractérise par des fragilités sociales marquées.

Parmi les habitants du territoire près de 5 % sont bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), 1,63 % de l'allocation adulte handicapé (AAH) et 1,16 % de l'allocation parent isolé (API). 7,76 % des habitants du territoire de santé Vaucluse Camargue sont enregistrés comme demandeurs d'emploi de catégorie 1 et près de 3 % comme des chômeurs de longue durée. 53,98 % des foyers du territoire ne sont pas imposables⁸.

51 751 habitants sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit 8,5 % de la population totale du territoire et plus de 10 % sur le territoire avignonnais. Enfin 12,5 % de la population du territoire de santé Vaucluse Camargue souffre d'une affection de longue durée (ALD)⁹.

⁷ INSEE, projection OMPHALE, traitement DRASS, 2007. La population s'élevait à 610 657 habitants lors du dernier recensement INSEE de 1999.

⁸ Source CNAF, MSA, DARES, 2002. Données extraites du site :

<http://www.paca.sante.gouv.fr/territoires/portrait.swf>

⁹ Source : Assurance Maladie, données issues des fichiers des assurés : (régime général stricto sensu, ARCMSA et CMR en juin 2003). Données extraites du site :

<http://www.paca.sante.gouv.fr/territoires/portrait.swf>

Au niveau national, la part des bénéficiaires de la CMU-C dans la population totale s'élevait à 7,87 % en 2003. Elle est de 7,92 % en 2006 (Source : www.cmu.fr)

1.2 L'offre de soins existante sur le territoire de santé Vaucluse Camargue.

Le territoire de santé Vaucluse Camargue compte vingt-six établissements de santé publics et privés. Le Centre hospitalier d'Avignon est considéré comme l'établissement public de référence sur le territoire.

1.2.1 L'activité chirurgicale du Centre hospitalier d'Avignon, établissement public de référence sur le territoire santé.

Le Centre hospitalier d'Avignon dispose de 14 salles de bloc opératoire dont 7 salles de chirurgie traditionnelle, 1 salle de traumatologie, 1 salle d'endoscopies digestives, 2 salles de chirurgie ambulatoire, 1 salle de pose de chambres d'implantation, de défibrillateurs et de chambres de chimiothérapie, ainsi que deux salles en attente d'une extension de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA). Le CHA est en outre doté d'une salle de soins post-interventionnelle (SSPI) de 16 lits et d'un service de réanimation de 20 lits¹⁰. Toutes les spécialités chirurgicales y sont pratiquées y compris la chirurgie thoracique et infantile, à l'exception de la chirurgie cardiaque et de la neurochirurgie.

Tableau 1. Part des différentes spécialités chirurgicales dans l'activité traditionnelle totale du bloc opératoire du CHA en 2007

TRADITIONEL Spécialités	Nb de RUM*	Nb de RUM / total activité chirurgie	CA moyen/ RUM
Orthopédie, Traumatologie	1 986	23%	3 372.62 €
Digestif et général	1 142	13%	4 276.17 €
Infantile	928	13%	1 850.51 €
ORL	491	6%	2 605.55 €
Thoracique	467	5%	6 164.91 €
Vasculaire	471	5%	4 827.28 €
Stomatologie, maxillo-facial	374	4%	2 171.38 €
Gynécologie	168	2%	3 167.43 €
Ophtalmologie	131	2%	2 009.33 €
Urologie	117	1%	4 158.37 €
ITV non chirurgicales	2 046	24%	nd

Source : PMSI pilot * RUM : Résumé d'unité médicale

CA moy : 3 554.48 €

¹⁰ 16 à 18 lits sont généralement ouverts.

Tableau 2. Part des différentes spécialités chirurgicales dans l'activité ambulatoire totale du CHA en 2007

AMBULATOIRE Spécialités	Nombre de RUM*	Part de la spécialité dans l'activité ambu totale	CA Moyen/RUM
Gynécologie	408	18%	797,64 €
Infantile	343	15%	1 104,04 €
Anesthésie	256	12%	516,97 €
Stomatologie	241	11%	1 041,00 €
Vasculaire	216	10%	1 102,28 €
Gastro-entérologie	200	9%	827,23 €
Ortho-traumato	188	8%	1 041,04 €
Ophthalmologie	123	6%	1 457,23 €
ORL	117	5%	954,95 €
Digestif	75	3%	995,43 €
Imagerie	37	2%	688,25 €
Thoracique	10	0,5%	595,75 €

Source : PMSI pilot

* RUM : Résumé d'unité médicale

CA moy : 998.49 €

Le bloc central a enregistré 10 211 passages en 2007 dont 2 065 en chirurgie ambulatoire.

Le taux d'ouverture des salles est estimé à 60 %¹¹ et le taux d'occupation des salles à 72 %¹².

Le Centre hospitalier d'Avignon dispose de 207 lits de chirurgie et de dix places de chirurgie ambulatoire. Le taux d'occupation des services de chirurgie traditionnelle est 82.4 %, Les places de chirurgie ambulatoire sont occupées à plus de 100 %¹³.

90 % des patients des services de chirurgie du CHA résident sur le territoire de santé Vaucluse Camargue. 33% d'entre eux résident sur la commune d'Avignon et 52 % proviennent du département du Vaucluse hors Avignon.

¹¹ MEAH, seconde partie de la mission « Benchmarking des blocs »-RH, activité et productivité, 2008. Le taux d'ouverture est égal au ratio temps de vacation offert (TVO) / temps de référence MEAH (1 salle = 54 heures par semaine).

¹² MEAH, « Benchmarking des blocs »-RH, activité et productivité, 2008. Le taux d'occupation des salles est calculé sur la base du ratio temps réel d'occupation des salles (TROS) / TVO.

¹³ Tableau de bord par service à fin juin 2008.

1.2.2 L'offre chirurgicale sur le territoire de santé, l'existence d'une concurrence forte.

Le territoire de santé Vaucluse Camargue compte 10 centres hospitaliers et 5 hôpitaux locaux ainsi que 11 établissements privés de santé (hors centre de soins de suite et de réadaptation)¹⁴.

Deux cent soixante-quatorze chirurgiens sont établis sur le territoire de santé Vaucluse Camargue. Soixante-six d'entre eux sont salariés à titre exclusif, et deux cent huit sont des spécialistes exerçant à titre libéral¹⁵.

Tableau 3. Capacité, activité et taux d'équipement chirurgical sur le territoire de santé Vaucluse Camargue, 2006¹⁶

Territoires	Hospitalisation complète de chirurgie				Alternatives à l'hospitalisation, chirurgie		
	Lits	Journées	Entrées totales	Taux d'équipement (*)	Places	Venues	Taux d'équipement (**)
Arles	149	32 545	7 671	0,93	14	4 981	0,88
Apt	20	4 429	1 130	0,77	2	149	0,77
Avignon	403	103 339	21 555	2,19	42	20 202	2,28
Carpentras	95	25 358	5 486	0,98	14	4 435	1,44
Cavaillon	109	24 289	5 424	1,51	22	6 568	3,05
Orange-Valréas	168	36 666	8 070	1,57	19	7 052	1,78
Vaucluse-Camargue	944	226 626	49 336	1,46	113	43 387	1,75

(*) Taux d'équipement = nombre de lits pour 1 000 habitants

(**) Taux d'équipement = nombre de lits pour 10 000 habitants

Au sein même de l'agglomération avignonnaise, le Centre hospitalier d'Avignon est en concurrence directe avec la clinique Rhône Durance, la polyclinique Urbain V et la clinique Montagard ainsi qu'à avec le Centre de chirurgie ambulatoire des Hauts de Avignon situé à Villeneuve-lès-Avignon.

Le Centre hospitalier d'Avignon subit une concurrence forte sur l'ensemble des spécialités chirurgicales pratiquées en son sein.

¹⁴ Source : DRASS, SAE 2006, base administrative.

¹⁵ Source : DRASS, ADELI redressé au 1^{er} janvier 2007.

¹⁶ Source : DRASS, SAE 2006, base administrative

Tableau 4. Spécialités assurées par les principaux offreurs de soins sur le territoire de santé Vaucluse Camargue¹⁷.

Etablissements	Statut	Localisation	ORTHOPEDIE	Chir Main	DIGESTIF	VISCERAL	VASCULAIRE	GYNECO OBST	MAXILLO FAC.	STOMATO	ORL	UROLOGIE	OPHTALMO	DERMATO	ESTHET. REPA.	THORACIQUE	INFANTILE	Nb de salles	Nb de lits	Nb de places am bu
CHA	Public	Avignon																14	207	10
Urbain V	Privé	Avignon																7	45	13
Montagard	Privé	Avignon																3	53	2
Fontvert	Privé	Sorgues																nd	nd	nd
Hauts d'Avignon	Privé	Villeneuve lès Avignon (30)																nd	nd	nd
St Roch	Privé	Cavaillon																	81	16
Synergia	Privé	Carpentras																8	84	14

 Exercice de la spécialité dans l'établissement

Le Centre hospitalier est de fait en concurrence avec le secteur privé dans toutes ses spécialités chirurgicales exceptées la chirurgie thoracique et la chirurgie infantile. Les fuites de patients hors du territoire de santé pour ces deux dernières spécialités s'effectuent en règle générale en direction des CHU situés à proximité (Marseille, Nîmes, Montpellier).

¹⁷ Tableau réalisé à partir des données des sites internet des établissements concurrents, des commentaires et compléments des praticiens du CHA et des visites réalisées à l'extérieur du centre hospitalier.

1.3 Analyse des parts de marchés des différents établissements du territoire de santé et évaluation de la place du CHA et des caractéristiques de l'activité.

L'analyse de l'activité a consisté en un recueil et un traitement de données statistiques issues de la Banque de données hospitalières de France (BDHF), de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) (site : parthage) et du logiciel *PMSI pilot* dont dispose l'établissement. Des fiches par spécialité¹⁸ ont été élaborées et discutées avec le département de l'analyse de gestion et les opérateurs concernés. Il convient de signaler que les données issues de ces différentes sources ne sont pas nécessairement identiques. La composition des statistiques est en effet variable.

La BDHF ne prend en compte que les patients domiciliés sur le territoire de santé. Les séjours de ces patients sont répartis entre les différents offreurs, que ceux ci soient des établissements du territoire ou en dehors de celui-ci.

L'ARH comptabilise en revanche le nombre de séjours réalisés par les établissements de santé quelle que soit l'origine géographique des patients.

Cependant, les grandes tendances sont similaires et ne se contredisent pas.

En revanche ces données sont parfois anciennes (2006 pour la BDHF et 2007 pour l'ARH). Les évolutions qui ont pu se faire jour depuis seront signalées dans l'analyse par spécialité.

Le tableau suivant présente un récapitulatif de la place du CHA dans l'activité chirurgicale totale du territoire de santé. L'activité de chirurgie infantile et de chirurgie thoracique ont été exclues du tableau en raison de la position d'unique prestataire de soins sur le territoire qu'occupe CHA.

¹⁸ Voir, à titre d'exemple, l'annexe n° 1

Tableau 5. Parts de marchés par spécialité sur le territoire de santé Vaucluse Camargue¹⁹

Spécialités	Parts de marché sur le territoire de santé Vaucluse Camargue 2006				CA moyen par RUM 2007	Poids moyen relatif du cas traité Base 100 : moyenne du territoire de santé	
	Part du CHA %	Rang du CHA	1er ou 2ème offreur de soins			CHA	1er ou 2ème offreur
Orthopédie Traumatologie	11 %	2ème	Clin. Fontvert	14%	3 259,29 €	113	61
<i>Dont traumatologie</i>	36,9 %	1er	CH Arles	12,9 %		96	95
Digestif	13,5 %	1er	Polyclin.Synergia	12,8 %	3 765,52 €	123	115
Vasculaire	23 %	1er	Centre Chir Ambu Les Hauts d'Avignon	15 %	4 330,01 €	115	40
ORL stomatologie	6 %	7ème	Clin. Fontvert	15 %	2 010,93 €	165	83
Ophtalmologie	7 %	7ème	Clin. Fonvert	16 %	1 938,46 €	111	95
Gynécologie	5 %	4ème	Clin. Urbain V	37 %	2 052,62 €	131	85

1.3.1 Chirurgie orthopédique et traumatologique

Les quatre premiers offreurs de soins sont la Clinique Fontvert à Sorgues (25% des parts de marché), le Centre hospitalier d'Avignon (15 %), la clinique Montagard à Avignon (15%) et la Polyclinique Synergia à Carpentras (11%)²⁰.

Le Centre hospitalier d'Avignon représente 38 % des parts de marché de traumatologie mais seulement 8 % en moyenne de l'activité de chirurgie orthopédique réglée sur le territoire de santé²¹.

¹⁹BDHF Parts de marché par territoire. Base de données 2006 et PMSI Pilot, données 2007 (pour le chiffre d'affaire moyen par RUM). La chirurgie thoracique et infantile a été exclue du tableau en raison de la position du CHA d'unique offreur de soins sur le territoire.

²⁰ Parthage, Cartographie PMSI MCO - hors séances. PACA par codes géographiques MCO, actualisé septembre 2008.

²¹ BDHF Parts de marché par territoire. Base de données 2006

72 % des patients du centre hospitalier d'Avignon sont adressés au service de chirurgie orthopédique et de traumatologie par le service des urgences. Moins de 30 % des patients du CHA sont donc des patients programmés²².

L'activité est en conséquence fluctuante, soumise à des pics d'activité durant lesquelles les patients doivent être hébergés dans d'autres services, suivis de périodes de faible activité chirurgicale.

Aucune prévision d'activité n'est véritablement possible. En conséquence, l'adéquation entre les moyens disponibles et la réalité de l'activité n'est pas toujours optimale.

76 % des patients retournent à leur domicile en sortie d'hospitalisation. Les transferts ou mutations vers des unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent 18 % des modes de sorties au premier semestre 2008 (ils représentaient 16 % des sorties en 2007 et 9 % en 2004)²³. La faiblesse relative des sorties à destination de structures SSR ne doit cependant pas être considérée comme un avantage absolu en matière de DMS. Le retour à domicile des patients implique en effet une rémission plus complète et peut donc influencer à la hausse la durée moyenne de séjour. 33 % des patients du services ont plus de 75 ans et 15 % plus de 85 ans²⁴.

Enfin, il convient de noter que le CHA offre une prestation de chirurgie de la main et représente en la matière 5 % des parts de marché sur le territoire de santé.

1.3.2 Chirurgie digestive

Les quatre premiers offreurs de soins sur le territoire sont le Centre hospitalier d'Avignon (20% des parts de marché en 2007), la polyclinique Synergia à Carpentras (17 % des parts de marché), La polyclinique Urbain V à Avignon (14 % des parts de marché) et le centre chirurgical St Roch à Cavaillon (9 % des parts de marché)²⁵.

²² PMSI Pilot, Flux de patients, actualisé août 2008.

²³ PMSI Pilot, Flux de patients, actualisé en août 2008.

²⁴ PMSI Pilot, Flux de patients, données du premier semestre 2008. En 2007 la part des plus de 75 ans était de 30% ; celle des plus de 85 ans, de 12 %. En 2004 les plus de 75 ans représentaient seulement 25 % des patients du service et les plus de 85 ans 10 %.

²⁵ Parthage, Cartographie PMSI MCO - hors séances. PACA par codes géographiques MCO, actualisé en septembre 2008.

Le Centre hospitalier d'Avignon représentait en 2006 13,5 % de l'activité de chirurgie digestive majeure sur le territoire, 15 % de l'activité de chirurgie viscérale et 14 % de la chirurgie hépatobiliaire et pancréatique²⁶. Le centre hospitalier d'Avignon se situe néanmoins en troisième position pour la chirurgie des hernies, en quatrième position pour la chirurgie du rectum et de l'anus et en deuxième position pour les cholécystectomies et la chirurgie biliaire²⁷.

L'activité du Centre hospitalier d'Avignon a progressé de 21 % entre 2004 et 2008. Cependant, la polyclinique Synergia a des parts de marchés similaires voire supérieures au CHA selon les lignes de produits²⁸. Il convient en outre de noter le récent rachat du Centre chirurgical St Roch, quatrième offreur sur le territoire, par la polyclinique Synergia.

L'activité de chirurgie ambulatoire demeure faible²⁹. Les chirurgiens digestifs ont en effet seulement la possibilité d'intervenir en ambulatoire le vendredi sur une plage non dédiée. Cette solution ne garantit pas de plage fixe pour les opérateurs. En conséquence et à ce jour l'activité demeure réduite par rapport au potentiel d'activité existant. Les recherches de lipomes, de ganglions, les vésicules simples sous coelioscopie, de même que certaines pathologies anales pourraient, par exemple être réalisées en ambulatoire.

Les patients du service sont admis au CHA pour 40 % d'entre eux par le service des urgences. Ils réintègrent leur domicile à hauteur de 88 % à la fin de leur hospitalisation³⁰.

Le poids moyen relatif du cas traité au centre hospitalier d'Avignon est supérieur de 19 points à la moyenne des poids moyens de l'ensemble des offreurs du territoire de santé³¹.

²⁶ BDHF, Parts de marché par territoire. Lignes de produit classification OAP. Base de données 2006

²⁷ BDHF, Parts de marché par territoire. Lignes de produit classification OAP Base de données 2006.

²⁸ BDHF, Parts de marché par territoire. Lignes de produit classification OAP Base de données 2006. Parts de marché de la polyclinique Synergia : 15,5% de la chirurgie viscérale et 16,2 % de la chirurgie hépatobiliaire et pancréatique et 18,7 % de la chirurgie du rectum et de l'anus)

²⁹ 75 séjours de chirurgie ambulatoire ont été enregistrés par l'équipe de chirurgie générale et digestive en 2007, soit 3 % de l'activité ambulatoire totale. PMSI Pilot, données actualisées en 2008.

³⁰ PMSI Pilot, Flux de patients, actualisé en août 2008.

La répartition des patients par âge est équilibrée. 22% des patients avaient plus de 75 ans en 2007 et 6% plus de 85 ans.

1.3.3 Chirurgie vasculaire

Les quatre offreurs de soins ayant reçu le plus de patients issus du territoire de santé Vaucluse Camargue en 2006 sont le Centre hospitalier d'Avignon (23% des parts de marché), Le centre de chirurgie ambulatoire des hauts d'Avignon à Villeneuve-lès-Avignon (15% des parts de marché), le Centre Chirurgical St Roch à Cavaillon (11 % des parts de marché) et la clinique Rhône Durance à Avignon (9 % des parts de marché)³².

Le Centre hospitalier d'Avignon regroupe le plus de parts de marché pour les chirurgies majeures de revascularisation. Il se situe en deuxième position pour les diverses prestations de chirurgie vasculaire et les ligatures de veines avec un poids moyen du cas traité très supérieur à celui des établissements concurrents³³.

Le nombre total de séjours de chirurgie vasculaire sur le territoire de santé a très peu augmenté depuis 2004, passant de 2 621 séjours en 2004 à 2 701 séjours en 2007, seules les parts de marché des différents acteurs ont varié. La part de marché du CHA a de fait largement progressé passant de 576 séjours en 2004 à 731 séjours en 2007, soit une augmentation de 27 % en trois ans³⁴.

Les opérateurs de chirurgie vasculaire signalent un problème récurrent lié à la programmation des patients. Le programme opératoire fixé le vendredi ou le jeudi

³¹ BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006.

Interprétation : La moyenne des poids moyens des cas traité par les établissements du territoire de santé Vaucluse Camargue constitue une base 100. Le centre hospitalier d'Avignon est doté d'un indice moyen de 119.

³² BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006

³³ BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006. la Moyenne des poids moyens des cas traité par chaque établissement du territoire constitue une base 100. le Centre Hospitalier d'Avignon est doté d'un indice de 105 pour les ligatures de veines et de 167 pour les diverses chirurgies vasculaires.

³⁴ Parthage, Cartographie PMSI MCO - hors séances. PACA par codes géographiques MCO, actualisé en septembre 2008.

offre une rigidité certaine par rapport au recrutement de l'activité vasculaire. Les semi urgences constituent en effet une part importante de l'activité. Ces patients sont parfois difficiles à intégrer dans le programme opératoire.

Dans le cadre de la réflexion entreprise par l'établissement sur la réduction de la DMS, les praticiens soulignent que la DMS du service peut se trouver augmentée du fait de patients en situation de semi-urgence hospitalisés dans le service en attente de la programmation de leur intervention.

La part des urgences vraies dans le mode de recrutement est relativement peu élevé.

Les opérateurs de chirurgie vasculaire ont réalisé 216 passages en ambulatoire en 2007, soit 10% de l'activité ambulatoire totale³⁵. Un gisement d'activité important existe, notamment en ce qui concerne les saphènectomies. Une part de cette activité au Centre hospitalier d'Avignon est pris en charge dans le cadre du secteur privé des praticiens.

La sortie des patients avait occasionné de véritables blocages dans la gestion des lits du service en 2005, depuis cette date les praticiens s'astreignent à programmer la sortie du patient dès la programmation de l'intervention. Le service a notamment recours à un réseau d'infirmières libérales et hospitalières qui garantit un bon niveau de suivi des patients après leur retour à domicile.

L'indisponibilité de places de SSR demeure cependant un problème récurrent pour le service.

Parmi les patients de chirurgie vasculaire 33 % avaient plus de 75 ans en 2007 et 9 % plus de 85 ans. 50 % des patients de chirurgie vasculaire traditionnelle ont plus de 70 ans³⁶.

Il faut ajouter à ces chiffres les retards de codages importants du service et qui a fait l'objet d'une remarque des opérateurs eux même lors de la discussion autour des synthèses de données présentées en annexes.

³⁵ PMSI Pilot, filtres unité médicale : chirurgie ambulatoire et équipe médicale : chirurgie vasculaire, données 2007.

³⁶ PMSI Pilot, Flux de patients, actualisé en août 2008.

1.3.4 Chirurgie ORL, maxillo-faciale et stomatologie

Les quatre premiers établissements sur le territoire santé en terme de parts de marché sont la Clinique Fontvert à Sorgues (15% des parts de marché), la clinique Jeanne d'Arc à Arles (13% des parts de marché), le clinique du Parc à Orange (11 %) et la clinique St Roch à Cavaillon (10 %).

Le Centre hospitalier d'Avignon s'inscrit en 7^{ème} position avec 6 % des parts de marché sur le territoire de santé Vaucluse Camargue³⁷. Le poids moyen des cas traités par le CHA est de plus très supérieur à la moyenne de l'ensemble des établissements du territoire³⁸.

La chirurgie ORL maxillo-faciale et de stomatologie se caractérise par une prégnance forte du secteur privé. Ainsi, la part de marché du secteur public sur le territoire de santé Vaucluse Camargue s'élève à 18 % et celle du secteur privée à 82 %.

L'analyse des parts de marché par ligne de produit fait apparaître que le Centre hospitalier d'Avignon se positionne comme le premier offreur de soins pour le traitement des tumeurs malignes ORL et de stomatologie (25 % des parts de marché) il se situe en deuxième position pour la chirurgie de la bouche (18,5 % des parts de marché avec un indice de poids moyen du cas traité de 136), en troisième position pour les endoscopies, la chirurgie ORL majeure et les divers autres actes de chirurgie ORL (respectivement 11,8 %, 11, 8 % et 10 % des parts de marché avec un indice de poids moyen du cas traité de 208 pour la chirurgie ORL majeure)³⁹.

La stomatologie représente 4 % de l'activité de chirurgie traditionnelle totale du CHA, la chirurgie ORL représente quant à elle 6 % de l'activité chirurgicale traditionnelle du CHA.

³⁷ BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006

³⁸ BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006. La moyenne des poids moyens des cas traité par chaque établissement constitue une base 100. Le Centre Hospitalier d'Avignon est doté d'un indice de 165 pour la chirurgie ORL, maxillo-faciale et la stomatologie. Les autres établissements du territoire enregistrent un indice de 80 en moyenne.

³⁹ BDHF, Parts de marché par territoire. Lignes de produit, classification OAP. Base de données 2006

L'activité de stomatologie représente 19 % de l'activité de chirurgie ambulatoire. Le recours à l'ambulatoire est en outre en nette progression dans cette spécialité⁴⁰.

La part de l'activité de chirurgie ORL réalisée au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire demeure en revanche peu élevée avec 117 séjours enregistrés en 2007 soit 4 % de l'activité totale de l'UCA⁴¹.

11 % des patients de stomatologie et 24 % des patients d'ORL sont admis au CHA par le biais du service des urgences. Les patients réintègrent leur domicile après leur hospitalisation pour 97 % d'entre eux en stomatologie et 91 % en ORL.

Les patients de ces deux spécialités sont relativement jeunes. 77 % des patients de stomatologie avaient moins de 55 ans en 2007 de même que 60 % des patients d'ORL⁴².

Le centre hospitalier d'Avignon reçoit cependant les patients les plus lourds du territoire de santé Vaucluse Camargue.

1.3.5 Chirurgie ophtalmologique

Les quatre établissements de santé regroupant le plus de parts de marché sur le territoire de santé Vaucluse Camargue sont la Clinique Fontvert à Sorgues (16 % des parts de marché), la clinique St Roch à Cavaillon (13%), la clinique Monticelli à Marseille (11 %) et la polyclinique Urbain V à Avignon (10 %).

Le Centre hospitalier d'Avignon se situe en 7^{ème} position avec 7 % des parts de marché.

La fuite du territoire s'élève à 25 % (dont 22 % vers le privé).

La part de marché du secteur public s'élève à 14 % contre 86 % pour le secteur privé.

Le Centre hospitalier d'Avignon est cependant le deuxième offreur de soins en terme de chirurgie ophtalmologique lourde, après la clinique Monticelli à Marseille (56 % des parts de marché), avec 15 % des parts de marché.

⁴⁰ MEAH, Mission Développement et Organisation de la chirurgie ambulatoire, rapport du Comité de pilotage, 11 juillet 2008.

⁴¹ PMSI pilot, Activité par unité médicale, actualisé en août 2008.

⁴² PMSI Pilot, Flux de patients, actualisé en août 2008.

Le CHA représente en revanche 5 % de la chirurgie des cataractes réalisée sur les patients domiciliés sur le territoire de santé. Il se positionne comme le sixième offreur de soins après cinq établissements privés du territoire de santé⁴³.

Les parts de marché du Centre hospitalier d'Avignon ont fortement diminué entre 2004 et 2007. Ainsi, le CHA qui couvrait 8 % des parts de marché en 2004, 2005 et 2006 (avec 704 séjours recensés) ne compte plus que 5 % des parts de marché en 2007 (avec 355 séjours). Le nombre total de séjours de chirurgie ophtalmologique sur le territoire de santé Vaucluse Camargue est lui-même passé de 8 331 séjours en 2004 à 7 620 séjours en 2007⁴⁴.

Au niveau de l'établissement cette tendance est confirmée. L'activité de chirurgie ophtalmologique représentait 9 % de l'activité totale de chirurgie traditionnelle en 2004, elle ne représentait plus que 2 % de l'activité totale en 2007⁴⁵.

Cette diminution d'activité peut s'expliquer en partie par le départ d'un praticien en 2006. Cette tendance devrait s'infirmer. D'une part, une reprise de l'activité est constatée. L'activité réalisée durant le premier semestre 2008 est équivalente à l'activité totale du service en 2007 en année pleine⁴⁶. D'autre part, un nouvel opérateur doit être recruté en 2009.

L'activité de chirurgie ophtalmologique représente 6 % de l'activité réalisée dans le cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHA en 2007, soit 123 séjours⁴⁷. Hors, il semblerait qu'une part de l'activité relevant de l'ambulatoire continue d'être traitée comme de l'hospitalisation traditionnelle.

52 % des cataractes donnent en effet lieu à une hospitalisation d'une à deux nuits⁴⁸.

Une mise sous accord préalable de cette activité est en conséquence prévue par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Vaucluse.

⁴³ BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006

⁴⁴ Parthage, Cartographie PMSI MCO - hors séances. PACA par codes géographiques MCO, actualisé en septembre 2008.

⁴⁵ PMSI pilot, Activité par unité médicale, actualisé en août 2008

⁴⁶ PMSI pilot, Activité par unité médicale, actualisé en août 2008

⁴⁷ PMSI pilot, Activité par unité médicale, actualisé en août 2008

⁴⁸ MEAH, Mission Développement et Organisation de la chirurgie ambulatoire, rapport du Copil, 11 juillet 2008.

Les opérateurs du service d'ophtalmologie disposent à ce jour de trois plages opératoires par semaine dans le cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire. La mise sous accord préalable impliquera en conséquence une redistribution des plages opératoires.

Enfin, il convient de noter que l'activité de chirurgie ophtalmologique présente le chiffre d'affaire moyen par RUM le plus élevé des actes réalisés en ambulatoire. Le chiffre d'affaire moyen en ophtalmologie s'élève à près de 1360 euros par RUM. La moyenne des chiffres d'affaire moyen pour l'ensemble des activités de l'unité de chirurgie ambulatoire s'élève à 960 euros par RUM⁴⁹.

Les patients du service d'ophtalmologie sont admis au sein de l'établissement en provenance de leur domicile à hauteur 83 % et du service des urgences pour 15 % d'entre eux. Les sorties s'effectuent très largement à destination du domicile des patients (95%).

67 % des patients du service ont plus de 55 %, 33 % sont âgés de plus de 75 ans et 5 % de plus de 85 ans⁵⁰.

1.3.6 Chirurgie gynécologique

Les quatre premiers établissements de santé recevant le plus de patientes de chirurgie gynécologique domiciliées sur le territoire de santé Vaucluse Camargue sont la polyclinique Urbain V à Avignon (37 % des parts de marché), le centre chirurgical de St Roch à Cavaillon (6,4%), le Centre hospitalier d'Orange (5,4 %) et le Centre hospitalier d'Avignon (5,1 % des parts de marché)⁵¹.

La polyclinique Urbain V à Avignon regroupe les parts de marché les plus importantes pour l'ensemble des lignes de produits (43 % de la chirurgie du sein, 22 % des avortements, dilatations, IVG et curetage...) et représente en moyenne de 37 à 42% des parts de marché de la chirurgie gynécologique sur le territoire de santé⁵².

⁴⁹ PMSI pilot, Activité par unité médicale, actualisé en août 2008

⁵⁰ PMSI Pilot, Flux de patients, données 2007, actualisé en septembre 2008.

⁵¹ BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006

⁵² Parthage, Cartographie PMSI MCO - hors séances. PACA par codes géographiques MCO, actualisé en septembre 2008.

Le Centre hospitalier d'Avignon se situe très en retrait sur une grande majorité des lignes de produits. Il représente en moyenne 5 % des parts de marché sur le territoire⁵³. Ainsi le CHA est en 7^{ème} position pour la chirurgie du sein (4% des parts de marché) et 9^{ème} position pour les tumeurs malignes du sein (2,7 % des parts de marché). Il est de même le 4^{ème} offreur de soins pour la chirurgie pelvienne majeure et la chirurgie de l'utérus⁵⁴.

Le Centre hospitalier ne respecte pas les seuils minimaux d'activité pour la chirurgie des cancers du sein et des cancers gynécologiques⁵⁵.

Au niveau du Centre hospitalier, l'activité de chirurgie gynécologique représente 2% de l'activité chirurgicale traditionnelle totale et 18 % de l'activité ambulatoire dont 60% d'IVG (soit 12 % de l'activité totale de l'UCA)⁵⁶.

1.3.7 Chirurgie thoracique

Le Centre hospitalier d'Avignon a reçu 63 % des patients domiciliés sur le territoire de santé qui ont bénéficié d'une intervention de chirurgie thoracique de 2006. Il est le seul établissement de soins sur le territoire de santé Vaucluse Camargue à offrir une prestation complète de chirurgie thoracique.

Parmi les offreurs de soins établis sur le territoire de santé, le centre hospitalier d'Avignon représente 93 % des parts de marché⁵⁷. Les interventions de chirurgie thoracique

⁵³ Parthage, Cartographie PMSI MCO - hors séances. PACA par codes géographiques MCO, actualisé en septembre 2008.

⁵⁴ BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006

⁵⁵ INCA : "*l'activité minimale annuelle de l'établissement est fixée à 30 interventions par an pour la chirurgie des cancers du sein, digestifs, urologiques et thoraciques et à 20 interventions par an pour la chirurgie des cancers gynécologiques, ORL et maxillo-faciales. Il n'y a pas de seuil minimal pour la chirurgie des autres types de cancer.*"

http://www.e-cancer.fr/Les-Soins/Autorisation-des-etablissements-sante/op_1-it_904-ta_1-id_1989-bakhistory_1-la_1-ve_1.html

En 2007, 35 GHM de chirurgie gynécologique carcinologique ont été recensés au Centre hospitalier d'Avignon (source PMSI pilot) dont 24 de chirurgie du sein et 11 de chirurgie gynécologique.

⁵⁶ PMSI pilot, Activité par unité médicale, actualisé en août 2008

nécessitent en effet un lien fort avec le service de réanimation au vu du taux de mortalité de certaines interventions⁵⁸.

La fuite du territoire s'élève à 35 % des patients domiciliés en Vaucluse Camargue, dont 26 % vers le secteur public (AP-HM et CHU de Montpellier dans une moindre mesure) et 9 % vers le secteur privé à Nîmes, Montpellier et Marseille⁵⁹.

L'activité de chirurgie thoracique représente 5% de l'activité totale de chirurgie du Centre hospitalier d'Avignon⁶⁰.

Moins de 15 % des patients sont des patients non programmés en provenance du service des urgences et plus de 75 % des patients réintègrent leur domicile à la fin de leur hospitalisation⁶¹. Le poids moyen du cas traité au centre hospitalier d'Avignon est en outre équivalent à la moyenne des cas traités des différents offreurs de soins⁶².

1.3.8 Chirurgie infantile

Le Centre hospitalier d'Avignon est le seul établissement sur le territoire de santé Vaucluse Camargue à assurer une prestation de chirurgie infantile.

La chirurgie infantile représente 13 % de l'activité chirurgicale traditionnelle du CHA et 15 % de l'activité ambulatoire. Plus de 1 700 séjours ont été enregistrés par l'équipe de chirurgie infantile. Les enfants de 0 à 4 ans représentent 43 % des patients, ceux âgés de 5 à 9 ans 28 % et enfin les enfants de 10 à 14 ans représentent 26 % des patients du service⁶³.

55 % des patients de l'équipe de chirurgie infantile sont admis au centre hospitalier d'Avignon par le service des urgences. Cette proportion s'élève à 66 % si seule est considérée l'activité de chirurgie traditionnelle.

⁵⁷ Parthage, Cartographie PMSI MCO - hors séances. PACA par codes géographiques MCO, actualisé en septembre 2008.

⁵⁸ 15 % de mortalité pour une pneumonectomie droite et 5 % pour une pneumonectomie gauche, une lobectomie présente une mortalité comprise entre 2 et 5 % (soit l'équivalent du taux de mortalité d'un pontage coronarien ou d'une valve aortique).

⁵⁹ BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006

⁶⁰ PMSI pilot, Activité par unité médicale, actualisé en août 2008

⁶¹ PMSI pilot, Activité par unité médicale, actualisé en août 2008

⁶² BDHF, Parts de marché par territoire. Base de données 2006

Ainsi, le Centre hospitalier d'Avignon subit une concurrence forte sur le territoire de santé. Il est cependant le premier offreur de soins en matière de chirurgie digestive et de chirurgie vasculaire. Il est le second offreur en terme de chirurgie orthopédique et traumatologique.

En revanche, le CHA se place en cinquième position pour la chirurgie gynécologique et au septième rang pour la chirurgie ORL, ophtalmologique et maxillo-faciale avec des poids moyen du cas traité supérieurs à la moyenne du territoire.

De cette analyse on peut retenir que des marges de progression existent. En effet, l'importance des parts de marchés de la concurrence démontre l'existence d'une demande de soins importante. Le CHA en renforçant son attractivité et en améliorant son fonctionnement interne peut parfaitement prétendre à une progression de ses parts de marché.

Ce constat posé, il convient de se pencher sur les éléments de l'organisation interne qui peuvent freiner l'augmentation d'activité exigée par le contrat de retour à l'équilibre.

⁶³ PMSI pilot, Activité par équipe médicale, données 2007, actualisé en septembre 2008. Les 3 % restants sont les patients âgés de 15 à 19 ans.

2 Identifications des limites et des freins internes

Si une demande forte de soins chirurgicaux peut être identifiée sur le territoire de santé, il convient d'étudier la capacité du Centre hospitalier d'Avignon à renforcer son attractivité de façon à augmenter son activité et à absorber cette activité supplémentaire.

Les limites et freins internes à cette progression doivent donc être évalués. Cette démarche ne consiste pas en une démonstration de l'impossibilité à tenir les engagements issus du CREF, mais bien à rechercher les marges de progression de la structure.

Quatre champs d'amélioration sont ainsi développés : la difficulté pour les opérateurs à programmer suffisamment en traditionnel, puis en ambulatoire, l'absence de politique de recrutement active et enfin, une assimilation partielle de la logique T2A.

2.1 Un manque de disponibilité de l'outil de travail, bloc opératoire, ressenti par les opérateurs.

Biens qu'ils reconnaissent la qualité de l'environnement de travail et de l'encadrement, les opérateurs ont démontrés lors des entretiens individuels une insatisfaction partagée quant au fonctionnement du bloc opératoire.

Ils déplorent en effet le manque d'optimisation de l'outil bloc opératoire. Leur critique principale réside dans le manque de flexibilité horaire du bloc et des équipes ainsi que la non adéquation des vacances offertes avec la demande opératoire réelle.

Les plages d'activité réglée au bloc opératoire du CHA s'étendent de 7h30 à 15h30.

La plupart des opérateurs s'estiment limités dans leur activité par le manque de disponibilité du bloc opératoire. Le taux moyen d'ouverture des salles est de fait de 60 %⁶⁴ du temps de référence de la MEAH (54 heures par semaine soit 10h par jour sur 5 jours et 4h le samedi matin). Le taux d'occupation réel des salles s'élève à 72 %⁶⁵.

⁶⁴ MEAH, seconde partie du "benchmarking des blocs" Fiche d'identité de l'établissement, issue d'une auto évaluation sur quatre semaines. Le taux d'ouverture équivaut au temps de vacation offert aux chirurgiens (TVO) rapporté au temps de référence MEAH de 54h par semaine et par salle.

⁶⁵ MEAH, « Benchmarking des blocs »-RH, activité et productivité, 2008. Le taux d'occupation des salles est calculé sur la base du ratio temps réel d'occupation des salles (TROS) / TVO.

Cependant, plus qu'un défaut de plages opératoires, c'est le manque de flexibilité dans l'utilisation du bloc que déplorent les opérateurs. Enfin, le délai entre deux patients semble anormalement long aux praticiens, tout particulièrement en chirurgie traditionnelle⁶⁶.

Le bloc opératoire ouvre à 7h30. Les salles sont alors ouvertes et les premiers patients préparés. La première incision intervient à partir de 8h30.

Il est possible que des retards interviennent au cours du programme. Les raisons sont diverses : problèmes de brancardage, incertitude sur l'heure de prise en charge des patients, défaut de préparation du patient, durée d'induction anesthésique, indisponibilité du chirurgien,...

Cependant, la raison majeure du délai constaté, à l'ouverture ou entre deux patients, est liée à des contraintes incompressibles : obligations réglementaires de vérification des salles (check list), préparation de l'instrumentation (non disponible la veille en raison des contraintes de stérilisation) et préparation du patient. Les durées d'induction sont potentiellement longues, elles sont en outre intégrées dans la programmation du bloc.

D'autre part, la réforme du temps de travail et les difficultés de recrutement de personnel paramédical amènent à apporter une attention particulière au respect des horaires de travail des agents. Ainsi, afin de libérer le personnel paramédical à 15h30, la programmation favorise les interventions courtes en seconde partie de programme.

L'accord du régulateur de bloc est nécessaire après 13h pour débiter une nouvelle intervention de façon à éviter les dépassements horaires. Cet état de fait est particulièrement défavorable aux spécialités impliquant des interventions longues comme la chirurgie carcinologique. Le délai de programmation des interventions peut s'en trouver allongé au détriment du service rendu au patient.

Les praticiens souhaiteraient en conséquence que soit envisagée une organisation plus flexible du bloc qui permettrait d'augmenter le temps opératoire disponible.

⁶⁶ Ce délai n'a pas pu être constaté. L'ensemble des praticiens s'en plaignent. Ils mettent à contribution ce temps pour réaliser une partie de leur visite dans le service. Tous les praticiens intervenant à la fois en traditionnel et en ambulatoire s'accordent à penser que les enchaînements entre deux interventions en ambulatoire se font beaucoup plus rapidement.

2.2 Une indisponibilité de l'unité de chirurgie ambulatoire

L'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) a été ouverte en 2006. Comportant à l'origine 10 places, le service a été agrandi en 2007 avec l'ouverture de quatre places supplémentaires.

En raison d'une difficulté à faire démarrer l'activité, l'élaboration du programme opératoire a conduit à attribuer les plages aux premiers opérateurs volontaires pour intervenir en ambulatoire.

La programmation est à ce jour réalisée non pas fonction des vacances offertes au bloc mais de la disponibilité des box de réhabilitation des patients et séparément de la programmation du bloc central.

L'activité de l'UCA a augmenté de 26 % entre 2007 et 2008. Le taux d'occupation de l'UCA est régulièrement supérieur à 100 % et peut atteindre jusqu'à 125 %⁶⁷.

Tableau 6. Chirurgie ambulatoire : Occupation moyenne des salles au 1^{er} semestre 2008⁶⁸.

Spécialités	TVO	Actes	Temps moyen	TROS évalué	TROS/TVO
Endoscopies	156:00:00	173	0:48:00	181:40:04	1,16
Gynécologie	34:30:00	70	1:04:13	92:24:55	2,68
Infantile	279:30:00	158	1:11:28	227:41:44	0,81
IVG	209:00:00	163	0:30:53	124:37:54	0,60
Ophthalmologie	81:15:00	88	0:56:11	104:23:43	1,28
ORL	0:00:00	58	0:45:34	58:32:41	0,00
Ortho-Traumatologie	71:30:00	122	1:01:49	156:11:13	2,18
Stomatologie	227:30:00	265	0:54:41	307:44:08	1,35
Vasculaire	305:30:00	141	1:16:15	214:25:43	0,70
Viscéral	0:00:00	23	1:24:07	37:59:33	0,00
Totaux	1364:45:00	1261	0:56:37	1505:41:39	1,13

Sept spécialités représentent 80% de l'activité ambulatoire : la stomatologie 19 %, les endoscopies 13 %, la chirurgie infantile 12 %, les interruptions volontaires de grossesse 12 %, la chirurgie vasculaire 9 %, l'orthopédie 8 %, l'activité de PAC 7%.

⁶⁷ MEAH, Organisation et développement de la chirurgie ambulatoire, Comité de pilotage, 11 juillet 2008. Le nombre de passages en ambulatoire était de 803 au premier semestre 2007, il est de 1018 au premier semestre 2008.

Aujourd'hui l'UCA tente de convaincre d'avantage de spécialités d'intervenir en son sein. Parallèlement, les opérateurs volontaires pour intervenir en ambulatoire peinent parfois à utiliser l'UCA en raison de cette pénurie de créneaux opératoires. Enfin, dans le même temps, l'activité d'ambulatoire forain⁶⁹ demeure importante⁷⁰.

Si l'attribution des plages est régulièrement revue, la saturation des box reste une réalité et les travaux d'agrandissement prévus ne livreront l'extension de l'UCA qu'en 2012. Cette attente constitue une menace pour le Centre hospitalier. En effet d'une part, le délai de prise en charge des patients, induit par des capacités insuffisantes, détériore la qualité des soins, ceci à l'avantage de la concurrence. D'autre part, il sera plus ardu en 2012 de faire progresser les parts du marchés du CHA sur un marché stabilisé. A moins de penser dès à présent aux activités nouvelles qui pourront être développées alors.

Enfin, la mise sous accord préalable de l'activité de chirurgie des cataractes devrait conduire à l'attribution de créneaux supplémentaires à cette spécialité au détriment d'autres activités.

2.3 Le caractère attentiste de l'activité : l'absence d'une politique de recrutement

La fragilité sociale du territoire de santé est un moteur de recours à l'établissement. Ainsi, et par exemple, aucun chirurgien infantile de secteur privé n'est installé sur le territoire en raison de l'insolvabilité d'une grande part des demandes. La baisse constatée du pouvoir d'achat constitue une perspective d'avenir pour le Centre hospitalier qui reçoit déjà un certain nombre de patients déclarant ne pas souhaiter régler de dépassements d'honoraires.

Cependant, cette réalité est le reflet d'une politique attentiste de recrutement. Peu de services de chirurgie organisent des rencontres autour des dossiers avec les spécialistes

⁶⁸ Synthèse réalisée à partir des relevés d'activité du bloc opératoire. La liste des activités est non exhaustive.

⁶⁹ On entend par ambulatoire forain les séjours de chirurgie de moins d'une nuit réalisés en dehors de l'UCA.

⁷⁰ L'activité d'ambulatoire forain s'élevait à 331 actes pour 803 réalisés au sein de l'UCA en 2007. cette proportion est de 346 passages d'ambulatoire forain pour 1 018 actes réalisés à l'UCA en 2008. 48 % des actes d'ambulatoire forain sont effectués par le service de gastro-entérologie.

de ville⁷¹. Une partie des praticiens considère que le non paiement de dépassements d'honoraires constitue une source de recrutement en soit. Beaucoup arguent de réseaux extra hospitaliers forts et considèrent qu'au vu de la propension des généralistes ou des spécialistes de ville à adresser au secteur privé tout patient qui ne présenterait pas de trop grands risques chirurgicaux, les parts de marché du privé sont en quelque sorte immuables.

De fait, certains des établissements privés installés de longue date, bénéficient d'une excellente réputation, ce qui n'a pas toujours été le cas du Centre hospitalier dans certaines spécialités. L'argument historique de plus d'une décennie de mauvaise réputation du Centre hospitalier d'Avignon a été avancé par nombre de praticiens pour expliquer la composition du recrutement de l'établissement⁷².

De fait, une enquête réalisée auprès des médecins libéraux fait apparaître que 48 % d'entre eux préfèrent adresser leurs patients à un établissement privé de la région. Seulement 18 % d'entre eux recommandent à leurs patients une structure publique du territoire de santé⁷³. Parmi les critères qui orientent ce choix, figurent notamment la qualité de prise en charge médicale (25 %), la qualité des soins (17 %), la rapidité d'admission (16%) et la qualité des relations avec l'établissement (13 %)⁷⁴.

Or, il apparaît que l'information des médecins de ville sur l'état de santé et l'hospitalisation de leurs patients ne sont pas optimales. 62 % des médecins interrogés déclarent n'être jamais contactés par le CHA lors de la sortie du patient⁷⁵. 39 % d'entre eux indiquent n'être jamais associés au projet thérapeutique⁷⁶.

⁷¹ Parmi ces services, l'équipe de chirurgie vasculaire rencontre tous les trimestres 80 % des angiologues du Vaucluse. L'équipe de chirurgie générale et digestive s'attache à créer de bonnes relations avec les adresseurs et avec le secteur privé d'hospitalisation avec lequel des coopérations autour de prises en charge partagées ont été élaborées.

⁷² L'argument historique de plus d'une décennie de mauvaise réputation du centre hospitalier d'Avignon, anciennement Ste Marthe, a été avancé par nombre de praticiens lors des entretiens individuels.

⁷³ Enquête réalisée auprès des correspondants de ville du CHA au printemps 2008. « En cas d'hospitalisation, vous proposez à vos patients d'aller : dans un établissement privé 48%, dans un établissement public de la région 18%, dans un CHU 16%, vous laissez le libre patient libre de son choix 18 % . »

⁷⁴ « Pour vous quels sont les principaux facteurs influençant le choix de l'établissement d'hospitalisation de vos patients (cocher les trois facteurs principaux)? ». Les autres critères de choix sont : la proximité géographique (14 %), le choix du patient (12 %), la prise en charge financière de secteur 1 (2 %).

⁷⁵ 25 % déclarent être parfois contactés, 9 % souvent et 4 % toujours.

⁷⁶ 28 % déclarent être parfois associés au projet thérapeutique, 24 % souvent et 9 % toujours.

40 % des médecins adresseurs déclarent avoir des difficultés à trouver les coordonnées des praticiens de l'établissement, et près de 60 % ne parviennent pas à contacter leur interlocuteur facilement⁷⁷. Enfin 91 % des libéraux interrogés souhaiteraient être contactés plus régulièrement au cours de l'hospitalisation de leurs patients⁷⁸.

Enfin, au niveau institutionnel, aucune politique volontariste de communication visant à favoriser le recrutement du CHA n'est clairement définie.

Ainsi, 42 % des médecins libéraux interrogés déclarent avoir des difficultés à accéder à des informations sur les activités du centre hospitalier et 51 % d'entre eux avouent les mêmes difficultés pour les informations relatives aux équipes médicales du Centre hospitalier⁷⁹.

2.4 Une assimilation partielle de la logique T2A

La semaine passée à la polyclinique Synergia a permis de constater l'intérêt particulier porté par le privé à la mise en cohérence du coût de production avec la rémunération T2A de chacune des activités développées. Ainsi, les praticiens, le cadre bloc et une partie du personnel paramédical connaissent la rémunération des séjours, le coût de l'heure de bloc opératoire, la liste des dispositifs médicaux implantables remboursés, et le coût des consommables de bloc opératoire. En mettant en adéquation ces données, les praticiens, en accord avec le cadre bloc, déterminent pour chaque patient les conditions de l'équilibre financier de l'acte opératoire et du séjour d'hospitalisation.

Bien que le public et le privé ne fonctionnent pas dans les mêmes conditions et étant acquis que le modèle privé ne soit pas exportable dans toutes ses composantes dans le public – ni que cela soit nécessairement souhaitable - il n'en demeure pas moins que, la T2A devant s'appliquer à terme dans les mêmes conditions pour l'ensemble des acteurs

⁷⁷ « Lorsque vous souhaitez contacter un professionnel du Centre hospitalier arrivez vous :
- A trouver ses coordonnées facilement : 39 % souvent, 33 % parfois, 21 % toujours, 7 % jamais
- A le joindre facilement : 51 % parfois, 32 % souvent, 9 % jamais, 8 % toujours. »

⁷⁸ « Au cours de l'hospitalisation de vos patients, le CHA vous contacte pour vous donner des informations » : 49 % jamais, 36 % parfois, 10 % souvent, 5 % toujours.

« Souhaiteriez vous que nous vous contactions plus régulièrement » : 91 % oui, 9 % non.

⁷⁹ « Les informations sur les activités du CHA sont simples d'accès » : 58 % oui 42 % non

« Les informations sur les équipes médicales du CHA sont simples d'accès » : 51 % non, 49 % oui.

du système de santé, la recherche de l'équilibre entre les recettes et les coûts de chaque séjour doit être davantage développée dans le public.

Cette démarche doit être développée pour toutes les composantes d'un séjour.

Au centre hospitalier d'Avignon, il apparaît dans les comptes de résultats analytiques (CREA) et contre toute attente que les services de médecine sont bénéficiaires tandis que la plupart des services de chirurgie affichent un résultat déficitaire. Quand bien même la méthodologie et les données restent à affiner, une part de ce déséquilibre peut s'expliquer par le coût du recours aux plateaux techniques et tout particulièrement au bloc opératoire⁸⁰. L'analyse des coûts des plateaux techniques nécessite donc d'être affinée.

Les praticiens demandent ainsi, depuis la publication des CREA, que soit calculé le coût de l'heure de bloc.

Enfin, certains opérateurs avouent ne pas accorder l'attention méritée au codage dont ils reconnaissent au demeurant l'intérêt

Cependant, le lancement du chantier de déploiement MEAH « benchmarking des blocs » et l'acquisition d'un logiciel d'aide au codage devraient contribuer à l'amélioration de cette situation.

⁸⁰ Le Conseil exécutif a validé la méthodologie selon laquelle les plateaux techniques, et notamment le bloc opératoire et le service d'imagerie, sont présentés à l'équilibre avec d'une part leurs charges directes et indirectes et d'autre part, en recettes, la quote-part des services de chirurgie. Cette quote-part est définie en répartissant entre les services les charges du plateau technique concerné en fonction du nombre d'ICR de chaque service. Cette méthodologie est décriée par l'ensemble des opérateurs, d'une part en raison du poids des charges induites dans leurs comptes de résultats analytiques et d'autre part, car, la présentation artificiellement à l'équilibre des résultats des plateaux technique et notamment du bloc, n'encourage pas à la recherche d'efficience.

3 Perspectives et Propositions

A l'issue de l'analyse de la place du CHA dans son environnement concurrentiel et des limites à surmonter, il apparaît que le Centre hospitalier d'Avignon dispose des éléments nécessaires pour renforcer sa position sur le territoire de santé. Un certain nombre de propositions ont donc été émises dans cette optique.

3.1 Les perspectives

Le CHA est pleinement armé pour relever ce défi. Il dispose d'un plateau technique de qualité qui pourra contenir facilement une augmentation d'activité.

Le Centre hospitalier d'Avignon est en outre doté d'équipes médicales et paramédicales intéressées et impliquées dans les divers projets de l'établissement. La très grande majorité des praticiens s'estime concernée par le sort de l'établissement et s'engage dans des démarches d'amélioration à tous les niveaux. En témoigne le nombre des projets présentés par les services, réalisables ou non, ils sont l'illustration de cette dynamique médicale.

Enfin, les marges d'amélioration ont été aisément identifiées par l'ensemble des acteurs interrogés.

Le critère déterminant des années à venir consiste en la capacité de l'établissement à s'inscrire véritablement dans une démarche de production.

Certaines inconnues demeurent cependant.

Ainsi, dans quelle mesure le temps médical disponible permettra-t-il de couvrir les augmentations d'activité inscrites au CREF ? L'organisation du temps médical est-elle optimale ou doit-elle être retravaillée ?

Si une demande de soins importante existe sur le territoire, dans quelle mesure l'établissement est-il en mesure de recruter une file active supplémentaire à hauteur de ses engagements ?

Enfin, si le bloc augmente effectivement son activité, le relais sera-t-il assuré par les services supports que sont la stérilisation, la blanchisserie, l'imagerie, les laboratoires et l'anatomopathologie et enfin la blanchisserie ?

Toutes ces dimensions doivent être prises en compte et étudiées dans la recherche de cette augmentation d'activité.

3.2 Propositions

Le Centre hospitalier d'Avignon détient les ressources internes qui lui permettront de relever les défis à venir. De plus, sa position d'établissement de référence sur le territoire de santé lui assure la pérennité de ses activités. Cependant, dans le cadre des réformes en cours et notamment de la tarification à l'activité et au vu des difficultés de financement que connaît le CHA, le développement de politiques volontaires d'amélioration de la place du centre hospitalier sur le territoire de santé semble nécessaire.

Tableau 7. Gisements de progression de l'activité identifiés par spécialité

Spécialités	Possibilités d'augmentation d'activité	Modalités	Conditions	Contraintes	Gains attendus (hors augmentation d'activité)	
Orthopédie	A étudier	Traditionnel				
		Développement du programmé	Communication	Gestion du temps médical Organisation du service	Améliorer la gestion des vacations op. Améliorer la gestion du service	
		Amélioration de la prise en charge des urgences	A étudier	Organisation du bloc	Améliorer la gestion des vacations op.	
		Constitution d'un secteur privé	A étudier	Gestion du temps médical Organisation du service	Amélioration de l'image de marque du CHA Fidélisation des praticiens	
	Oui	Ambulatoire				
		Développement de l'ambulatoire	Augmentation des plages opératoires Obtention d'une plage dédiée	Organisation et programmation de l'UCA Effectifs médicaux	Positionnement sur un domaine d'excellence Service rendu au patient Amélioration de l'image de marque du CHA	
Chirurgie générale et digestive	Oui	Traditionnel				
		Développement de l'activité	Flexibilité des plages opératoires Augmentation du nombre de vacations offertes Communication	Disponibilité de plages opératoires Interventions longues Effectifs médicaux		
	Oui	Ambulatoire				

		Développement d'une activité ambulatoire : (recherche lipomes, ganglions, vésicules simples sous coelio,...)	Communication Obtention d'un créneau opératoire dédié en première moitié de semaine	Organisation et programmation de l'UCA Disponibilité de plages opératoire	Libération potentielle de créneaux opératoires traditionnels
Chirurgie thoracique	Oui	Traditionnel			
		Amélioration de la qualité de la prise en charge	Augmentation du temps opératoire disponible Flexibilité des plages opératoires Obtention d'un créneau supplémentaire de consultation	Disponibilité de plages opératoires Interventions longues Fermetures estivales	Améliorer la prise en charge des patients en réduisant le délai de programmation
Chirurgie vasculaire	Oui	Traditionnel			
		Amélioration de la prise en charge des semi-urgences	A étudier	Organisation du bloc	Améliorer la gestion des vacances op. Réduction potentielle de la DMS pré-opératoire
		Renforcement de l'adressage interne	A étudier	Coopération entre les services	
	Développement de conventions et d'accords de prise en charge avec d'autres établissements	Communication Disponibilité de l'effectif médical	Disponibilité de plages opératoires Organisation du service Effectifs médicaux	Renforcement du positionnement territorial du CHA	
	A étudier	Ambulatoire			
Chirurgie gynécologique - obst.	A étudier	Traditionnel			
		Réorganisation des consultations et de la prise de rendez-vous	En cours	En cours	Amélioration de la qualité de prise en charge
	Oui	Ambulatoire			
		Gynécologie : Garantir la régularité de l'activité ambulatoire	Obtention d'une plage dédiée	Organisation et programmation de l'UCA	Fidélisation des praticiens Amélioration du service rendu
	IVG : assurer le maintien du volume d'activité	Recrutement de praticiens/ souhait de maintenir l'activité	Rigueur des opérateurs	Amélioration de l'organisation de l'UCA	
Chirurgie infantile	A étudier	Traditionnel			
		Réorganisation des consultations et de la prise de rendez-vous	En cours	En cours	Amélioration de la qualité de prise en charge
	Oui	Ambulatoire			
		Développement de l'ambulatoire	Extension des plages opératoires dédiées.	Effectifs médicaux	Libération de créneaux opératoires traditionnels

		Abaissement de 1 an à 6 mois de l'âge minimum des patients	Extension des plages opératoires dédiées.	Effectifs médicaux Anesthésie	
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Oui	Ambulatoire			
		Renforcement des plages de consultations	Obtention de plages supplémentaires de consultations	Disponibilité de plages de consultation	Amélioration de la qualité de prise en charge
		Développement de l'activité ambulatoire	Extension des plages opératoires dédiées.	Organisation et programmation de l'UCA Equipement du bloc opératoire (équiper une 2ème salle ?)	Améliorer la prise en charge des patients en réduisant le délai de programmation
Chirurgie ORL	A étudier	Traditionnel			
		Développer l'attractivité du CHA	Communication	Capacité à recruter Adhésion de l'équipe médicale	Amélioration de l'image de marque du CHA
	A étudier	Ambulatoire			
		Développement de l'ambulatoire	Communication Obtention de plages opératoires	Capacité à recruter Adhésion de l'équipe médicale Disponibilité des plages	Service rendu au patient Amélioration de l'image de marque du CHA
Ophtalmologie	A étudier	Traditionnel			
	oui	Ambulatoire			
		Arrivée d'un nouvel opérateur Développement de l'ambulatoire	Extension des plages opératoires dédiées.	Organisation et programmation de l'UCA Procédure d'accord préalable / cataractes	Amélioration de la qualité de prise en charge

3.2.1 Définir une politique de communication afin de développer l'activité réglée.

Développer une activité réglée implique un exercice de communication voire de marketing important. Le recrutement de patients programmés est de la responsabilité des opérateurs, mais c'est aussi celle de la structure hospitalière en tant qu'institution. Pour être efficace, la communication hospitalière doit donc être double, individuelle et collective.

A) Encourager la communication individuelle médicale et paramédicale

L'enquête de satisfaction réalisée auprès des correspondants de ville du Centre hospitalier a mis en lumière le défaut de soins apporté par les praticiens de l'établissement à leurs relations avec des médecins adresseurs de ville⁸¹.

Si une grande partie des praticiens du CHA entretiennent des relations avec leurs confrères libéraux, un effort supplémentaire doit cependant être exigé d'eux.

Il semble opportun de contractualiser avec les praticiens sur ce point.

Plusieurs modalités peuvent être envisagées :

- Fixer des engagements en matière de communication des comptes-rendus opératoires aux médecins adresseurs par les opérateurs : les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation parviennent dans un délai variable mais globalement trop long aux correspondants de ville. Dans l'attente d'une amélioration de cette situation, une communication orale peut aisément être envisagée en sortie de salle.
- Une liste de leurs correspondants de ville les plus fréquents pourrait être demandée à chaque opérateur ou chaque service. Cette demande pourrait être assortie de l'envoi d'une enquête de satisfaction annuelle dont les résultats seraient présentés selon des modalités à définir (direction, Conseil exécutif, CME, pôles,..). Tous les ans, à la lumière des résultats de chacun des services, de nouveaux objectifs pourraient ainsi être fixés.
- De même, un nombre minimum de participation ou d'organisation d'EPU pourrait être défini avec chaque service.

Si aucune sanction du non respect de ces engagements n'est possible, la communication et la diffusion des résultats constitue bien souvent une incitation suffisante.

Une démarche similaire peut être envisagée autour de la pratique paramédicale.

Une augmentation d'activité implique un turn-over des patients plus rapide dans les services et donc une gestion plus fluide des sorties. Un des éléments pouvant favoriser la réduction de la DMS réside dans une préparation adéquate et sécurisante pour le patient de sa prise en charge en ville après son hospitalisation.

⁸¹ Voir section 2.3

De même, un certain nombre de patients reviennent en consultation post opératoire dans l'unique but de faire changer des pansements compliqués. Ces consultations sont injustifiées et obèrent d'autant les capacités du service.

Certains services recourent déjà à des réseaux d'infirmières de ville formées à des prises en charge post-opératoires, comme le service de chirurgie vasculaire, afin de faciliter les sorties.

Une mesure à prendre serait de définir des modalités de partage de connaissances entre les infirmières de l'établissement et les infirmières libérales établies à Avignon ou sur le territoire de proximité.

Plusieurs hypothèses sont possibles :

- Identifier sur le territoire de proximité ou de santé les réseaux infirmiers et de prise en charge à domicile existants ainsi que les infirmières libérales intéressées par une collaboration avec le Centre hospitalier.
- Organiser un partage de connaissances : journées de formation des infirmières libérales dans un service, démonstrations, désignation de référents paramédicaux internes par type de pathologie pour répondre dans les meilleures conditions aux interrogations des soignants de ville.

Le but d'une telle démarche est de sécuriser la sortie du patient. Cette démarche revêt le même intérêt pour la médecine que pour la chirurgie, elle s'applique en effet autant aux pansements chirurgicaux qu'à l'usage des pompes à insuline.

Ceci permettrait de renforcer la position du CHA dans le réseau de soins local.

Enfin, la qualité du suivi post-opératoire en ville s'inscrit dans la qualité des soins offerts par le centre hospitalier. Elle peut donc avoir un impact positif sur l'adressage (sous réserve de communication sur ce dispositif) et le recrutement de patients, et donc, sur l'activité du CHA.

B) Développer une politique institutionnelle de communication externe active.

Si les médecins endossent la responsabilité principale du recrutement de patients, le phénomène de patientèle est plus le fait du secteur privé que du secteur public.

Alors qu'un patient est adressé nommément à un praticien libéral ou à un professeur d'université praticien hospitalier (PU-PH), un patient qui se rend à l'hôpital s'adresse d'avantage à une institution qu'à un médecin en particulier. Malgré toutes les nuances qui

peuvent être apportées à ce précédent propos, il n'en demeure pas moins qu'il est de la responsabilité du centre hospitalier, en tant qu'institution, de développer sa politique de communication. De nombreux outils se prêtent à l'élaboration d'un plan de communication. Celui-ci doit cibler autant les médecins libéraux, potentiels adresseurs que la population du territoire, potentiels patients.

- Site internet :

69 à 74 % des correspondants de ville du CHA déclarent ne pas avoir connaissance de l'existence du site internet du centre hospitalier d'Avignon⁸². Le site internet du CHA est aujourd'hui orienté vers les patients, les étudiants, ou les fournisseurs. Il comporte plus de 250 pages actualisées régulièrement y compris les horaires de consultation des praticiens, les numéros utiles à la prise de rendez vous et un annuaire interne.

Une première mesure consiste donc à faire connaître le site internet.

Dans un second temps une reconfiguration du site peut être envisagée. L'ouverture du bâtiment sud impliquera une mise à jour qui pourra être l'occasion d'un travail sur le contenu et la forme du site.

Plusieurs axes de réflexion sont possibles, sur la forme tout d'abord :

- Ergonomie : les cheminements d'accès à l'information sont longs (jusqu'à 5 liens et pages à ouvrir pour accéder aux horaires de consultations). L'installation de menus déroulants ou l'ouverture des liens dans une nouvelle fenêtre pour les sites associés, comme les sociétés savantes ou les réseaux de soins, pourraient alléger la lecture.
- Attractivité : certaines pages sont plus attractives que d'autres, l'insertion de plus de vignettes renforcerait l'attrait de certaines pages. Notamment, sur la page d'accueil, les événements et journées organisées par l'hôpital pourraient faire l'objet d'une ligne en actualité, toujours accompagnée d'une photo en vignette. Il s'agit d'attirer le regard pour mettre en valeur les activités de l'établissement. De même des interfaces dynamiques pourraient être insérées (bandeau flash en haut de page, annonces ou actualités en texte défilant,...).

Ces remarques de forme sous entendent une question primordiale dans la gestion du site internet qui est la propriété, la liberté et la capacité à agir sur le code. Aujourd'hui, aucune modification d'ampleur ne peut être apportée à la structure du site car aucun agent du

⁸² Enquête de satisfaction op. citée. Voir section 2.3

service informatique n'est formé à l'utilisation d'un script sous ZOPE, le code étant à ce jour propriété de la société ayant réalisé le site.

Lors de la refonte du site afin d'y intégrer le bâtiment sud, une décision devra être prise quant au souhait de l'établissement de gérer lui même ou non son site (dans quelle mesure ? avec quels effectifs et quelles compétences ?). C'est une décision stratégique qui s'impose à l'établissement. Quelle que soit la réponse apportée à cette interrogation, il semble nécessaire de lancer dès à présent la réflexion sur la forme et le contenu qui seront intégrés à l'occasion de l'ouverture du bâtiment sud, nouvelle porte d'entrée du Centre hospitalier d'Avignon.

Sur le contenu donc, la méthode suivant peut être recommandée :

- Identifier les cibles : plus de 50 % des médecins libéraux du territoire de santé sont installés depuis plus de 20 ans. 70 % des médecins interrogés lors de l'enquête de satisfaction déclarent souhaiter recevoir des informations sur le CHA via d'autres moyens qu'internet. En conséquence, il n'est pas certain que le site internet touche réellement les adresseurs. Cependant, il convient à la fois de prendre acte de ce constat et garder à l'esprit le fait que les départs en retraite conduiront à l'installation de jeunes libéraux plus sensibilisés à l'outil internet. D'autre part, une incertitude demeure quand à l'utilisation du site par les patients. Néanmoins, il semble important de maintenir une ligne éditoriale orientée patient. Une enquête auprès des patients hospitalisés ou aux consultations pourrait d'une part renseigner le centre hospitalier sur l'utilisation de son site et d'autre part d'informer les patients sur l'existence de clui-ci.
- Adapter le contenu : Pour la cible patient, et sous réserve de l'adhésion et de la coopération des praticiens, des informations médicales vulgarisées sur les techniques offertes au Centre hospitalier pourraient être ajoutées. Elles pourraient comprendre la description des interventions, leurs raisons, leurs bienfaits ainsi que les avantages comparés des différentes techniques. L'explication illustrée des interventions les plus fréquentes pourrait renforcer l'attrait du CHA. Pour la cible médecins libéraux, l'information que doit contenir le site tient d'avantage à la constitution des équipes médicales, aux techniques utilisées ou nouvelles, à l'actualité de la recherche biomédicale, aux EPU organisés, ou encore aux articles publiés.

Cependant d'autres outils de communication existent et ne doivent pas être négligés.

- Relations avec la presse locale

Le Centre hospitalier se doit de maîtriser son image. Les patients qui choisissent l'hôpital le font en fonction de sa réputation. Il convient donc de communiquer plutôt que de laisser se développer le bouche à oreille. La presse locale est un relais de premier ordre auprès des patients du territoire. Il convient donc d'entretenir des relations régulières avec les médias locaux, de les inviter lors de certaines journées, de leur proposer des sujets et d'accepter leur venue ponctuelle afin de mieux pouvoir l'encadrer.

Des relations régulières avec la presse locale faciliteront d'autant la communication de crise.

A titre d'exemple, dans tous les numéros du journal interne de l'établissement figure un article susceptible d'être communiqué à la presse locale : le développement de soins esthétiques en onco-hématologie, l'acquisition du Tep-scan ou de vidéo capsules endoscopiques, la récompense obtenue par le service de chirurgie infantile ou le 1^{er} prix décerné au service de médecine nucléaire pour son étude sur la dosimétrie.

De même, le dossier sur l'avancée des travaux du bâtiment sud pourrait être communiqué à la presse, voire faire l'objet d'une visite sur site.

Enfin, le service d'ambulatoire, puis le bâtiment sud doivent faire l'objet de véritables inaugurations.

- Communication institutionnelle vis-à-vis des médecins libéraux

Si les praticiens du Centre hospitalier doivent être encouragés à soigner leurs relations avec les médecins spécialistes ou généralistes de ville, l'établissement lui-même doit entretenir un minimum de relations avec ses correspondants.

Trois dispositions seront proposées : l'organisation d'une rencontre annuelle du Directeur général et du Président de CME avec les correspondants de ville et une visite annuelle du bloc opératoire ou des plateaux techniques à leur attention. Enfin, et au terme de l'enquête de satisfaction précédemment évoquée, il semble important de faire parvenir aux médecins libéraux du territoire des informations en version papier sur la composition des équipes médicales et les activités du CHA. Cette information pourrait prendre une forme similaire à celle des lettres internes de l'établissement (lettre qualité, lettre de challenge...) et être envoyée de façon annuelle voire semestrielle.

Ces propositions s'inscrivent dans une ligne purement marketing de valorisation des atouts du Centre hospitalier. Cette démarche est aujourd'hui nécessaire si le Centre

hospitalier d'Avignon veut renforcer sa position sur le territoire de santé Vaucluse Camargue.

3.2.2 S'inscrire pleinement dans une logique territoriale

La dimension territoriale de l'offre de soins croît régulièrement en importance, comme l'illustre le projet de loi « Santé, patients et territoires » présenté cet automne aux assemblées.

Dans le cadre du territoire de santé Vaucluse Camargue, le Centre hospitalier d'Avignon s'inscrit pleinement dans cette démarche. Si des partenariats existent déjà entre le CHA et d'autres structures de soins⁸³ du territoire, un certain nombre d'activités chirurgicales se prêtent à des coopérations plus poussées.

Il convient d'identifier les activités qui sur le territoire de santé peuvent faire l'objet de coopérations ou même d'une prise en charge prioritaire par le CHA.

Certaines pistes peuvent d'ores et déjà être identifiées.

- Chirurgie vasculaire, le CH d'Arles a prévu de fermer son unité de chirurgie vasculaire, de même au CH d'Orange, l'activité n'est plus assurée. Il est envisageable que l'équipe médicale du CHA réalise des consultations de chirurgie dans ces deux établissements. De plus, le départ à la retraite d'un chirurgien vasculaire de la clinique Rhône Durance est annoncé, le développement d'une coopération entre la clinique et le CHA pourrait donc être recherché.
- Chirurgie thoracique : la publication des seuils minimaux d'activité de chirurgie carcinologique augure d'une fermeture à terme de petites unités de chirurgie thoracique sur le territoire. Ainsi le CH d'Arles réalise 2 % des interventions de chirurgie thoracique sur le territoire de santé, le CH d'Orange 1%, le CHI de Cavaillon Lauris 1 % et le CH du pays d'Apt 1%. Une part de ces activités pourraient être transférées au CHA⁸⁴. Le centre hospitalier d'Avignon peut mettre

⁸³ A l'image du partenariat pour la prise en charge des patients de chirurgie digestive carcinologique entre l'Institut Ste Catherine et le centre hospitalier d'Avignon.

⁸⁴ INCA, Critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers :
« L'établissement offre l'accès, sur place ou par convention, à :

en valeur et s'appuyer sur sa qualité de prise en charge : dispositif d'annonce du centre de coordination en cancérologie (3C), concertation pluridisciplinaire, existence de soins supports dans l'établissement (prise en charge de la douleur, soutien psychologique, suivi nutritionnel et accès aux services sociaux) ainsi que la fréquence des interventions pratiquées. A terme, les praticiens du service estiment que le Centre hospitalier d'Avignon deviendra le seul établissement du territoire, voire le seul établissement entre Lyon et Marseille, à offrir une prestation de chirurgie thoracique. Le délai d'attente actuel et le taux de prévalence de ces pathologies engagent à étudier les possibilités d'extension des plages opératoires, et peut être un redimensionnement du service.

De manière générale, le Centre hospitalier d'Avignon a les moyens de s'affirmer comme un centre de référence de chirurgie carcinologique sur le territoire. Certaines spécialités s'y prêtent particulièrement comme la chirurgie thoracique, mais aussi la chirurgie digestive et viscérale⁸⁵.

De même, le CHA pourrait prétendre à une prise en charge prioritaire des patients de traumatologie.

- Traumatologie : l'activité de traumatologie représente 79 % de l'activité du service d'orthopédie et de traumatologie⁸⁶. Le centre hospitalier d'Avignon a donc développé une dépendance et une fragilité en la matière, or cette activité semble diminuer. Parallèlement, la polyclinique Synergia assure en collaboration avec les urgences du centre hospitalier de Carpentras les interventions de chirurgie traumatologique. Les actionnaires de la polyclinique envisagent d'organiser une prise en charge similaire à Cavillon dans le cadre du Centre chirurgical Saint Roch. Face à cette concurrence et en vue de maintenir un certain niveau d'activité au CHA, il semble judicieux de négocier des accords de prise en charge avec les centres hospitaliers du territoire de santé. Ainsi 12.9 % de la

-
- *une unité d'endoscopie trachéo-bronchique*
 - *la chirurgie thoracoscopique*
 - *l'imagerie par IRM et TEP.* »

Disponible sur le site : <http://www.e-cancer.fr/Les-Soins/Autorisation-des-etablissements-sante/>

⁸⁵ 30% de l'actes de chirurgie digestive et générale correspondent à une activité de chirurgie carcinologique. Source PMSI Pilot, filtre unité médicale / données médicales ASO et catégories de diagnostique. Données 2007, actualisées en septembre 2008.

traumatologie du territoire de santé est réalisée au CH d'Arles, 11.7 % au CH d'Orange et 7.1 % au CH de Cavaillon.

Dans l'optique du développement à venir de coopérations territoriales, il convient d'identifier avec les autres structures publiques locales les activités que le CHA pourrait prendre en charge prioritairement.

3.2.3 Améliorer la prestation d'hébergement et d'accueil des patients

La volonté d'accroître l'activité implique la recherche d'un recrutement différent de celui qui s'effectue via les services d'urgence de l'hôpital. Le développement du recrutement par choix du patient dépend en très grande partie par le soin apporté à l'image de marque de l'établissement. La qualité de l'accueil et le bon déroulement du séjour sont deux aspects sur lesquels le Centre hospitalier construit, volontairement ou malgré lui, sa réputation.

A) Améliorer l'accueil des patients :

« L'accueil des patients en consultation externe constitue une part importante de l'activité des hôpitaux. A la fois vitrine et avant-goût des prestations hospitalières, les consultations externes sont le premier contact entre le patient et l'hôpital. C'est aux consultations externes que les problématiques de délais d'attente, de fluidité du circuit, de qualité d'accueil, de confort, de confidentialité, de coordination entre des intervenants nombreux et divers sont autant de challenges pour le Centre Hospitalier d'Avignon. »⁸⁷

Plusieurs facteurs d'amélioration peuvent être identifiés parmi lesquels l'accueil téléphonique pour la prise de rendez-vous, le temps d'attente pour les formalités administratives et l'impression des étiquettes ainsi que le temps d'attente dans le service des consultations externes.

Un audit du fonctionnement du bureau des entrées est en cours. De plus, le bureau des entrées et le plateau technique des consultations de chirurgie seront amenés à

⁸⁶ PMSI Pilot, filtre unité médicale et flux de patients : mode d'entrée et de sortie des patients. Données 2007. actualisé en août 2008. En 2005 cette proportion s'élevait à 70 %.

⁸⁷ Projet médical d'établissement du Centre hospitalier d'Avignon 2008-2012.

déménager dans le nouveau bâtiment à horizon 2009. Une amélioration du fonctionnement de ces deux services est donc attendue.

Néanmoins, certaines actions peuvent être envisagées dès à présent. Un questionnaire de satisfaction des patients pourrait être réalisé autour de la problématique d'accueil aux consultations, y compris le passage par le bureau des entrées.

Enfin, une réflexion pourrait être menée relativement à la possibilité de regrouper les consultations et le bilan que réalise un même patient préalablement à son intervention.

La réalisation du bilan le même jour et sur le même lieu que la consultation pré-opératoire offrirait au patient une bien meilleure qualité de prise en charge pré-opératoire.

B) Améliorer la prise en charge post-interventionnelle.

Le bon déroulement du séjour est de même un critère de qualité de l'offre de soins.

La restructuration à venir des bâtiments existants suite à l'ouverture de l'extension sud constitue une opportunité.

En effet, la réflexion est lancée sur le niveau de confort qui sera installé dans les tours au terme des travaux de réhabilitation. Il convient de prendre en compte l'accroissement des exigences sociales en matière d'hébergement mais aussi les perspectives de vieillissement de la population, les taux de prévalence de l'obésité sur le territoire et les prévisions d'évolution des indicateurs socio-économiques.

Au delà de la qualité de l'hébergement la bonne gestion de la sortie du patient est de même un élément de jugement de l'établissement. Or, eu égard au vieillissement de la population et aux difficultés constatées de placement des patients en structures d'aval, certaines pistes méritent d'être étudiées.

- Développer les capacités de SSR en interne : 33 lits supplémentaires de SSR ont été autorisés en 2008. Les besoins de lits d'aval sont importants et prendront une ampleur croissante à l'avenir. En 2007, sur 360 patients du service de chirurgie orthopédique ayant été adressés à une structure de SSR, 33 % ont été mutés en interne et 68 % ont été transférés dans d'autres établissements du territoire. Le temps d'attente pour obtenir une place de SSR allonge d'autant la durée moyenne de séjour. Face à cette situation, un développement des capacités internes en soins de suite et de réadaptation permettrait, d'alléger la gestion des sorties d'hospitalisation. L'installation de 33 nouveaux lits de SSR permettra d'observer l'impact de ces lits sur la DMS.

- Créer un hôpital de jour de rééducation fonctionnelle : le centre hospitalier dispose d'un plateau technique de rééducation fonctionnelle complet et très peu utilisé. L'ouverture d'une véritable unité de rééducation fonctionnelle gagnerait à être envisagée. La structuration d'une telle unité en hôpital de jour permettrait de solutionner les difficultés inhérentes à la non intégration de certaines prestations de rééducation fonctionnelle dans les tarifs CCAM.
- Renforcer les liens de l'établissement avec les filières de soins à domicile : certains services recourent régulièrement à des réseaux de soins infirmiers pour organiser la sortie des patients. Ces démarches pourraient être encouragées davantage⁸⁸.

3.2.4 Améliorer l'allocation et le taux d'occupation des plateaux techniques.

La programmation opératoire de l'hôpital public n'est pas aussi favorable que celle du secteur privé. En effet, des urgences et semi-urgences viennent s'intégrer en continu dans la programmation. De fait, le programme opératoire établi en fin de semaine est modifié chaque jour.

L'équipe de bloc opératoire du CHA espère pouvoir bénéficier d'une application informatique pour l'aider dans sa gestion des vacances. Dans l'attente, certaines actions sont possibles. Les propositions qui suivent sont détaillées à minima, en effet, elle feront l'objet d'une étude approfondie dans le cadre du chantier de déploiement MEAH « benchmarking des blocs ».

A) Bloc opératoire, chirurgie traditionnelle : améliorer l'allocation des salles et le taux de performance de la structure.

Les premiers résultats de l'auto-évaluation dans le cadre du chantier MEAH ont permis d'objectiver les taux d'occupation et de performance du bloc opératoire.

A la lumière des données ainsi obtenues, deux hypothèses se dégagent pour faciliter l'augmentation d'activité attendue. Il s'agit dans un premier temps d'améliorer le taux d'occupation des salles, et dans un second temps seulement d'augmenter le temps de vacation offert.

⁸⁸ Voir section 3.2.1.A

- Améliorer le taux d'occupation des salles : redéfinir le programme opératoire.

Le temps de vacation offert aux praticiens (TVO), compris entre l'entrée du premier patient et la sortie du dernier, correspond à la période durant laquelle une équipe paramédicale est disponible pour prendre en charge les patients au sein du bloc opératoire. Le TVO représente donc le temps disponible pour la production de soins.

Le temps réel d'occupation des salles (TROS) est la période comprise entre l'entrée en salle du patient et la fin de la remise en état de la salle⁸⁹. Le TROS représente donc le temps d'intervention.

Le taux d'occupation des salles est obtenu par le calcul du ratio TROS/ TVO. Ce ratio permet d'évaluer la performance de la gestion des vacations.

Appliqués à l'établissement ces ratios laissent apparaître une non optimisation des plages offertes. Ces statistiques doivent orienter une nouvelle attribution des plages opératoires en fonction des taux de production des différentes spécialités.

⁸⁹ le TROS ne comprend pas les débordements en fin de programme.

Tableau 8. Chirurgie traditionnelle : Occupation des salles au 1^{er} semestre 2008⁹⁰

Spécialités	TVO	Actes	Temps moyen	Débordements	TROS évalué	TROS/TVO
Gynécologie	382:40:00	122	2:14:49	0:00:00	304:38:13	0,80
Infantile	386:12:00	134	1:26:06	0:00:00	225:47:10	0,58
Ophthalmologie	305:12:00	104	1:02:33	0:00:00	134:25:09	0,44
ORL	950:12:00	258	1:59:38	0:00:00	578:56:29	0,61
Ortho-Traumat	928:00:00	259	1:41:38	0:00:00	503:30:10	0,54
PAC	416:00:00	102	0:47:37	0:00:00	106:27:24	0,26
Plastie/Maxillo-Facial	389:12:00	85	2:29:26	0:00:00	232:56:26	0,60
Stomatologie	257:12:00	74	0:52:54	0:00:00	83:44:36	0,33
Thoracique	807:30:00	187	3:07:24	0:00:00	630:47:30	0,78
Vasculaire	921:30:00	184	2:26:49	0:00:00	496:15:32	0,54
Viscéral	1162:40:00	358	2:30:37	0:00:00	988:10:49	0,85
Totaux	6906:20:00	1867	1:52:41	0:00:00	5295:44:49	0,62

A titre d'exemple, les services de stomatologie et d'ophtalmologie n'occupent pas leur plages opératoires de façon satisfaisante. En outre une part de ces activités a vocation à être transférée en ambulatoire, soit autant de plages qui pourraient être distribuées à d'autres spécialités demandeuses.

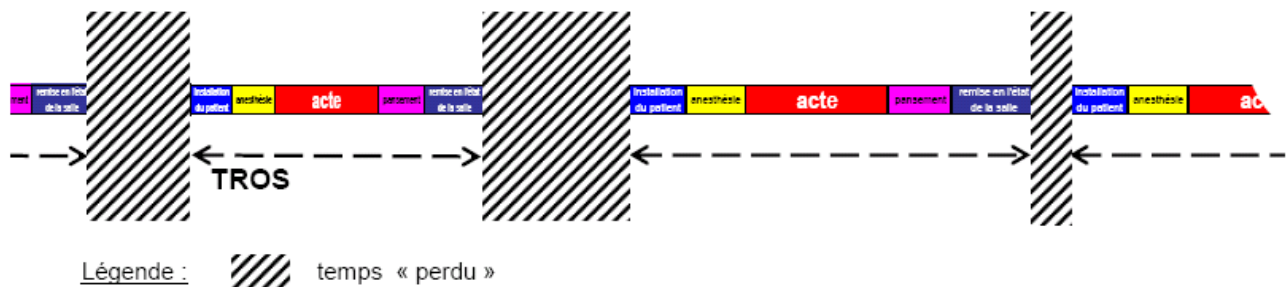
Le programme opératoire pour 2009 doit prendre en compte ces données afin de redistribuer les vacances en fonction des besoins constatés⁹¹.

Il convient de noter au demeurant que le ratio TROS/ TVO qui met en lumière la non optimisation des vacances offertes par les praticiens, traduit aussi bien une sur affectation de plages au regard des besoins opératoires qu'une organisation non optimale de la part de l'ensemble des intervenants (opérateurs, anesthésistes, équipe de remise en état de la salle, brancardiers, services de soins,...). La MEAH définit en l'occurrence le temps « mort » entre deux interventions, c'est à dire entre deux TROS, comme du temps « perdu »⁹².

⁹⁰ Synthèse réalisée à partir des relevés d'activité du bloc opératoire. La liste des activités est non exhaustive.

⁹¹ Pour le détail de l'étude sur la programmation voir annexe n°2.

⁹² Source du graphique MEAH « Benchmarking des blocs ».



Une autre démarche doit donc être envisagée pour pallier le manque discipline ou de rigueur de certaines équipes.

L'optimisation du taux d'occupation des salles doit faire l'objet d'une démarche prioritaire. C'est seulement dans un second temps que pourra être envisagée une augmentation du temps de vacation offert aux praticiens.

- Augmenter le temps de vacation offert

L'activité réglée s'effectue entre 7h30 et 15h30. Les praticiens déplorent que l'attention portée aux horaires du personnel paramédical les contraignent dans leur programmation opératoire.

Le temps d'ouverture d'une salle est au CHA de 8 heures par jour. Le temps conventionnel de la MEAH, de 54 heures par semaine et par salle, correspond à une amplitude horaire de 10 heures par jour en semaine auxquels s'ajoutent 4 heures le samedi matin.

Deux options peuvent être envisagées afin d'augmenter le taux de vacation offert.

La première consiste en une augmentation des heures d'ouverture de certaines salles jusqu'à 17 heures, la seconde, plus favorable, en l'ouverture d'une deuxième salle de mou.

- Extension des horaires d'ouverture de certaines salles : certaines salles pourraient voir leur temps d'ouverture augmenté. Ceci implique cependant un travail important sur les effectifs et les amplitudes de travail des agents paramédicaux (plusieurs options sont envisageables : extension des amplitudes de travail, maintien du travail en 7h30 avec échelonnement des heures d'embauche,...) Il n'est pas certain que l'investissement en personnel que nécessiterait une telle mesure couvrirait les gains attendus. De plus, il convient de s'assurer auparavant que l'organisation du temps médical permet une telle extension (organisation des consultations, des visites, ...). Cette solution implique en outre de repenser le fonctionnement de plusieurs services supports. Ainsi, la stérilisation, les laboratoires de biologie, le laboratoire d'anatomo-

pathologie, le service d'imagerie et la blanchisserie seraient de même contraints à une extension de leurs horaires d'ouverture.

- Ouverture d'une salle de rajout de mou : cette ouverture aurait pour objet d'absorber les rajouts et les urgences de mou. Une salle similaire existe pour l'activité de traumatologie. Elle permettrait par exemple une gestion plus fluide des semi-urgences de chirurgie vasculaire ou d'augmenter les capacités opératoires du service de chirurgie digestive et générale. Cette ouverture est possible à moyens constants si les actes réalisés sous anesthésie locale sont transférés en consultations (voir paragraphe suivant). Cette salle pourrait être ouverte de 8h à 16h ou de 9h à 17h. Cette solution semble la plus favorable. Elle permettrait de lisser l'activité et faciliterait la programmation opératoire.

Il convient de noter que pendant la période estivale, une salle de rajout est ouverte afin de compenser les fermetures de salles. Cette disposition donne satisfaction aux praticiens, rendant la programmation au fil de la semaine plus fluide.

- Transférer les interventions réalisées sous anesthésie locale en consultations.

Les interventions réalisées sous anesthésie locale occupent une salle –et le personnel correspondant – tous les jours de semaine au bloc opératoire.

Ces petits gestes couvrent par exemple la pose de PAC, les ablations de broches, les ablations de corps étrangers ou encore les lipomes.

Le service de dermatologie réalise au sein des locaux de consultations externes des actes relativement invasifs, sous anesthésie locale sans que la qualité de la prise en charge du patient s'en trouve affectée.

Une organisation similaire pourrait être pensée pour ces gestes. Ceci permettrait de libérer une salle au bloc opératoire ainsi qu'une IADE et une IBODE tous les jours de semaine.

- Encourager la rédaction de protocoles anesthésiques et rechercher l'allègement des techniques.

L'application de techniques anesthésiques plus légères permettrait non seulement un enchaînement plus rapide entre deux patients au bloc opératoire, une réduction potentielle de la DMS, mais aussi et surtout un bénéfice certain pour le patient.

Cette réflexion devrait être envisagée tant pour les prises en charge traditionnelles qu'ambulatoires.

En ambulatoire, la rapidité de la réhabilitation du patient doit être recherchée, notamment pour le développement d'actes réalisés en fauteuil et afin de faciliter la rotation des patients en post-opératoire.

En traditionnel, un certain nombre de techniques mériteraient d'être étudiées, parmi elles l'usage des péridurales pour la chirurgie digestive voire la chirurgie thoracique.

En amont de l'application de techniques plus légères, la rédaction de protocoles anesthésiques communs permettrait une meilleure visibilité des temps d'induction. Ces temps d'induction pourraient à terme être intégrés de façon plus précise dans la programmation et ainsi faciliter la gestion des vacations.

Cependant, cette démarche ne peut être menée que par les médecins anesthésistes, elle a d'ailleurs été évoquée par certains d'entre eux, mais ne semble pas, de prime abord, aisée à obtenir. Elle peut néanmoins être une occasion de renforcer le sentiment d'appartenance des médecins anesthésistes à l'équipe du bloc opératoire.

B) Fluidifier le fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire

La structure de chirurgie ambulatoire du centre hospitalier d'Avignon se trouve saturée avec un taux d'occupation des box de réhabilitation qui peut atteindre jusqu'à 120 %. Dans l'attente des travaux d'agrandissement de la structure, l'établissement s'est cependant engagé à augmenter son activité ambulatoire. Pour ce faire, plusieurs pistes peuvent être envisagées.

- Etendre les plages opératoires de 14 heures à 15 h30.

L'unité de chirurgie ambulatoire ferme ses portes à 19 heures. Il a initialement été calculé que les derniers patients devaient sortir de salle à 14 heures afin de permettre leur départ au plus tard à 19 heures. Or, il apparaît en pratique que la plupart des patients sont aptes à sortir dès 17h30 ou 18 heures. Enfin, le personnel du bloc opératoire est susceptible de poursuivre son activité jusqu'à 15h30, comme dans les autres salles du bloc.

Ouvrir les salles d'ambulatoire jusqu'à 15h30 représenterait une augmentation de 25 % du temps d'accès au bloc pour l'UCA et de 3.9 % pour l'ensemble de la chirurgie réglée.

Cette hypothèse implique cependant une augmentation de l'effectif paramédical de l'unité de chirurgie ambulatoire.

- Définir et diffuser de nouvelles règles de programmation

La programmation de la chirurgie ambulatoire est un sujet d'insatisfaction des opérateurs. D'une part, la programmation est fondée sur l'occupation des box et non pas l'occupation des salles opératoires.

D'autre part, la gestion des plages est source d'instabilité pour les opérateurs. Ainsi les plages non dédiées créent une incertitude sur leur possibilité de programmer ou non. De même les règles de programmation en cas de libération d'une plage ne sont pas définies. Dans les faits, les opérateurs de gynécologie expliquent que lorsqu'ils programment une patiente sur une plage non dédiée, ils ne sont certains que du jour de passage de la patiente mais ne connaissent pas son heure de passage. Le service de chirurgie ambulatoire les appellent le jour même lorsque la patiente est prête. Les contraintes relatives à l'organisation de leur temps pour les opérateurs n'intervenant pas sur des plages dédiées se révèlent donc importantes.

Il convient donc de revoir l'attribution des vacations en tenant compte notamment des taux d'occupation des salles de chaque intervenant, des demandes des spécialités n'intervenant pas ou peu à ce jour en raison du manque de créneaux opératoires et des obligations découlant de la procédure d'accord préalable.

Par suite, des règles claires de programmation doivent être définies et diffusées. Il est d'ailleurs prévu d'intégrer la programmation ambulatoire dans la programmation globale du bloc central.

Enfin, afin d'optimiser l'utilisation de l'unité de chirurgie ambulatoire et de tenir l'engagement d'une augmentation d'activité, il semble opportun de favoriser l'attribution de plages dédiées qui permettent, par la réalisation d'actes en série, un enchaînement optimum entre les patients. De même, il convient d'identifier les spécialités pour lesquelles la réalisation d'actes au fauteuil est possible. En effet, ce type d'acte implique des temps de réhabilitation courts, sans passage dans les box, mais directement en salle de « retour à la rue ». Dans l'attente des travaux d'agrandissement de la structure, cette solution permet de limiter la saturation des box et de multiplier le nombre de passages.

3.2.5 Poursuivre le développement d'une culture médico- économique

Lors des entretiens, certains opérateurs ont déclaré savoir ne pas coder convenablement, l'un d'entre eux, a demandé que lui soit explicitée la signification de « T2A » et de « DMS ».

Si le codage des actes de bloc opératoire est relativement acquis, le codage des séjours pose encore problème. Dans de nombreux services les secrétaires médicales réalisent ce codage à l'aide du dossier médical. Les praticiens eux même ne sont pas certains de ce qu'il convient de coder ou non du séjour. Beaucoup d'entre eux ne codent pas les pathologies dont souffrent le patient, sans lien avec le diagnostic principal dès lors qu'elles sont stabilisées.

Une incertitude profonde existe donc quant aux règles de codage.

Cette situation devrait s'améliorer avec l'achat d'un logiciel d'aide au codage prévu par l'établissement.

Cependant des formations demeurent nécessaires pour préciser les règles de bonne pratique du codage, informer et démontrer les implications financières d'un mauvais ou d'un bon codage.

Enfin, en fonction de l'organisation matérielle du codage, cette formation pensée pour les praticiens pourrait être étendue aux secrétaires médicales. Le cas échéant, l'identification des personnels responsables du codage dans chaque service doit être demandée.

3.2.6 Associer plus étroitement les équipes

La situation du centre hospitalier implique des changements importants dans les conditions de travail, dans les organisations mais aussi dans les mentalités. Si le Centre hospitalier d'Avignon bénéficie d'équipes médicales et d'encadrement dynamiques et intéressées, leur implication dans les modifications à apporter doit être encouragée de façon continue. La communication interne doit donc être renforcée. Elle peut prendre plusieurs formes :

- Informations et formations : informations sur les réformes hospitalières, le fonctionnement de l'établissement (présentation des instances, circuit de la décision,...), présentation simplifiée de la situation économique de l'établissement , démonstration pédagogique de l'intérêt d'un codage adéquat,...

- Renforcement des échanges inter services : afin de faciliter les relations inter services, des échanges pourraient être organisés notamment entre les services supports et les services de soins. Ces échanges peuvent prendre plusieurs formes : réalisation d'une demi-journée de travail d'un agent de service de soins dans un service support et vice et versa, intégration d'un séjour à la pharmacie, au laboratoire ou à la stérilisation dans la formation des élèves IDE ou AS,... Ces échanges ont pour objet de faire prendre conscience aux agents des contraintes qui pèsent sur chacun des services avec lesquels ils interagissent.

Conclusion

Le Centre Hospitalier d'Avignon se situe dans un environnement concurrentiel fort mais néanmoins globalement favorable. Sa situation d'établissement public de référence sur le territoire de santé Vaucluse Camargue est appelée à se renforcer au fil des ans et des réformes visant à la restructuration de l'offre de soins publique.

Le centre hospitalier d'Avignon bénéficie de plateaux techniques innovants et de qualité. Il est régulièrement retenu pour accueillir les nouveaux équipements du territoire de santé. Bien que la construction d'une nouvelle extension et la restructuration des bâtiments existants produisent certaines incertitudes de gestion et d'organisation, ces travaux sont l'occasion pour le CHA de se moderniser et de poursuivre son adaptation à l'évolution des attentes des patients.

Les équipes du centre hospitalier sont, de même, en grande partie engagées dans l'avenir de l'établissement. L'équipe médicale participe pleinement de la dynamique de l'établissement.

Le centre hospitalier dispose donc des ressources internes pour assurer son avenir et sa pérennité.

Cependant, si les missions traditionnellement dévolues à un établissement public de santé ne sont pas mises en cause, les activités soumises à la concurrence nécessitent une attention particulière et une réactivité entretenue. C'est un exercice d'un style particulier que d'entrer en concurrence avec des établissements régis selon des règles différentes. C'est pourquoi, les politiques de l'établissement doivent être partagées par tous. Or en période de restriction budgétaire où les conditions de travail ne peuvent être améliorées par des dépenses non strictement nécessaires, l'adhésion de l'ensemble des agents à la vie de l'établissement dépend en partie au soin apporté à la communication interne et externe et à la définition claire et commune des positions stratégiques du CHA pour l'avenir.

Enfin, c'est une véritable révolution copernicienne qui attend l'hôpital public, amené à s'inscrire dans une logique de production, laquelle seule assurera sa pérennité ainsi que la qualité de ses activités de service public.

Bibliographie

Rapports

IGASS, Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par les hôpitaux « perdants » à la T2A, janvier 2008.

Larcher G. , Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, 2008

MEAH, Bloc opératoire, Rapport de bonnes pratiques organisationnelles, 2008

Milon A. , Rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France, Commission des affaires sociales, avril 2008.

The Royal College of Surgeons of England, The Leadership and Management of Surgical Teams, juin 2007

The Royal College of Surgeons of England, Delivering Surgical Services : Options for Maximizing Resources, mars 2007

The Royal College of Surgeons of England, Delivering High-quality Surgical Services for the Future, mars 2006

Vallancien G, Aubart F. et Cuq P., Quel mode de rémunération pour les chirurgiens ? Situations actuelles et perspectives, mars 2008.

Vallancien G., Rapport sur l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux en France, avril 2006

Articles

Lebeux C. « une communication externe adaptée au marketing hospitalier » in Gestion hospitalière n°430, novembre 2003.

Robillard L. «Marketing hospitalier : un oxymore qui prend sens » in la Revue hospitalière de France, juillet août 2007.

Liste des annexes

Annexe 1. Exemple de Fiche statistique par spécialité.

Annexe 2. Remarques relatives la programmation opératoire.

Annexe 3. Synthèse des principales demandes, projets et propositions par service.

Annexe 4. Liste des personnes interrogées

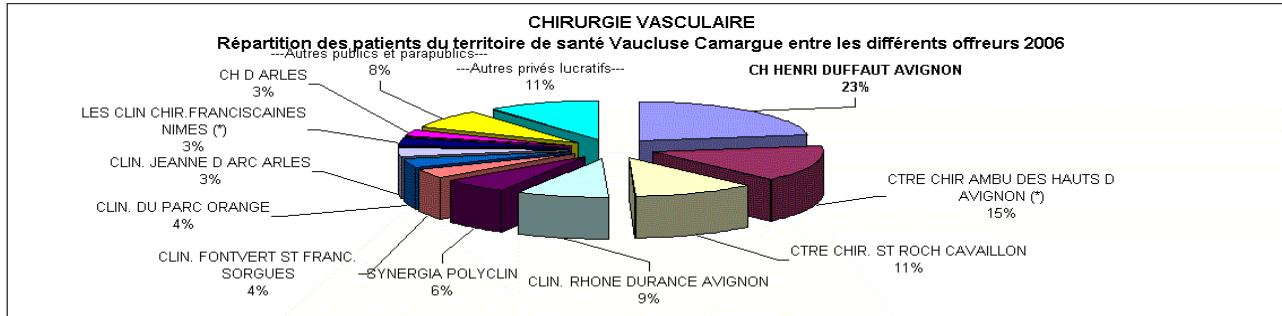
Annexe 1.

Exemple de Fiche statistique par spécialité

CHIRURGIE VASCULAIRE

I. REPARTITION DES PARTS DE MARCHÉ, source BDHF 2006

I.1. Chirurgie vasculaire. Parts de marché. Sources BDHF. 2006



Etablissement (* Etablissement hors Territoire)	Type EU	Nb de séjours	PdM 2005	Evolution	PdM 2006	PMCT relatif *
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	CH	460	22,6%	▲	20,5%	115
CTRE CHIR AMBU DES HAUTS D AVIGNON (*)	Privé	309	15,2%	▼	15,7%	40
CTRE CHIR. ST ROCH CAVAILLON	Privé	233	11,5%	▼	12,3%	97
CLIN. RHONE DURANCE AVIGNON	Privé	176	8,7%	▲	7,7%	176
SYNERGIA POLYCLIN	Privé	131	6,4%	▼	8,4%	97
CLIN. FONTVERT ST FRANC. SORGUES	Privé	78	3,8%	▲	3,1%	43
CLIN. DU PARC ORANGE	Privé	76	3,7%	▲	2,8%	57
CLIN. JEANNIE D ARC ARLES	Privé	71	3,5%	▼	4,2%	47
LES CLIN CHIR. FRANCISCAINES NIMES (*)	Privé	68	3,3%	▼	4,3%	128
CH D ARLES	CH	60	3,0%	▼	3,1%	105
---Autres publics et parapublics---		155	7,6%	▼	8,8%	
---Autres privés lucratifs---		215	10,6%	▲	9,2%	
TOTAL		2 032				100

Fuite du territoire = 34% (27,8% vers le Privé et 6,3% vers le Public)
Attractivité du Territoire = 15,3% (9,5% vers le Privé et 5,7% vers le Public)

PdM Public : 33,2%
PdM Privé : 66,8%

* Le calcul du PMCT est détaillé au point IV.1

Parts de marché du secteur privé :

Le secteur privé représente 66,8 % des parts de marché.

Les établissements privés du territoire sont en effet anciens et bien implantés, ils jouissent en outre d'une réputation bien ancrée.

Enfin, le départ en retraite d'un des chirurgiens vasculaires de la clinique Rhône Durance devrait conduire à un partenariat entre Rhône Durance, St Roch et Synergia. Leur position s'en trouvera renforcée.

Parts de marché du CHA :

Les praticiens du Centre Hospitalier d'Avignon organisent les topo en ville tous les trimestres qui regroupent 80 % des angiologues du Vaucluse. Ils indiquent cependant une forte pension des angiologues de ville à adresser leurs patients au secteur privé.

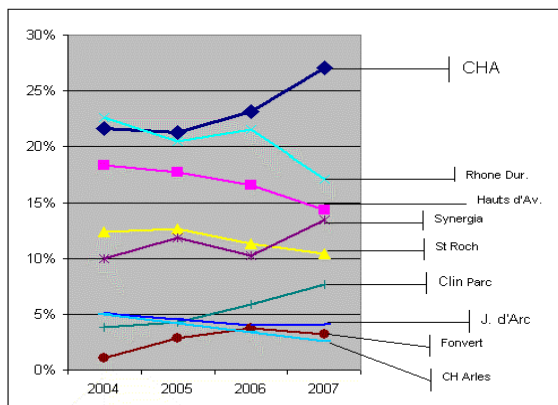
I.2. Chirurgie vasculaire. Détail des parts de marchés du CHA en 2006

Centre Hospitalier Henri Duffaut	Rang	Nb	PdM 2006	Evolution	PdM 2005	PMCT relatif *
Divers chirurgie vasculaire	2	161	13,3%	▼	14,4%	167
Chirurgie majeure revascularisation	1	94	28,5%	▲	24,0%	103
Ligature des veines	2	263	20,0%	▲	17,6%	105

* Le calcul du PMCT est détaillé au point IV.1

I.3. Chirurgie vasculaire. Evolution des parts de marché, source Parthage

Etablissement (* Etablissement hors Territoire)	Type EU	2004	2005	2006	2007
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	CH	22%	21%	23%	27%
CTRE CHIR AMBU DES HAUTS D	Privé	18%	18%	17%	14%
CTRE CHIR. ST ROCH CAVAILLON	Privé	12%	13%	11%	10%
CLIN. RHONE DURANCE AVIGNON	Privé	23%	20%	22%	17%
SYNERGIA POLYCLIN	Privé	10%	12%	10%	13%
CLIN. FONTVERT ST FRANC. SO	Privé	1%	3%	4%	3%
CLIN. DU PARC ORANGE	Privé	4%	4%	6%	8%
CLIN. JEANNIE D ARC ARLES	Privé	5%	5%	4%	4%
CH D ARLES	CH	5%	4%	3%	3%



Evolution des parts de marché :

Le nombre de séjours total de chirurgie vasculaire sur le territoire a peu progressé (de 2 621 séjours en 2004 à 2 701 séjours en 2007)

La part de marché du CHA a en revanche fortement progressé (de 576 séjours en 2004 à 731 séjours en 2007, soit 155 séjours supplémentaires).

Le centre ambulatoire des hauts d'Avignon, la clinique St Roch et la clinique rhone Durance ont vu leur nombre de séjours diminuer d'entre 50 et 130 unités entre 2004 et 2007.

A l'inverse la polyclinique Synergia, la clinique de Fonvert et la clinique du Parc à Orange ont augmenté leur recrutement de 60 à 100 séjours entre 2004 et 2007.

Codage

Cette augmentation ne tient pas compte des retards de codage qu'accuse le service de chirurgie vasculaire au CHA.

II. EVOLUTION DE L'ACTIVITE du CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON, source PMSI pilot

II.1. Evolution de l'activité Chirurgie vasculaire

	2004	2005	2006	2007	Objectif 2008	Réalisé 2008 (janvier à juin) Vasculaire	Réalisé 2008 (janvier à juin) Thoracique et vasculaire
NB RUM	787	678	711	615	625	114	452
DMS	5,42	6,46	6,03	6,76	6,7	6,95	6,26
CA MOY/RUM	3 877,57 €	4 128,32 €	3 959,95 €	4 330,01 €		4 161,44 €	4 505,07 €

* L'objectif d'activité est calculé en appliquant au nombre de RUM réalisés en 2007 un taux de progression de 1,7 %

Celui de la DMS est calculé de la même façon, avec application du taux de variation de - 1 %

TRADITIONNEL

	2004	2005	2006	2007	Obj 2008	Réalisé (janvier à juin) 2008 vasculaire	Réalisé (janvier à juin) 2009 vasculaire et thoracique
Nombre total de patients	54 782	54 974	55 128	55 088	56 024	28 093	28 093
Nb patients Chirurgie	8 013	7 988	8 686	8 646	8 793	4 554	4 554
Nb patients vasculaire	614	546	563	471	479	85	316
Part des patients vasculaire/ total	8%	7%	6%	5%	5%	2%	7%

Classement par ASO et UM

II.2. Evolution de l'activité ambulatoire par praticien

	(A.A) Chir ambu	(A.I) Chir Infantile	Total	Taux de progression de l'activité 1er
Dr B				
(janv-juin) 2008	69	0	69	10%
(janv-juin) 2007	63	0	63	
2007	104	0	104	
Dr H				
(janv-juin) 2008	64	0	64	23%
(janv-juin) 2007	51	1	52	
2007	100	1	101	
Dr G				
(janv-juin) 2008	12	0	12	71%
(janv-juin) 2007	7	0	7	
2007	11	0	11	

DMS :

La DMS a peu augmenté eu égard au nombre d'interventions basculée du traditionnel vers l'ambulatoire lors de l'ouverture de l'UCA en 2007. Plus de 600 ITV ont ainsi été transférées (soit près de la moitié des patients) et pèsent relativement peu sur la DMS. D'autant que les pathologies prises en charge en traditionnel sont des pathologie lourdes nécessitant des durées de séjours conséquentes.

Baisse de la part du vasculaire dans l'activité chirurgicale totale :

La baisse de la part du vasculaire dans l'activité traditionnelle s'explique en partie par un transfert de près de 50 % des interventions vers l'unité de chirurgie ambulatoire.

De plus, le service de chirurgie vasculaire s'est vu ôté une plage opératoire (le mardi une demi-journée une semaine sur deux) au titre de la nouvelle programmation.

Enfin, il semblerait que l'activité de chirurgie vasculaire s'accorde mal avec le mode de programmation du bloc opératoire. Les programmes de la semaine à venir sont transmis le jeudi midi. Or, une part importante de l'activité correspond à une activité de semi urgence ce qui se traduit par des rajouts nombreux tout au long de la semaine et par une grande variabilité du programme opératoire.

Répartition des patients d'ambulatoire :

Les Dr B. et H. sont relativement bien implanté sur le territoire et bénéficient d'un recrutement ambulatoire plus important que le Dr G. , notamment pour la chirurgie des varices. Ceci permet au Dr G. de prendre en charge les urgences et semi urgences en traditionnel.

CA moy/RUM :

Le chiffre d'affaire moyen par RUM de chirurgie vasculaire en ambulatoire s'élève à 1 322 euros, la moyenne des CA moy/RUM pour l'ensemble des spécialités s'élevant à 960 euros en 2008.

III. FLUX de patients au CHA, source PMSI pilot

III.1. Mode d'entrée des patients

A. Modes d'entrée en 2007

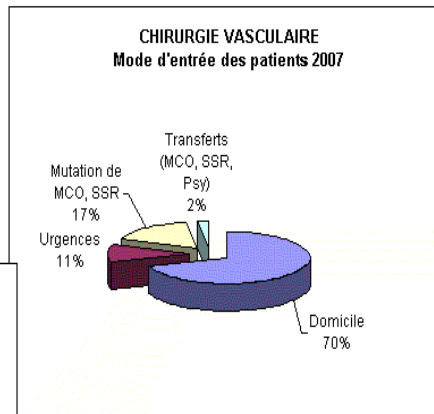
	Nb séjours
Domicile	70%
Urgences	11%
Mutation de MCO, SSR	17%
Transferts (MCO, SSR, Psy)	2%

Mutation :

Changement d'unité médicale au sein du CHA.

Transfert :

Changement d'établissement vers ou depuis de CHA.



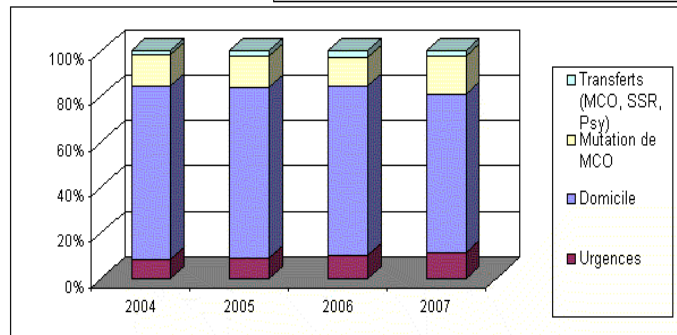
Mode d'entrée des patients :

Peu de patients entrent par le service des urgences. Ceux là sont des urgences vitales opérées immédiatement ou des urgences relatives qui, nécessitant une surveillance sont hospitalisées en attente de l'intervention.

Un lien est à établir avec la gestion de la DMS et le mode de programmation opératoire (le plateau technique d'imagerie n'a aux dires des opérateurs pas d'influence négative sur la DMS).

B. Evolution des modes d'entrée

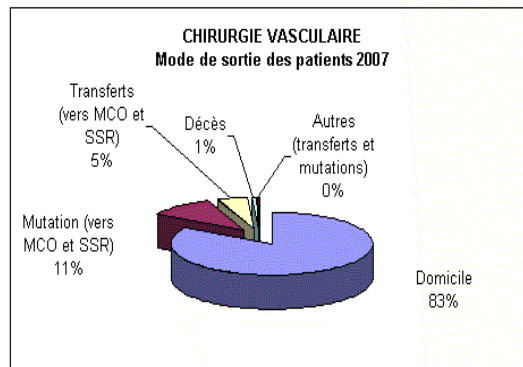
	2004	2005	2006	2007
Urgences	8%	9%	10%	11%
Domicile	76%	75%	75%	70%
Mutation de MCO	14%	14%	13%	17%
Transferts (MCO, SSR, Psy)	1%	2%	3%	2%



III.2. Mode de sortie des patients

A. Modes de sortie en 2007

	Nb séjours
Domicile	84%
Mutation (vers MCO et SSR)	11%
Transferts (vers MCO et SSR)	5%
Décès	1%
Autres (transferts et mutations)	0%

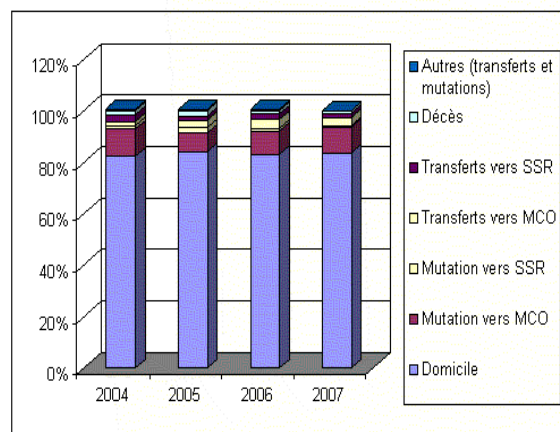


Gestion des sorties :

Suite à des blocages importants intervenus en 2005, la sortie du patient est préparée dès la programmation de l'intervention. Les demandes d'aval sont effectuées dès lors si nécessaire, le médecin traitant est contacté afin de prendre les dispositions afférentes à un retour à domicile y compris le renvoi vers des réseaux de prise en charge infirmiers.

B. Evolution des modes de sortie

	2004	2005	2006	2007
Domicile	82%	84%	83%	84%
Mutation vers MCO	10%	7%	9%	10%
Mutation vers SSR	1%	2%	1%	1%
Transferts vers MCO	2%	3%	3%	3%
Transferts vers SSR	3%	1%	2%	2%
Décès	1%	2%	1%	1%
Autres (transferts et mutations)	1%	0%	1%	0%



IV. Caractéristiques patients

IV.1. Part des patients lourds dans la clientèle des différents offreurs. Source BDHF. 2006

Calcul du Poids Moyen relatif du cas traité :

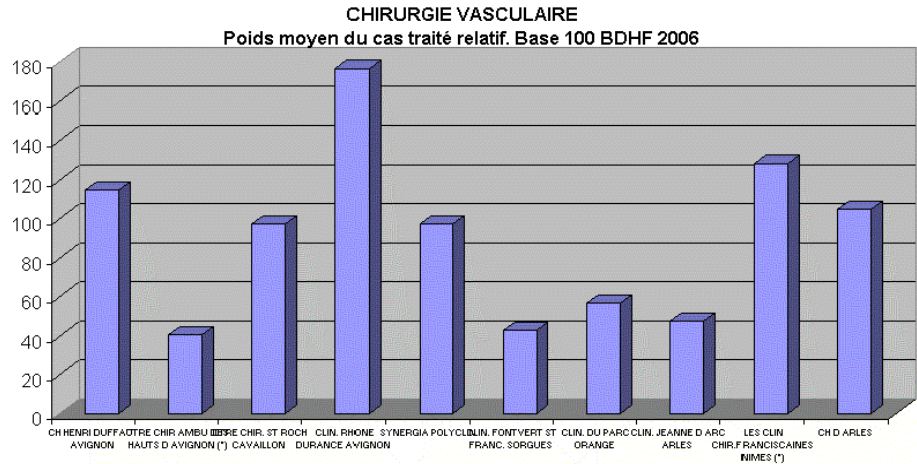
Le poids moyen relatif du cas traité est un indice dont la base 100 est la moyenne des poids relatifs des patients de l'ensemble des offreurs de soins sur le territoire, pour chaque spécialité ou ligne de produit.

A. Chirurgie vasculaire

Etablissement	PMCT relatif
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	115
CTRE CHIR. AMBU DES HAUTS D AVIGNON	40
CTRE CHIR. ST ROCH CAVAILLON	97
CLIN. RHONE DURANCE AVIGNON	176
SYNERGIA POLYCLIN	97
CLIN. FONTVERT ST FRANCOIS SORGUES	43
CLIN. DU PARC ORANGE	57
CLIN. JEANNE D ARC ARLES	47
LES CLIN CHIR. FRANCISCAINES NIMES (*)	128
CH D ARLES	105
	100

Codage :

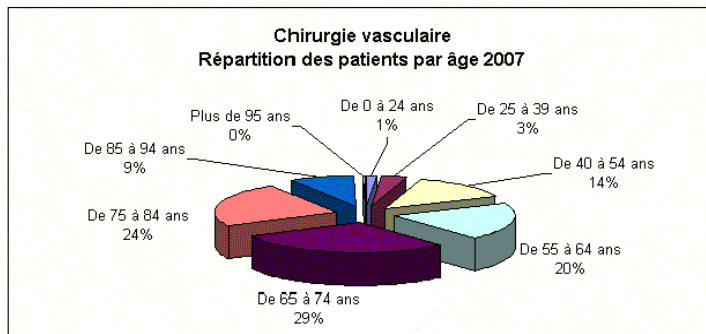
Les opérateurs soulignent la non représentativité de ces résultats eu égard aux anomalies de codage apparues dans le service de chirurgie vasculaire.



IV.2. Age des patients reçus au CHA, source PMSI Pilot.

A. Répartition des patients par âge en 2007

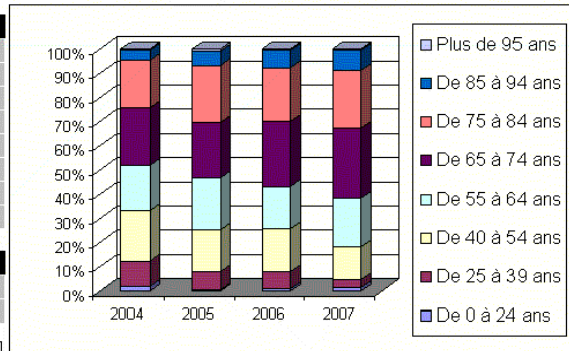
Tranche d'âge	Nb de séjour
De 0 à 24 ans	9
De 25 à 39 ans	20
De 40 à 54 ans	84
De 55 à 64 ans	123
De 65 à 74 ans	177
De 75 à 84 ans	147
De 85 à 94 ans	53
Plus de 95 ans	2
TOTAL	615



B. Evolution du recrutement par âge

	2004	2005	2006	2007
De 0 à 24 ans	2%	1%	1%	1%
De 25 à 39 ans	11%	7%	7%	3%
De 40 à 54 ans	21%	17%	18%	14%
De 55 à 64 ans	19%	22%	18%	20%
De 65 à 74 ans	24%	23%	27%	29%
De 75 à 84 ans	19%	24%	22%	24%
De 85 à 94 ans	4%	6%	7%	9%
Plus de 95 ans	1%	1%	1%	0%

	2004	2005	2006	2007
Part des plus de 75 ans	24%	31%	30%	33%
Part des plus de 85 ans	5%	7%	8%	9%



Age des patients :

50 % des patients de chirurgie traditionnelle (représentés ici) sont âgés de plus de 70 ans.

50 % des patients d'ambulatoire ont moins de 50 ans.

Les patients du service de chirurgie vasculaire sont particulièrement âgés par rapport aux autres services de chirurgie. Cette donnée impacte à la fois le poids moyen du cas traité et la DMS, ou tout au moins, la gestion de la sortie des patients.

Annexe 2. Remarques relatives à la programmation du bloc

Spécialités	TROS / TVO Traditionnel	TROS/ TVO Ambulatoire	hebdo madair e en vacatio n	de vacatio ns fournies	Diffé rentiel	Taux de rajout s (%)	Commentaires	Contrainte à prendre en compte dans la programmation	Implications institutionnelles	
Orthopédie	0,54		2,18	7,23	10,00	2,77	50,39	L'activité du service est constituée à plus de 50 % d'urgences	Programmation des urgences	Développement du programmé / communication
Chirurgie générale et digestive	0,85		-	7,05	7,00	-0,05	28,96	Le service peut faire progresser son activité en traditionnel et développer une activité ambulatoire. Une augmentation de l'effectif médical pourrait être envisagée.	* Durée des interventions * Développement de l'ambulatoire	Effectif médical
Chirurgie thoracique	0,78		-	4,06	4,50	0,44	23,89	Les interventions sont longues, l'amplitude horaire insuffisante pour garantir un délai de prise en charge satisfaisant pour le patient	Durée des interventions	Qualité de la prise en charge
Chirurgie vasculaire	0,54		0,70	5,11	6,00	0,89	25,35	25 % de l'activité est une activité de semi-urgence.	Programmation des urgences	
Chirurgie gynécologique - obst.	0,8	Gyn	2,68	2,37	2,00	-0,37	17,73	Seuls deux opérateurs de gynécologie ont une activité chirurgicale en raison d'une insuffisance de créneaux opératoires. En obstétrique (IVG), 95 % de l'activité est réalisée en ambulatoire. Le Dr Rivoire doit prendre sa retraite. le Dr Riou témoigne d'un défaut de rigueur dans son utilisation de l'UCA qui met en difficulté le fonctionnement du service. Si l'établissement souhaite maintenir le volume d'activité, l'opportunité d'un recrutement pourrait être étudiée.	* Volonté des opérateurs d'intervenir d'avantage * Rigueur des opérateurs	* Effectifs médicaux * Rigueur des opérateurs
		Obs	0,80	0,70	1,00	0,30	3,93			
Chirurgie infantile	0,58		0,81	3,32	3,50	0,18	25,13	Le service intervient à hauteur de 56 % en ambulatoire et déclare utiliser 50% de ses plages traditionnelles pour effectuer des actes relevant de l'UCA en raison de l'indisponibilité des plages d'ambulatoire. 25 % de l'activité du service est une activité d'urgence. cette proportion pourrait augmenter du fait d'un transfert de l'activité vers l'UCA	vers l'ambulatoire * Programmation des urgences * Volonté des opérateurs d'intervenir d'avantage * Rigueur des	* Effectifs médicaux * Rigueur des opérateurs
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	0,60		1,35	2,19	3,00	0,81	12,47	Le recrutement d'un praticien à temps partiel a relancé l'activité notamment en ambulatoire. Le Dr Gonzalez optimise au maximum les vacances qui lui sont offertes. Une extension des plages ambulatoires pourraient être envisagée pour contenir l'activité. Les actes pratiqués permettent notamment un turn over des patients très rapide à l'UCA	* Equipement d'une seconde salle ? * Disponibilité des plages ambulatoire	Fidélisation des praticiens
Chirurgie ORL	0,61		-	3,78	5,00	1,22	16,40	Recrutement passif de patients avec un indice de poids moyen du cas traité très élevé (157, Base 100 = moyenne des PMCT sur le territoire). Seuls les patients très lourds sont adressés au centre hospitalier. Sous réserve d'un exercice de communication pour garantir une file active, un recours à l'ambulatoire, qui est très développé dans cette spécialité, pourrait être envisagé.	* Volonté des opérateurs à intervenir d'avantage	* Communication * Contractualisation interne
Ophthalmologie	0,44		1,28	1,35	2,00	0,65	7,25	L'activité devrait continuer de progresser avec l'arrivée d'un nouvel opérateur. L'activité ambulatoire se trouve saturée alors même qu'elle est appelée à progresser aux termes de la procédure d'accord préalable sur les cataractes.		

Annexe 3.

Synthèse des principales demandes, projets et propositions par spécialité⁹³

Spécialités	Demandes du service	Projets proposés par le service	Propositions
Orthopédie	<ul style="list-style-type: none"> - Développement d'une communication forte (site internet du service indépendant de celui du CHA) - Renforcement du recrutement interne (un référent par service. Libérer des plages de consultations pour les avis spécialisés) - Amélioration de l'hébergement et de l'accueil - Améliorer l'encadrement du service 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un secteur privé - Réalisation de visites de contrôle dans les centres de rééducation proches 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'activité programmée (communication, amélioration de la prestation d'accueil et d'hébergement) - Faciliter la sortie des patients. - Adaptation des moyens à l'activité réelle - S'inscrire dans une démarche territoriale (accords traumatologie)
Chirurgie générale et digestive	<ul style="list-style-type: none"> - Développement d'une activité ambulatoire : attribution d'une plage opératoire - Extension des plages opératoires de traditionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement d'une activité de chirurgie bariatrique 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de l'activité de chirurgie ambulatoire - Augmenter les plages opératoires et la flexibilité de l'utilisation du bloc opératoire - Recrutement d'un praticien
Chirurgie thoracique	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation des plages opératoires (délai de programmation 1 mois) - attribution d'un créneau supplémentaire de consultation - passage des anesthésistes pour visite post-op. dans le service 	<ul style="list-style-type: none"> - renforcement et amélioration de la coopération avec le service de réanimation 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les plages opératoires et la flexibilité de l'utilisation du bloc opératoire - Adaptation des moyens à l'activité réelle
Chirurgie vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la programmation des semi-urgences - Extension des plages horaires de l'imagerie, de l'anesthésie - Consultations groupées chirurgie + anesthésie 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de l'adressage interne - Développement de coopérations territoriales (fermeture de l'unité de vasculaire à Arles, consultation à 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les plages opératoires et la flexibilité de l'utilisation du bloc opératoire - Adaptation des moyens aux besoins réels engendrés par l'activité - Réduction de la DMS

⁹³ Synthèse établie à partir des entretiens individuels avec les praticiens, de l'observation du fonctionnement des services et de l'analyse de l'activité.

		Orange, départ d'un chirurgien de Rhône Durance)	(programmation et SSR)
Chirurgie gynécologique –obst.	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation des plages opératoires (seuls 2 praticiens sur 7 opèrent faute de créneaux) - plage dédiée en ambulatoire - réorganisation de la prise de rendez-vous et des consultations du pôle Femme Mère-Enfant. 		<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les plages opératoires et la flexibilité d'utilisation du bloc - Recrutement de praticiens (remplacement départ en retraite)
Chirurgie infantile	<ul style="list-style-type: none"> - extension des plages de consultations (une plage supplémentaire pour revoir les enfants venus en urgence. Taille les locaux : facteur limitatif) - augmentation des plages d'ambulatoire (plages de traditionnel remplies à moitié par de l'ambulatoire forain) 	<ul style="list-style-type: none"> - Abaissement de 1 an à 6 mois de l'âge minimal de prise en charge en ambulatoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement de praticiens ? - Adaptation des moyens à l'activité - Augmentation des plages d'ambulatoire
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des plages opératoires et des plages de consultation (délai de consultation 1 mois, délai pour intervention 2 mois). Doublement des salles les lundi et jeudi lorsque 2 praticiens sont présents. 		<ul style="list-style-type: none"> - Fidélisation des praticiens - Recrutement de praticiens ou équipement d'une seconde salle opératoire
Chirurgie ORL	<ul style="list-style-type: none"> - information sur la DMS optimale par GHM 		<ul style="list-style-type: none"> - Développement de l'activité ambulatoire
Ophtalmologie			<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement de praticiens

Annexe 4.

Liste des personnes interrogées

- Madame le Docteur Acquaviva, praticien hospitalier, stomatologie
- Monsieur le Docteur Angelvin, chef du service de chirurgie générale et digestive
- Monsieur le Docteur Beyrne, praticien hospitalier, chirurgie générale et digestive
- Monsieur le Docteur Bouchet, chef du service de chirurgie vasculaire
- Monsieur le Docteur Garibotti, assistant spécialiste, chirurgie vasculaire
- Monsieur le Docteur Hirsh, chef du service de cardiologie
- Monsieur le Docteur de Luca, chef du service de chirurgie infantile
- Monsieur le Docteur Luneau, praticien hospitalier, gynécologie et obstétrique
- Monsieur le Docteur Masselot, chef du pôle spécialités chirurgicales
- Monsieur le Docteur Meunier, chef du service de chirurgie thoracique
- Monsieur le Docteur Tort, chef de service ORL
- Monsieur le Docteur Vivas, praticien associé, orthopédie et traumatologie
- Monsieur le Docteur Zographos, chef du service d'orthopédie et de traumatologie

- Monsieur le Docteur Diaz, chef du service d'anesthésiologie
- Monsieur le Docteur Krebs, praticien hospitalier, anesthésiologie
- Monsieur le Docteur Andriamifidy, praticien hospitalier, anesthésiologie
- Monsieur le Docteur Thibault, praticien hospitalier, anesthésiologie

- Madame Fourcade, Directrice des soins
- Monsieur Debise, Directeur adjoint chargé du secrétariat général, de la communication et de la coopération sanitaire
- Madame Durand, Cadre de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire
- Madame Llagonne, cadre de santé, chef de bloc