



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2014 – 2016**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**L'ajustement capacitaire comme levier
dans l'élaboration du projet
d'établissement**

*Illustration de l'apport de l'outil AELIPCE au
Centre Hospitalier de Bretagne Sud*

Emmanuel DUDOGNON

Remerciements

Je remercie Thierry GAMOND-RIUS, chef d'établissement, pour son accueil chaleureux, et l'ensemble de l'équipe de direction qui m'a intégré et associé aux projets dans une atmosphère agréable.

Je tiens à vivement remercier Gildas LE BORGNE, directeur adjoint et maître de stage, pour le temps qu'il m'a accordé, ses précieux enseignements et son enthousiasme, et pour avoir largement contribué à ce que mon expérience au CHBS soit riche et conviviale.

J'adresse mes remerciements à Jean-Michel PASQUET, directeur des soins, avec qui j'ai pu mener le projet AELIPCE et ainsi bénéficier de sa riche expérience. Merci également à Samuel FROGER et Yann LUCAS pour leurs conseils avisés dans la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier les professionnels avec qui j'ai pu échanger sur le thème de l'ajustement capacitaire et l'outil AELIPCE, en particulier Alexandra LAM, chef de projet à l'ANAP.

Je souhaite également remercier tous les professionnels de l'établissement que j'ai eu l'occasion de rencontrer, avec qui j'ai pu échanger et travailler. De nombreuses personnes ont contribué à ce que mon stage conforte mon enthousiasme à intégrer le milieu hospitalier. Je remercie en particulier l'équipe de la Direction des services économiques pour son accueil.

Sommaire

Introduction	1
1 Réflexion sur un enjeu majeur du futur projet d'établissement : l'ajustement capacitaire.....	6
1.1 Un nouveau projet d'établissement fortement axé sur le virage ambulatoire	6
1.1.1 Présentation du CHBS et des orientations de son projet d'établissement 2015-2020.....	6
1.1.2 Le virage ambulatoire, clé de voute de la stratégie de l'établissement.....	8
1.1.3 La question capacitaire, enjeu transversal	11
1.2 Une nécessité de s'inscrire dans des objectifs d'ajustement de capacité en lits d'hospitalisation conventionnelle.....	12
1.2.1 De nombreuses incitations à un ajustement capacitaire	12
1.2.2 Un levier politique et organisationnel.....	15
1.2.3 Dimensionnement capacitaire et filière post-urgences	17
1.3 La difficulté de construire une réflexion collective autour du dimensionnement capacitaire.....	18
1.3.1 Une barrière culturelle non négligeable.....	18
1.3.2 Une pluralité de visions et d'intérêt qui s'opposent.....	20
1.3.3 Le redimensionnement capacitaire, sujet à aborder avec prudence	21
2 Projections autour de scénarios d'ajustement capacitaire : une démarche projet autour de l'outil AELIPCE de l'ANAP	24
2.1 AELIPCE, outil ambitieux au service de la performance des établissements	24
2.1.1 Un outil d'efficience globale.....	24
2.1.2 Un outil au service d'une démarche projet	26
2.2 Une démarche projet favorisant l'émergence d'un dialogue institutionnel sur des hypothèses d'ajustement capacitaire.....	29

2.2.1	L'outil AELIPCE, facilitateur d'une démarche collective.....	29
2.2.2	Un projet permettant le décloisonnement autour de constats partagés	31
2.3	Des scénarios d'ajustement capacitaire à appréhender au regard du contexte local	32
2.3.1	Trois scenarios de réorganisation.....	33
2.3.1	Des scénarios utiles mais qui se heurtent à d'autres paramètres.....	36
3	Perspectives sur la déclinaison des orientations du projet d'établissement en termes d'ajustement capacitaire.....	40
3.1	Des projets d'ajustement capacitaire à court et moyen terme en application directe des orientations du projet d'établissement	40
3.1.1	Une réorganisation planifiée de certains secteurs chirurgicaux.....	40
3.1.2	La possibilité d'une refonte plus ambitieuse de la chirurgie	42
3.1.3	Le découpage polaire, atout ou frein ?	43
3.2	La contractualisation, levier pour définir et mener une politique d'ajustement capacitaire ?	44
3.2.1	La contractualisation interne, mode de pilotage autour d'objectifs partagés.....	45
3.2.2	La maturité du dialogue de gestion et des outils, facteur clé de réussite	46
3.3	Les perspectives sur la politique de réduction capacitaire et les interrogations des hospitaliers	48
3.3.1	AELIPCE, des interrogations sur les finalités plus que sur l'outil.....	48
3.3.2	Perspectives sur la politique de réduction capacitaire	49
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	59

Liste des sigles utilisés

AELIPCE = Amélioration et Evaluation des Indices de Performances
AFCA = Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAP = Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS = Agence Régionale de Santé
CH = Centre Hospitalier
CHBS = Centre Hospitalier de Bretagne Sud
CHT = Communauté Hospitalière de Territoire
CHU = Centre Hospitalier Universitaire
CME = Commission Médicale d'Etablissement
COPERMO = Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins
DG = Direction Générale
DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins
DIAMANT = Décisionnel Inter-ARS pour la Maîtrise et l'Anticipation
DIM = Département d'Information Médicale
DMS = Durée Moyenne de Séjour
DRESS = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ES = Etablissement de Santé
ESPIC = Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP = Equivalent Temps Plein
FHF = Fédération Hospitalière de France
FICOM = Fichier Commun de Structure
GHM = Groupe Homogène de Malades
GHT = Groupement Hospitalier de Territoire
GMSIH = Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
HAS = Haute Autorité de Santé
HC = Hospitalisation Complète
HDJ = Hospitalisation de Jour
HDS = Hospitalisation de Semaine
IGAS = Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES = Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MAINH = Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MEAH = Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MCO = Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MGG = Médecine Générale Gériatrique
OCDE = Organisme de Coopération et de Développement Economiques
ONDAM = Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
OPH = Ophtalmologie
ORL = Oto-Rhino-Laryngologie
PHARE = Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables
PMSI = Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RRAC = Réhabilitation Rapide Après Chirurgie
RSS = Résumé de Sortie Standardisé
RUM = Résumé d'Unité Médicale
SAE = Statistique Annuelle des Etablissements de Santé
SNATIH = Système National d'Information sur l'Hospitalisation
SI = Systèmes d'Information
SSR = Soins de Suite et de Réadaptation
T2A = Tarification A l'Activité
TCAM = Taux de Croissance Annuel Moyen
TO = Taux d'Occupation
UAM = Unité Ambulatoire de Médecine
UCAA = Unité de Chirurgie et D'Anesthésie Ambulatoire
UF = Unité Fonctionnelle
UHTCD = Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UHU = Unité d'Hospitalisation des Urgences
UM = Unité Médicale

Introduction

Depuis vingt ans en France, le nombre de lits hospitaliers a diminué de 22,5 % et, dans le même temps, les places d'hospitalisation à temps partiel ont progressé de 50 %. En conséquence, sur les dix dernières années, le nombre de lits est passé de 8 à 6,4 pour 1000 habitants. La Cour des comptes énonçait ces chiffres dans son dernier rapport sur les Lois de financement de la Sécurité sociale¹, en faisant remarquer que la France demeure au-dessus de la moyenne des pays membres de l'OCDE, qui se situe à cinq lits pour 1 000 habitants. La Cour tire un bilan mitigé de la recomposition hospitalière, jugeant la réduction capacitaire insuffisante, car « la baisse globale des capacités hospitalières depuis 1994 ne s'est pas accompagnée d'une maîtrise des effectifs hospitaliers : entre 1995 et 2009, le personnel médical et non médical hospitalier a augmenté de 180 000 personnes, soit une progression de plus de 16 %. »

Quelques jours avant la publication de ce rapport, la Fédération hospitalière de France (FHF) a publié un communiqué² incitant les chefs d'établissements de santé et présidents de commission médicale d'établissement à « s'opposer avec fermeté » aux injonctions de fermer des lits hospitaliers. Cette position vient en réaction aux objectifs du Plan triennal d'économies³ qui affiche des réductions drastiques en lits d'hospitalisation complète, pour une économie attendue de 570 millions d'euros sur trois ans. Sur ce sujet, la Ministre de la santé s'est déclaré réticente à fermer des lits hospitaliers « par principe » comme le préconise la Cour des comptes, affirmant que les fermetures doivent avoir lieu lorsque « les structures ne sont pas efficaces ».

Ce contexte vient confirmer que le sujet des capacités hospitalières est pleinement d'actualité pour les établissements, et revêt un caractère stratégique à la fois pour les hôpitaux et le système de santé dans sa globalité. C'est aussi une thématique sensible tant l'attachement aux services et aux lits reste un fondement de la culture hospitalière. L'étymologie du mot hôpital nous le rappelle, « hospitalis domus » est une maison où l'on accueille des hôtes.

Le postulat d'un excès de lits dans les hôpitaux français est sous-jacent à différentes réformes récentes et le Plan triennal en est un exemple évident. Cette question est

¹ Cour des comptes, rapport sur l'application des Lois de financement de la Sécurité sociale, 15 septembre 2015

² Courrier de la FHF du 8 septembre 2015 aux conférences de directeurs et présidents de commission médicale d'établissement (CME) du CH et de CHU

³ Plan d'efficience et de performance du système de soins 2015-2017 qui consiste à réduire l'évolution des dépenses d'Assurance maladie par rapport à un scénario tendanciel à hauteur de 10 milliards d'euros sur trois ans dont 3 milliards pour les établissements de santé.

légitime, bien qu'elle puisse inquiéter à juste titre les hospitaliers. Il faut en effet se garder de considérer l'hôpital sous ce seul prisme de ses chambres et des lits qu'elles renferment car les activités hospitalières et les besoins de santé évoluent sans cesse⁴. La plupart des hospitaliers le constatent lorsque leurs services d'urgences sont en surchauffe et qu'ils déplorent l'absence de lits d'aval.

A l'heure de la médecine de parcours, des filières de soins ouvertes sur la ville et des liens toujours plus étroits avec le secteur médico-social, la capacité en lits et places d'un établissement n'apparaît plus comme sa caractéristique première.

Pour autant, il apparaît fondamental de s'interroger sur le dimensionnement capacitaire des établissements, et pas uniquement sous la contrainte du plan d'économies actuel. Les grands défis hospitaliers pour les années à venir nécessitent de développer une stratégie en matière d'évolution capacitaire. L'enjeu ambulatoire en est un, la nécessité de sortir du tout-curatif également.

Le virage ambulatoire, érigé en priorité nationale pour s'adapter à la demande des patients et générer des économies, est une réalité depuis plusieurs années pour les hôpitaux. Pratique centrée sur les patients, la chirurgie ambulatoire recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit⁵. Les actes médicaux peuvent également être réalisés en hôpital de jour, mais nous aborderons uniquement l'activité chirurgicale dans ce mémoire. Au plan national à la fin du 3ème trimestre 2014, le taux global de chirurgie ambulatoire s'élève à 44,7% en France. La comparaison avec les pays nordiques (taux de 74% au Danemark⁶) illustre les efforts qui restent à faire pour accélérer cette transition.

Les chiffres montrent une augmentation continue des activités de chirurgie ambulatoire mais le retard des hôpitaux en la matière par rapport au secteur privé reste avéré⁷. Cet essor ne s'est pas véritablement accompagné d'une réduction des capacités en lits d'hospitalisation conventionnelle. Or le véritable gisement d'économies attendu par les pouvoirs publics est bien là. Dans le contexte du Plan triennal lancé en 2015, l'incitation financière à la révision des capacités d'hospitalisation n'a jamais été aussi importante.

⁴ Comme en atteste l'épidémie de grippe lors de l'hiver 2014-2015

⁵ Elle comprend « les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission » (source : Ministère de la Santé).

⁶ Rapport de la Haute autorité de santé, 2009.

⁷ En 2013, le taux global de chirurgie ambulatoire en CH était de 34,6% contre 51,2% dans les établissements privés à but lucratif (source : ATIH, Etat des lieux 2013 sur l'activité de chirurgie ambulatoire)

Il faut aussi mettre en relation le dimensionnement capacitaire hospitalier avec les orientations de notre système de santé dans son ensemble. La France est caractérisée par la faible place donnée aux soins préventifs. Dans sa stratégie nationale de santé, la ministre a affirmé sa volonté de changer de paradigme, et de réorienter une partie des dépenses de Sécurité sociale vers la promotion et la prévention de la santé. Une ambition à laquelle la plupart des professionnels de santé souscrivent, mais en restant interrogatifs sur les modalités pratiques de cette transition.

Les hôpitaux français ont été pensés et dimensionnés pour des soins aigus, et cette conception devra nécessairement s'adapter aux besoins. Le vieillissement de la population illustre cette mutation, avec des patients âgés poly-pathologiques de plus en plus nombreux, ce qui ne va pas sans générer des fortes contraintes de flux au sein des établissements.

Le redimensionnement capacitaire est plus que jamais un enjeu d'actualité. Des objectifs quantitatifs de réductions capacitaires chiffrés ont été assignés aux hôpitaux⁸ dans le cadre du Plan triennal d'économies. Cette incitation sans précédent va conduire les dirigeants hospitaliers à engager à court terme des conversions de lits. Elle s'annonce comme une opération sensible dans les établissements, du fait de préoccupations légitimes des professionnels sur les conditions d'exercice mais aussi d'un attachement culturel prégnant à son service et à ses lits.

Au Centre Hospitalier de Bretagne Sud, 2015 est une année de transition avec la finalisation du nouveau projet d'établissement qui doit dessiner les orientations stratégiques et les projets structurants jusqu'en 2020. Le virage ambulatoire, et son volet capacitaire, en constitue l'un des éléments majeurs.

Dans l'optique de poser un diagnostic fiable et de favoriser la concrétisation des orientations du projet en matière de développement de l'ambulatoire, une étude sur le dimensionnement capacitaire de l'établissement s'est avérée indispensable. Face à la nécessité de s'appuyer sur une méthodologie bien définie pour traiter du sujet sensible que sont les capacités d'hospitalisation, l'établissement a pu bénéficier de l'accompagnement de l'Agence nationale d'appui à la performance⁹ (ANAP) à l'utilisation de l'outil AELIPCE¹⁰. L'ANAP vient en appui des établissements de santé et médico-sociaux, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils, pour améliorer

⁸ Les ESPIC sont également concernés par le Plan triennal mais ne seront pas abordés dans ce mémoire.

⁹ En 2009, trois entités sont regroupées pour former l'ANAP : le GMSIH, la MEAH et la MAINH.

¹⁰ Amélioration et Evaluation des Indices de Performances

leur performance dans le cadre de la réforme du système de santé en France. L'outil AELIPCE, créé en 2012 porte sur l'évaluation et l'optimisation d'indices de performance, en particulier sur l'aspect organisationnel et capacitaire des services hospitaliers. L'ANAP forme des hospitaliers à l'usage d'AELIPCE, puis les accompagne dans une démarche projet autour de l'outil.

Le projet choisi par le CHBS dans le cadre de cet accompagnement a été de faire un état des lieux, deux ans après l'intégration dans le nouvel hôpital, de ses capacités en hospitalisation complète de chirurgie afin d'évaluer un potentiel de recomposition capacitaire. Il conduit à appréhender les conséquences actuelles et à venir du virage ambulatoire et d'estimer, par spécialités, un nombre de lits qui pourraient être convertis en hospitalisation partielle.

Ce mémoire revient sur les raisons qui amènent à s'interroger sur le dimensionnement capacitaire et la nécessité de fixer un cap en la matière au sein des orientations stratégiques du projet d'établissement. Il s'emploie à présenter la concrétisation de cette réflexion à travers la démarche AELIPCE qui doit servir de base à des projets de réorganisation. La problématique consiste donc à s'interroger sur la plus-value de l'outil AELIPCE dans la définition d'une stratégie institutionnelle d'ajustement capacitaire et sur l'intérêt d'établir des scénarios chiffrés en vue de planifier leur mise en œuvre.

Nous verrons dans un premier temps que la réflexion sur l'ajustement capacitaire est une composante importante du futur projet d'établissement. Ce mouvement transversal constitue un levier pour accélérer la dynamique en marche. Il nécessite un dialogue avec les professionnels de santé pour lever les multiples craintes existantes.

Dans un deuxième temps nous reviendrons sur le travail autour de l'outil AELIPCE qui a permis de construire des scénarios d'ajustement des capacités et d'engager un dialogue institutionnel constructif.

Enfin en troisième partie, nous analyserons les perspectives qui se dessinent suite au projet AELIPCE et qui viendront concrétiser les orientations du projet d'établissement. Les réorganisations envisagées à court terme seront présentées ainsi que les perspectives à moyen terme en lien avec les évolutions polaires à venir. A partir de cette expérience, nous aborderons les interrogations qui demeurent sur les orientations de la politique de réduction capacitaire.

Méthodologie

Ce mémoire s'inscrit dans le contexte général de l'élaboration du projet d'établissement. Cette démarche a débuté en septembre 2014 et prendra fin au cours du dernier trimestre 2015.

Pour alimenter la réflexion sur le dimensionnement capacitaire, qui constitue l'un des thèmes de ce projet d'établissement, le CHBS a fait le choix d'être formé à l'outil AELIPCE par l'ANAP. Un groupe piloté par M. Gildas LE BORGNE, directeur adjoint à la Direction Générale a suivi une formation avant d'initier une démarche projet autour d'AELIPCE.

M. Jean-Michel PASQUET, directeur des soins, et moi-même, constituons cette équipe, entourés de professionnels du DIM et de la cellule du contrôle de gestion. Notre projet nous a amenés à travailler également avec la direction des ressources humaines ainsi que celle des affaires médicales.

L'observation et l'analyse de cette démarche constitue une part importante du présent travail. Il s'agit ici de revenir sur l'utilisation et l'apport de l'outil AELIPCE et sur la démarche projet en elle-même.

Afin de d'avoir la vision la plus large et objective de l'outil AELIPCE, plusieurs entretiens ont été menés, de façon non directive, avec :

- la responsable de l'outil AELIPCE à l'ANAP,
- un responsable du Pôle contrôle de gestion en Agence régionale de santé,
- un chef d'établissement en CH,
- des directeurs adjoints (finances, ressources humaines) en CH,
- un directeur des soins en CH,
- un contrôleur de gestion en CH,
- un médecin DIM en CH.

Enfin, une recherche documentaire plus large, portant sur le thème du virage ambulatoire et de l'évolution des capacités hospitalières, a permis d'étoffer ce mémoire.

1 Réflexion sur un enjeu majeur du futur projet d'établissement : l'ajustement capacitaire

Le CHBS est dans la phase de finalisation de son projet d'établissement, qui posera les bases de sa stratégie pour la deuxième moitié de la décennie. Deux ans après le transfert des activités de médecine et de chirurgie sur un nouveau site et dans un contexte financier contraint¹¹, l'un des grands défis de ce projet d'établissement est le développement de l'activité programmée et de la chirurgie ambulatoire. Dans ce contexte, la question du dimensionnement capacitaire est centrale et doit faire l'objet d'une orientation institutionnelle avant de se décliner en projets opérationnels. Nous allons voir dans cette première partie la place du virage ambulatoire dans le futur projet d'établissement, avant d'analyser quels sont les enjeux en matière de recomposition capacitaire, puis de présenter les éléments de gouvernance liés à ce sujet.

1.1 Un nouveau projet d'établissement fortement axé sur le virage ambulatoire

Le projet d'établissement 2015-2020 comprendra différentes composantes que sont le projet médical, le projet de soins, le projet social et de formation, le projet de gestion, le projet de gouvernance interne, le schéma directeur du système d'information (SI) et plan d'investissement. Six défis transversaux ont été identifiés¹² et sept orientations stratégiques illustrent les perspectives du CHBS pour les années à venir. Nous allons commencer par présenter synthétiquement le CHBS et ses orientations stratégiques avant de voir plus précisément la place du virage ambulatoire et ses conséquences dans ce projet.

1.1.1 Présentation du CHBS et des orientations de son projet d'établissement 2015-2020

Le Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) assure les fonctions d'hôpital de référence au sein du territoire de santé n°3 de la région Bretagne. Issu de la fusion des hôpitaux de Lorient et d'Hennebont en 1997 et de la reprise des activités de l'hôpital militaire Calmette en 1999, le CHBS vient de faire l'objet d'une vaste opération de modernisation de ses installations désormais réunies sur 3 sites :

¹¹ Plan de retour à l'équilibre pour les années 2014 à 2016

¹² Voir en annexe

- Le site du SCORFF à Lorient ouvert en 2 temps avec le pôle femme mère enfant en octobre 2007, les activités médicales, chirurgicales et médico-techniques en mars 2013 ;
- Le site de KERLIVIO à Hennebont ouvert en novembre 2012 avec des activités de réadaptation et de gériatrie ;
- Le site de KERBERNES à Ploemeur avec des activités de gérontologie clinique.

Le CHBS dispose d'une capacité totale de 1 173 lits et places. L'établissement développe une activité complète de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique avec une capacité d'hospitalisation de 700 lits et places. Il est doté d'un plateau technique consacré à l'ensemble des activités de chirurgie et interventionnelles, d'un service d'imagerie ainsi que d'un plateau de radiothérapie et d'un laboratoire de biologie médicale. Le CHBS accueille 50 000 urgences. Les filières de cancérologie et de cardiologie occupent une place importante dans l'activité de l'établissement. La population a également accès à une filière gériatrique complète et intégrée.

Le budget principal de l'établissement s'élève à 220 millions d'euros. L'activité de l'hôpital suit une progression régulière, dans un contexte de forte concurrence locale sur les activités chirurgicales. Les deux cliniques implantées dans l'agglomération affichent un taux de chirurgie ambulatoire supérieur au CHBS.

Le récent transfert des activités médicales, chirurgicales et médico-techniques en mars 2013 sur le site du Scorff a représenté une étape majeure dans la vie de l'établissement et un défi de taille pour l'ensemble de ses acteurs. Il a engendré des évolutions importantes en termes d'organisation autour des parcours patients.

L'année 2015 est marquée par la finalisation du nouveau projet d'établissement du CHBS, porteur de la stratégie de l'établissement pour les 5 ans à venir. Cette démarche de concertation et de positionnement stratégique mobilise l'ensemble des équipes. Les quatre établissements constitutifs de la CHT des Hôpitaux des Pays du Sud Bretagne, dont le CHBS est l'établissement siège, ont choisi d'élaborer simultanément leur projet d'établissement ainsi qu'un projet de santé commun.

Les orientations stratégiques ont émergé après une concertation institutionnelle sous la forme notamment de réunions polaires portant sur les perspectives de l'établissement. Elles sont alimentées par les projets médicaux des pôles ainsi que par le projet de soins, le projet social et les autres composantes citées ci-dessus.

L'une des orientations stratégiques porte sur la réponse aux enjeux actuels et à venir en tant qu'hôpital de référence. Le CHBS est en effet fortement impliqué dans l'organisation et la régulation de l'offre de soins en lien avec l'ensemble des autres acteurs du territoire de santé. Cet engagement s'exprime directement à travers des filières de soins qui assurent à la population, en cas de besoin, un accès aux compétences spécialisées et au plateau technique hospitaliers dans le cadre d'un parcours de soins gradué. Parmi ces filières, certaines recouvrent un enjeu significatif en termes d'activité, d'organisation et/ou de pratiques. C'est tout particulièrement le cas pour celles associées à la transition ambulatoire, l'incidence de l'allongement de l'espérance de vie et le poids croissant des pathologies chroniques. Le CHBS dispose pour ce faire de compétences médicales, d'installations techniques et de savoir-faire spécialisés pour bonifier l'offre de soins au service de la population.

Les autres orientations stratégiques sont les suivantes :

- Conforter la place centrale du patient / résident et des usagers
- Optimiser les parcours de soins pour mieux répondre aux attentes des patients et des professionnels de santé
- Partager la qualité et assurer la sécurité du patient
- Promouvoir le développement social
- Réussir collectivement par la gouvernance et la performance des organisations

1.1.2 Le virage ambulatoire, clé de voute de la stratégie de l'établissement

Ces orientations témoignent d'une volonté de promotion de la filière ambulatoire, primordiale dans la stratégie du CHBS. Les objectifs énoncés dans le projet d'établissement et plus précisément dans la partie sur l'ambulatoire sont notamment les suivants :

- La promotion des prises en charge ambulatoires et programmées
- Faire de l'adaptation des capacités en lits et places un levier pour poursuivre les orientations stratégiques

Le virage ambulatoire se manifeste par un transfert progressif des hospitalisations conventionnelles au profit d'hospitalisations de jour, dites ambulatoires. L'expression est largement utilisée pour aborder les indications en chirurgie mais la médecine est

également concernée. Le CHBS a ouvert son unité de chirurgie ambulatoire¹³ en 2008 ainsi qu'un service de médecine ambulatoire¹⁴ en 2013 à l'ouverture du nouvel hôpital.

L'hôpital est pleinement engagé dans cette transition et sait qu'il s'agit d'une ardente obligation qui conditionne sa pérennité. La pratique ambulatoire est très fortement encouragée au travers des discours politiques nationaux sur le système de santé, dans une optique de réduction des dépenses d'assurance maladie en premier lieu (charges de personnel et dépenses hôtelières moins coûteuses, risque d'infection nosocomiale réduit)¹⁵. L'attente des patients va également dans ce sens, puisqu'ils aspirent à retourner rapidement à domicile.

Les ARS, dont celle de Bretagne, sont attentives à l'évolution de l'activité en ambulatoire. Le plan d'économie annoncé par le Gouvernement en 2015 en constitue la dernière illustration et la plus aboutie avec des objectifs quantitatifs nationaux et régionaux à décliner par territoire et établissement.

La dynamique ambulatoire au CHBS a connu différentes phases, mais reste aujourd'hui plutôt inférieure aux attentes dans plusieurs spécialités. Le taux de chirurgie ambulatoire enregistré en 2013 était de 36%, à savoir 2 506 séjours chirurgicaux sur 6 948. Dans le même temps, une proportion significative de chirurgie ambulatoire foraine¹⁶ était constatée avec un taux de 22%.

Cela s'explique en premier lieu par la forte proportion d'activité non programmée dans l'établissement. Les patients issus des urgences représentent 54% des interventions chirurgicales¹⁷. La consolidation d'une unité ambulatoire dans ce contexte s'avère par définition plus difficile. Par ailleurs, le départ en retraite de quelques opérateurs majeurs explique conjoncturellement la stagnation voire le recul constaté dans certaines disciplines, preuve de la fragilité persistante de cette dynamique. La forte concurrence constatée sur les activités de chirurgie avec la présence de deux cliniques dans l'agglomération est également un facteur important à prendre en compte.

¹³ A l'origine nommée U3A (= unité des activités anesthésiques ambulatoires) car elle est prévue pour des activités chirurgicales mais aussi médicales notamment en gastro-entérologie ; renommée en UCAA (=unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire)

¹⁴ UAM = unité ambulatoire de médecine

¹⁵ Les économies potentiellement générées par un recours accru à la chirurgie ambulatoire sont sujets à controverse. La Cour des comptes a avancé un potentiel de 5 milliards d'€ tandis que la FHF le chiffre plutôt à 570 millions d'€.

¹⁶ Il s'agit de l'ambulatoire réalisé dans les services conventionnels, sans bénéficier d'un accueil à l'UCAA, en principe plus adaptée au parcours patient spécifique de l'ambulatoire

¹⁷ Mode de calcul : tous les séjours ayant débuté par un passage aux urgences, y compris ceux qui ont transité par une autre unité de soins (par exemple en réanimation) avant d'arriver en chirurgie.

C'est avec la volonté affichée d'amplifier le recours à l'ambulatoire et de répondre aux exigences du Plan triennal qu'un comité de pilotage ad hoc a été constitué en 2015¹⁸.

Ce groupe de travail sur la chirurgie ambulatoire a pour objectif d'accompagner les équipes médicales dans l'élargissement des indications pour ce mode de prise en charge. Il a effectué une analyse par spécialités du potentiel de substitution aux hospitalisations conventionnelles¹⁹. Ces séjours potentiellement transférables présentent les caractéristiques suivantes : séjours chirurgicaux (GHM côté en C), séjours mono-RUM (patients séjournant dans une seule unité), séjours d'une ou deux nuits, séjours dont le mode d'entrée et de sortie est le domicile et séjours hors sévérité 3 et 4²⁰. Ils ont fait l'objet d'un chiffrage pour chaque spécialité. Ce travail a ensuite servi pour établir les scénarios construits avec AELIPCE comme nous le verrons par la suite. Ces projections sont ensuite discutées avec chacune des équipes médicales concernées, afin de prendre en compte d'autres critères liés par exemple à l'éloignement de certains services avec l'UCAA. Le groupe de travail s'emploie également à simplifier les parcours patients, à accroître la communication autour de l'UCAA, et à simplifier les procédures pour que les praticiens y aient davantage recours. Dans le cadre du Plan triennal, un suivi renforcé du travail mené sur la chirurgie ambulatoire est assuré par l'ARS étant donné que l'établissement s'est vu fixer un objectif chiffré ambitieux²¹.

Sur la base d'un diagnostic partagé avec l'ARS, le comité de pilotage a construit un plan d'action sur un double postulat :

- Le premier est que le taux de séjours potentiellement substituables, est estimé à 18,4% soit 1 280 séjours.
- Le second est que le dimensionnement actuel de l'UCAA peut absorber une hausse d'activité en augmentant le taux de rotation des patients (si l'UCAA était ouverte 48 semaines dans l'année avec un taux de rotation d'1,5²², le nombre de séjours potentiels serait de 5 400)

Ces informations seront à prendre en compte dans l'élaboration des scénarios de recomposition capacitaire.

¹⁸ Composition du groupe de travail : Directeur adjoint, directeur des soins, anesthésiste en charge de l'UCAA, cadre supérieure de santé et cadre de santé.

¹⁹ Voir en annexe : Répartition des séjours par nombre de nuits.

²⁰ Echelle de 1 à 4, 4 étant le plus sévère

²¹ 55% de chirurgie ambulatoire en 2017

²² 1,5 correspond au nombre de patient moyen par jour et par place

1.1.3 La question capacitaire, enjeu transversal

L'objectif d'ajustement capacitaire, étroitement lié au virage ambulatoire est énoncé dans le projet d'établissement comme levier pour développer des filières attractives au service des parcours patient.

Cette question de la capacité en lits et places se situe en effet à l'intersection de nombreux enjeux au cœur du projet d'établissement et qui font l'objet ou ont fait l'objet de différents travaux :

- le développement de l'activité ambulatoire et plus largement de l'activité programmée
- l'optimisation de la gestion des lits au sein de l'établissement²³ mais aussi en amont et en aval sur le territoire (consolidation et extension des outils de gestion des demandes de transfert, programmation des fermetures de lits, ...)
- l'organisation de la filière post-urgences
- la répartition des capacités en lits de médecine entre spécialités et polyvalence pour la prise en charge croissante de patients poly-pathologiques au parcours médico-social complexe
- l'efficacité et la rationalisation des capacités d'hospitalisation

L'ensemble de ces paramètres ont été intégrés par l'établissement dans une politique d'évolution capacitaire indispensable pour entrevoir des ajustements. Il s'agit à la fois de chiffrer le potentiel de séjours pouvant basculer en ambulatoire mais aussi d'analyser les conséquences en termes de lits et de places.

L'objectif étant fixé, la démarche attendue et décrite dans le projet d'établissement se décompose comme suit :

- exploiter le potentiel de substitution des séjours conventionnels en ambulatoire
- agir sur les composantes de la durée moyenne de séjour (avis et examens, dimension sociale, préparation de la sortie, capacité de transfert en aval, ...)
- redimensionner les capacités d'hospitalisation en médecine en conséquence et en fonction des besoins et de la répartition des rôles des services sur la filière post-urgences

²³ Sujet d'un autre groupe de travail dans le cadre d'un projet de l'ANAP et qui a travaillé sur la gestion des lits entre 2014 et 2015. Le groupe a contribué à la création d'une UHTCD et d'une unité tampon.

- réviser les capacités d'hospitalisation en chirurgie à la faveur du virage ambulatoire et du développement des pratiques de réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC), engager des rapprochements inter-spécialités par mode de prise en charge.

Pour s'inscrire dans cette dynamique, l'apport d'un outil adapté est précieux. C'est pour cela que le CHBS a souhaité expérimenter le logiciel AELIPCE comme nous le détaillerons en deuxième partie.

1.2 Une nécessité de s'inscrire dans des objectifs d'ajustement de capacité en lits d'hospitalisation conventionnelle

L'ajustement capacitaire se situe au cœur des préoccupations actuelles sur l'évolution du système hospitalier en tant que levier à la fois politique et organisationnel. Ce sujet est toutefois à aborder avec prudence.

1.2.1 De nombreuses incitations à un ajustement capacitaire

Nous l'avons constaté en première partie, plusieurs orientations du projet d'établissement comprennent un volet capacitaire ou des liens étroits avec cette thématique. Le CHBS n'est pas à cet égard dans une situation atypique.

La première incitation à l'ajustement capacitaire est inhérente aux prises en charges médico-chirurgicales à travers l'évolution des modes de traitements et des techniques. Le transfert de séjours vers l'ambulatoire et la baisse constante des durées moyennes de séjours constatée dans la plupart des spécialités (DMS moyenne en MCO de 10,2 journées en 1980 et de 5,1 journées en 2011²⁴) témoignent de bouleversements majeurs dans les connaissances médicales, les procédures et les gestes chirurgicaux, les techniques anesthésiques, les matériels biomédicaux et les innovations pharmaceutiques. Aujourd'hui le taux global de séjours ambulatoires en chirurgie est de 45% au plan national²⁵. En 1997, il était de 23%²⁶. On mesure ici immédiatement l'ampleur du changement qui anime les services hospitaliers. Les activités de spécialités médicales n'échappent pas à ce constat. Le séjour ambulatoire, marginal il y a 20 ans, est en passe de devenir la norme. Cette inversion de paradigme structurera certainement l'avenir proche des établissements. Ce recentrage de l'hospitalisation conventionnelle et

²⁴ Source : SAE (DRESS)

²⁵ Source : AFCA

²⁶ Source : IRDES

l'inexorable réduction des DMS conduisent à revoir le nombre de lits, et à adapter les services et les locaux pour ouvrir des places²⁷. On le constate dans les projets de restructurations et de reconstructions hospitalières, l'architecture et les organisations doivent être au service de l'activité programmée et ambulatoire.

La deuxième incitation est financière, à travers une double contrainte auxquels sont confrontés les établissements. La première contrainte est celle de la difficile quête de l'équilibre budgétaire et des plans d'économies attendants, sujet d'actualité du fait du Plan triennal 2015-2017. La recherche de réduction des déficits hospitaliers n'est pas nouvelle et a déjà fait l'objet de plusieurs réformes notables au premier rang desquelles nous pouvons citer la tarification à l'activité (T2A). Le suivi des établissements en difficulté s'est aussi renforcé, notamment par le biais des plans de retour à l'équilibre. Cette année 2015 a marqué le lancement du Plan triennal d'économies, preuve d'une volonté forte du pouvoir exécutif de maîtriser les dépenses hospitalières, par le biais des Agences régionales de santé. L'évolution des capacités en lits et places constitue l'un des « blocs²⁸ » du Plan triennal, le suivi d'indicateurs quantitatifs qui en résulte conditionne fortement les objectifs de gestion des établissements publics de santé. Par cet intermédiaire, les autorités de tutelle fixent des objectifs cible en termes de fermeture de lits conventionnels sur les trois ans. Cette démarche « descendante » est globalement assez mal perçue dans les établissements, comme en atteste le communiqué de la FHF publié en septembre et cité en introduction. Cette réduction capacitaire a été chiffrée au niveau national, puis ajusté au niveau des ARS selon les évolutions d'activité récentes. On comprend que l'objectif est avant tout budgétaire. Les pouvoirs publics applique un raisonnement strictement économique qui considère qu'un lit physique génère par principe des charges notamment en termes de personnel (soignant et hôtelier la nuit, médical pour la permanence des soins).

Si les établissements sont dans l'ensemble volontaires pour réfléchir à des ajustements capacitaires comme c'est le cas au CHBS, l'ambition est d'aborder ce sujet de façon éclairée, par spécialités, selon des perspectives d'activités étudiées et dans le cadre d'un dialogue avec la communauté médicale. Le redimensionnement capacitaire amené par le Plan triennal, repose uniquement sur une approche quantitative et par injonction au prix d'une crispation des professionnels sur un sujet sensible.

²⁷ Voir en annexe : Evolution des capacités hospitalières entre 1994 et 2012 ; Evolution détaillée des capacités en lits et places entre 1994 et 2012 ; Evolution du nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants entre 2000 et 2011

²⁸ Les 8 blocs = Maîtrise de la masse salariale, Programme PHARE, Aide aux ES en difficulté et optimisation des enveloppes, Développement des GHT, Virage ambulatoire et impact capacitaire, Transports prescrits à l'hôpital, Médicaments prescrits à l'hôpital, Pertinence des actes.

Second aspect de cette contrainte financière poussant les établissements à l'ajustement capacitaire, l'incitation tarifaire. Les tarifs de remboursement des séjours hospitaliers par l'Assurance maladie sont un levier puissant pour accélérer le basculement vers l'ambulatoire. Dans cette optique, il est financièrement intéressant pour les hôpitaux de développer l'activité ambulatoire puisqu'il a été défini un principe d'alignement des tarifs sur ce des séjours en hospitalisation conventionnelle²⁹. Dans un avenir proche, ce levier tarifaire risque de devenir plus incitatif encore, en pénalisant financièrement les établissements qui auront recours à une hospitalisation d'au moins 24 heures, la conséquence sera immédiate et lourde pour les hôpitaux, qui ne pourront couvrir leurs charges fixes (présence de personnel 24h/24). L'anticipation de cet effet tarifaire délétère pour les finances hospitalières est indispensable et encourage à revoir le dimensionnement capacitaire des services d'hospitalisation conventionnelle.

La troisième incitation est liée à la culture des professionnels hospitaliers qui est parfois un frein au virage ambulatoire. Le redimensionnement capacitaire, s'il est intelligemment mené, peut participer à une évolution. Comme nous l'avons abordé en introduction, le lit reste une notion fondamentale à l'hôpital tant pour les malades que pour les professionnels soignants et médicaux. Le dimensionnement d'un service ou d'un établissement reste pour certains, une marque de puissance et de compétence. Et de fait, revoir à la baisse le dimensionnement sonne comme une remise en cause ou une recherche brutale d'économies. On comprend donc que le sujet du redimensionnement capacitaire soit difficile à aborder au niveau institutionnel. C'est pourtant un levier pour accompagner un changement de culture indispensable et sortir de l'*hospitalocentrisme*.

Autre incitation, le changement d'orientation de notre système de santé vers une prévention plus efficace et une promotion de la santé ambitieuse, que les pouvoirs publics appellent de leurs vœux³⁰. Comme le montrent différents travaux, le système français se caractérise par une part des dépenses de santé consacrées au curatif et aux soins aigus particulièrement élevée (l'hôpital représente plus de 35 % de la dépense de santé contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE³¹). En ces temps de rationalisation de la dépense publique, il semblerait pertinent de réorienter une partie des dépenses de santé vers la prévention afin de réduire l'incidence de certaines pathologies dans la population et par la même occasion de réduire les dépenses liées au système curatif.

²⁹ Créé en 2007 pour un petit nombre de GHM (5 racines) où l'activité ambulatoire est majoritaire, ce tarif unique s'est progressivement étendu.

³⁰ Feuille de route de la Stratégie nationale de santé : discours de Marisol Touraine du 23 septembre 2013

³¹ Source : Rapport IGAS L'hôpital, 2012

L'accroissement des maladies chroniques, dont certaines sont liées aux modes de vie se constate dans le coût annuel des affections longues durées (cancer, diabète, insuffisance rénale...). Cette tendance tend à confirmer la nécessité de revoir le paradigme de notre système, même si les modalités de ce changement restent largement à inventer. Cette question doit toutefois être prise en compte par les dirigeants hospitaliers dès à présent puisque le modèle de l'hôpital de soins aigus devra nécessairement évoluer si l'on se dirige effectivement vers un développement de la prévention. Dès lors on peut avancer que cette tendance aura logiquement une sur les capacités en lits et places seraient réelles. Du point de vue des pouvoirs publics, nul doute que cette analyse est vue comme une opportunité : l'ajustement capacitaire des hôpitaux peut être un important gisement d'économies pour financer le développement de la promotion de la santé et de la prévention.

La dernière incitation -qui est loin d'être la moins importante- est celle exprimée par l'attente forte des patients vis-à-vis des prises en charge ambulatoires. Le temps où se rendre à l'hôpital signifiait forcément y passer plusieurs nuits est révolu. Rares sont les patients qui sont réfractaires à l'idée d'être pris en charge en une seule journée. Cela correspond généralement à un souhait, celui de revenir rapidement à domicile, dans un environnement familial, y compris pour récupérer physiquement si nécessaire et notamment en lien avec des professionnels de ville se rendant chez le patient. On assiste donc un vrai basculement vers la médecine de parcours, où l'hôpital n'est qu'une étape même en cas d'intervention lourde, et où l'articulation avec d'autres professionnels de santé est indispensable. La demande des patients, chroniques notamment, va dans ce sens, et nul doute qu'elle va continuer à s'accroître. Face à cette attente, il est important de s'adapter et de proposer des prises en charge ambulatoires à la hauteur, tant au plan médical qu'hôtelier, en tenant compte d'un contexte très concurrentiel. S'engager résolument dans le virage ambulatoire requiert des investissements auxquels les établissements peuvent difficilement faire face dans le contexte financier actuel. C'est pourquoi la révision des capacités d'hospitalisation conventionnelle apparaît comme un préalable pour disposer des marges de manœuvre indispensables.

1.2.2 Un levier politique et organisationnel

Le redimensionnement capacitaire ne saurait être perçu que comme une contrainte. Il constitue un précieux levier dans la conduite du changement à l'hôpital. Les freins culturels au développement de l'ambulatoire restent forts en particulier au sein de la communauté médicale. Face à cette réserve, la thématique capacitaire peut jouer un rôle de catalyseur. Elle peut conduire à une prise de conscience de la nécessité de considérer

l'hospitalisation complète comme une exception et non plus comme la règle. Pour cela, il faut pouvoir s'appuyer sur des données fiables et établir des projections sérieuses. C'est dans cette optique que le projet AELIPCE a permis d'établir des scénarios de redimensionnement. Il faut en outre que les conditions d'un dialogue institutionnel médico-administratif soient réunies. Dans ce domaine les caractéristiques spécifiques d'un établissement vont fortement jouer, ainsi que le calendrier. Au CHBS, le renouvellement de la Commission médicale d'établissement (CME) et des chefferies de pôles en cours d'année 2015 peut s'avérer être une opportunité ou un frein, selon les personnalités désignées, et l'investissement de chacun dans l'élaboration du projet d'établissement.

Le redimensionnement capacitaire est aussi un levier organisationnel. Les services d'hospitalisation par spécialité, mode d'organisation traditionnel peut s'avérer cloisonnant et peu adapté aux maladies chroniques qui nécessitent des filières de prise en charge plus transversales. L'ajustement capacitaire visant à transformer des lits en places au sein d'unités multi-spécialités peut favoriser une logique de parcours et une approche davantage pluridisciplinaire.

Mais c'est surtout face au défi de l'ambulatoire que l'ajustement capacitaire représente une opportunité majeure. En effet, la réduction des capacités en lits d'hospitalisation complète ne saurait être appréhendée uniquement comme une conséquence du virage ambulatoire. C'est aussi un levier facilitateur. La fermeture de lits d'HC est un moyen, certes radical, d'encourager les professionnels à revoir leurs pratiques et la gestion des flux de patients dans le sens de prises en charge ambulatoires. Elle apparaît même comme l'élément le plus décisif dans les projets de réorganisation visant le développement de l'hospitalisation partielle. Une étude de 2013 menée conjointement par la Haute autorité de santé (HAS) et l'ANAP portait notamment sur un parangonnage visant à identifier les facteurs clés de réussite du développement de la chirurgie ambulatoire. Elle conclut que la réduction capacitaire en lits d'hospitalisation complète est le facteur le plus déterminant sur la croissance de l'activité ambulatoire.

Ce constat s'est déjà illustré dans les faits au CHBS. A la faveur du transfert des activités médicales et chirurgicales sur le nouveau site du Scorff en 2013, il a été procédé à une réduction capacitaire de certains services de chirurgie au vu d'une étude prospective sur l'évolution de leurs modes de prise en charge. Les services d'ophtalmologie et d'ORL ont ainsi été redimensionnés, puisqu'ils sont passés d'une capacité de 24 lits conventionnels à 14, auxquels s'ajoutent 6 lits de semaine.

1.2.3 Dimensionnement capacitaire et filière post-urgences

Le thème du dimensionnement capacitaire ne peut être abordé de façon complète sans traiter également du sujet de la filière post-urgences. Nous avons vu précédemment que le projet d'établissement établissait clairement le lien entre ces thématiques puisque les travaux sur cette filière ont des conséquences sur les capacités en lits.

L'activité d'accueil des urgences suit une augmentation forte et structurelle dans les hôpitaux, le nombre de passages de 2002 à 2012 a augmenté de 30% au plan national³². Ce pourcentage cache une hausse encore plus importante dans certains hôpitaux car dans le même temps plusieurs services d'urgences ont fermé leurs portes. Au CHBS, l'activité progresse à hauteur de 5% par an pour les urgences adultes (et davantage encore pour les urgences médicales pédiatriques). Environ 30% des passages sont suivis d'une hospitalisation, ce qui génère une activité importante et problématique en termes de flux. En effet, les personnes âgées poly-pathologiques représentent la majorité de ces patients et leur hospitalisation en aval des urgences remet en cause l'organisation traditionnelle de l'hôpital en services de spécialités médicales ou chirurgicales. Les services dédiés à ces patients (comme la médecine polyvalente) connaissent des taux d'occupation très élevés et il n'est pas rare que des hébergements hors de l'unité responsable médicalement soient déclenchés dans le cadre de procédures dégradées. L'hôpital subit aussi le manque de lits de moyen et/ou de long séjour sur son territoire³³, ce qui allonge les durées moyennes de séjour dans ses murs.

Le CHBS a lancé un projet de gestion des lits, en lien avec l'ANAP, sur plus d'un an, afin d'évaluer l'organisation actuelle et de réfléchir à la structuration de la filière post-urgences. La problématique, loin d'être une spécificité locale, est liée à la forte augmentation de fréquentation du service des urgences en particulier par des personnes âgées poly-pathologiques pour qui l'hébergement en aval est problématique. Certains services de médecine ont été réorientés comme des services de post-urgences, avec des taux d'occupation (TO) élevés et une rotation importante. Mais la structure actuelle ne suffit pas et il est fréquent qu'un mode dégradé soit déclenché, conduisant à l'hébergement de patients dans des services dont il ne relève pas au plan médical.

³² Source : Rapport IGAS L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé, 2013

³³ Dans le cas du territoire 3 de la Bretagne (Lorient/Quimperlé) le ratio de lits de SSR est supérieur à la moyenne régionale (en sachant qu'un établissement dispose d'un recrutement extra-territorial) mais il y a en revanche un manque avéré de lits en long séjour.

Le groupe de travail a réalisé un audit interne et rencontré de nombreux interlocuteurs afin d'analyser les possibilités de réorganisation. Leur travail a consisté notamment à analyser le dimensionnement capacitaire actuel afin de déterminer s'il était suffisant. Il y a donc un lien important avec notre réflexion sur l'ajustement capacitaire dans le cadre du virage ambulatoire.

Les conclusions du projet de gestion des lits devraient aboutir à la création d'une unité tampon de 15 lits, ainsi qu'à une redistribution des capacités de lits entre l'UHU (unité d'hospitalisation d'urgences) et l'UHTCD (unité d'hospitalisation de très courte durée) d'ici la fin de l'année 2015. L'unité tampon va accueillir des patients dont le diagnostic doit être affiné, qui relèvent de plusieurs spécialités ou qui sont en attente de lits dans un service. Ce sont Les praticiens spécialistes autres services qui seront responsables médicalement des patients de cette unité tampon, seront amenés à de déplacer pour donner des avis. Ce changement de fonctionnement et d'exercice pour les professionnels n'est pas sans générer des interrogations et des réticences.

Cette réorganisation de la filière post-urgences aura nécessairement un impact sur l'analyse du dimensionnement capacitaire de l'établissement, puisqu'elle doit se traduire par une limitation des hébergements en mode dégradé et pourrait de fait réduire le taux d'occupation de certains services de chirurgie. Un suivi de ces indicateurs est donc prévu à la suite de la mise en œuvre.

1.3 La difficulté de construire une réflexion collective autour du dimensionnement capacitaire

Le dimensionnement capacitaire à l'hôpital est un enjeu actuel essentiel comme nous venons de le traiter. Pour autant, il reste un sujet sensible qui se heurte à différents obstacle culturels mais aussi à une pluralité de visions et d'intérêts.

1.3.1 Une barrière culturelle non négligeable

Nous avons commencé à l'aborder, le virage ambulatoire et la nécessité d'ajuster les capacités d'hospitalisation conventionnelle se heurtent à des résistances culturelles non négligeables. L'attachement au service et aux lits est perceptible chez les personnels médicaux, mais pas uniquement. Il a longtemps été de tradition officieuse que l'autorité d'un praticien chef de service se mesurait au nombre de lits de son (ses) unité(s) comme l'illustre cette déclaration de Gilles Bontemps, directeur associé de l'ANAP : « Beaucoup

de chefs de service mesurent encore leur pouvoir au nombre de lits et sont rétifs à la logique d'unités partagées ». Les directeurs ne sont pas forcément en reste puisque les capacités en lits et places d'un hôpital ont souvent et longtemps été considérées comme le témoin de l'importance des responsabilités d'un poste de chef d'établissement. Aujourd'hui il est communément admis que l'activité d'un établissement, à la fois en volume et dans ses spécialités, ainsi que son montant budgétaire sont des indicateurs plus révélateurs.

Cette barrière culturelle se mesure aisément aux difficultés d'organisation que rencontrent les unités d'hospitalisation multi-spécialités, parfois sans praticiens attirés. Au CHBS c'est le cas de l'UCAA, qui compte un médecin anesthésiste comme référent mais aucun praticien affecté uniquement à ce service. Certains médecins apparaissent réticents à l'idée de se déplacer dans cette partie de l'établissement alors même qu'elle héberge des patients relevant de leur spécialité. La même problématique se pose pour la constitution d'une unité tampon, afin de réguler le flux de patients en aval des urgences. Cette unité doit fonctionner avec un seul médecin, généraliste, mais qui n'est pas responsable médicalement de tous les patients. Les praticiens spécialistes doivent donc rendre visite aux patients de ce service ce qui n'est pas sans soulever des mécontentements.

Le contexte actuel de raréfaction des ressources n'est pas aidant puisqu'il génère une méfiance compréhensible vis-à-vis des initiatives de réflexion sur les capacités en lits et places, qui n'apparaissent que comme une nouvelle source d'économies potentielle. Il y a donc une crainte de voir les conditions de travail se dégrader et la charge devenir plus lourde, avec de plus en plus de patients pour un nombre de médecins identique voire réduit.

L'attachement au service de la part des professionnels hospitaliers est tout à fait compréhensible. Il est intimement lié au travail en équipe et à la collaboration entre personnel médical et personnel soignant. L'enquête sociale lancée au CHBS en 2015 pour alimenter les réflexions autour du projet d'établissement dans une logique participative a d'ailleurs clairement montré cette tendance. Le travail en équipe est largement plébiscité, tandis que le service est l'échelon privilégié pour exercer, grâce à des échanges quotidiens et de proximité ainsi qu'une communication de qualité. On constate également dans cette enquête que le pôle trouve difficilement sa place et sa légitimité. Dans ce contexte, les unités de type ambulatoire, multi-spécialités, génèrent sans doute une certaine méfiance, ce qui peut sembler paradoxal car dans cette même enquête, le développement des activités programmées et ambulatoires apparaît comme une priorité selon la majorité des agents. Pour les personnels soignants, il est difficile de

dégager une tendance claire sur la vision de l'ambulatorio. On pourrait croire à priori que les conditions de travail semblent plus attractives du fait de la fermeture la nuit et les week-ends, mais il y a parallèlement une crainte que l'enchaînement des patients génère une pénibilité plus grande. C'est également le sentiment de ne plus exercer dans « son » service, de ne plus avoir « ses » patients qui génère de l'inquiétude.

Ce nouveau paradigme de l'ambulatorio avec ses conséquences capacitaires représente ainsi un défi pour les hospitaliers, ce qui rend indispensable un dialogue institutionnel et une pédagogie adaptée pour faciliter cette transition.

1.3.2 Une pluralité de visions et d'intérêt qui s'opposent

Les réticences face au modèle ambulatorio et les craintes de voir les capacités d'hospitalisation conventionnelle réduites s'expliquent également par des raisons plus pragmatiques. Il est certain que les acteurs hospitaliers n'ont pas tous les mêmes intérêts, dès lors que l'on dépasse la volonté commune d'une prise en charge de qualité des patients.

Parmi les personnels médicaux, on peut distinguer la vision des médecins en position de responsabilité institutionnelle (président de CME, certains chefs de pôle et chefs de service) et des autres praticiens, notamment sur la chirurgie ambulatorio et la nécessité d'une réflexion sur les capacités. Les instances sont régulièrement le cadre de débat sur ces sujets dans lesquels on constate que le virage ambulatorio lui-même est synonyme d'une certaine méfiance et que des résistances se manifestent dès lors que des éventuels changements d'organisation se profilent. Le sujet d'un redimensionnement capacitaire est encore plus sensible.

Dans un contexte financier tendu, la question des capacités est accueillie avec méfiance puisqu'elle est rapidement connotée comme une simple recherche d'économies. Il faut souligner que les équipes ont vu leurs organisations fortement évoluer en 2013 avec le transfert sur le nouveau site. Pour certains services, ce déménagement a déjà été l'occasion d'une réduction du nombre de lits.

On constate également des divergences assez marquées entre médecins, chirurgiens et anesthésistes, et parfois entre spécialités, selon des logiques territoriales ou des mésententes héritées du passé. Selon les disciplines, les praticiens peuvent avoir des lieux d'exercice variés au sein de l'établissement et donc des déplacements et des modes

de fonctionnement plus ou moins lourds. Dès lors que tout projet de réorganisation, surtout lorsqu'il a une conséquence sur le dimensionnement des unités, laisse craindre aux professionnels d'avoir à bousculer leur quotidien et faire évoluer leur fonctionnement habituel³⁴.

Les réorganisations constatées à l'hôpital notamment lors du transfert, et celles à venir vont dans le sens d'un découpage davantage adapté aux parcours de soins qu'aux disciplines médicales. La transversalité devient un mot d'ordre dans l'organisation des flux et des espaces. Des établissements organisent leurs services de chirurgie non plus par disciplines médicales mais par mode de prise en charge (HC ou hospitalisation partielle) et/ou par mode d'entrée (programmé/non programmé). Ces orientations ne sont pas sans conséquence sur l'exercice des professionnels. Les praticiens peuvent avoir plusieurs lieux d'exercice, comme c'est déjà le cas au CHBS. Il en est ainsi pour les gastro-entérologues appelés à intervenir dans pas moins de six unités distinctes : en HC, en HDJ, dans l'unité ambulatoire de médecine, à l'UCAA, dans le secteur de consultations et au bloc opératoire.

Cette pratique d'un exercice médical éclaté et plus difficile cristallise les craintes sur le développement de l'ambulatoire et le redimensionnement capacitaire.

1.3.3 Le redimensionnement capacitaire, sujet à aborder avec prudence

Malgré les nombreuses incitations que nous avons pu voir, il convient de veiller à ne pas hospitalières. Plusieurs facteurs appellent à la prudence.

Le premier élément tient à la démographie, puisqu'il est acquis que la population française connaît une tendance structurelle de vieillissement³⁵. Or, la consommation de soins s'accroît avec l'âge. On sait que la moyenne d'âge des personnes hospitalisées, dans la majorité des spécialités médico-chirurgicales est élevée³⁶. Le recours aux soins a donc vocation à mécaniquement augmenter.

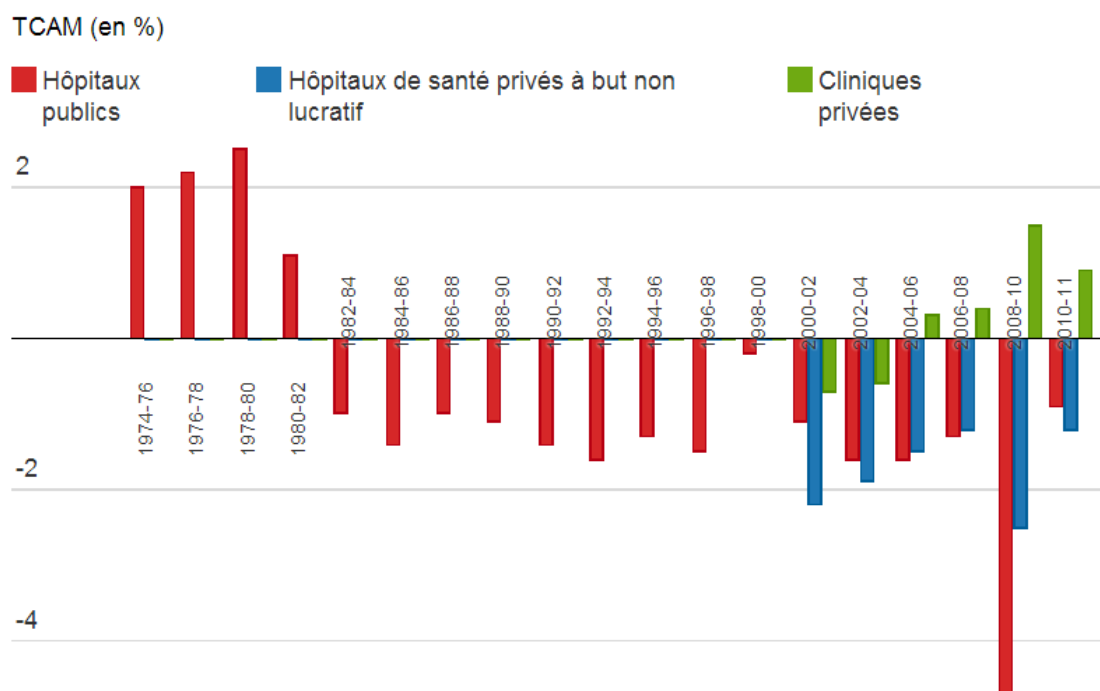
³⁴ La contrainte de la programmation impose une rigueur dans l'organisation du travail entre les visites dans le service, les consultations, les avis fournis aux confrères.

³⁵ En 2050 selon l'INSEE, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005

³⁶ Les personnes de plus de 65 ans représentent en effet 17,1% de la population française (12,6% pour les plus de 70 ans) mais ont concentré en 2010 plus de 40% des prises en charge hospitalières pour l'ensemble des disciplines et tous types d'établissements confondus. (Source : Rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale, 2012)

Le deuxième élément qui conduit à relativiser la tendance aux réductions capacitaires touche à la nécessité de maintenir une offre publique suffisante face à la concurrence privée, qui développe des stratégies parfois expansionniste. Sous l'effet des rachats et des stratégies de groupe (commerciaux ou mutualistes) et grâce aux moyens dégagés par la T2A, de nombreuses cliniques développent des programmes immobiliers ambitieux avec des augmentations capacitaires à la clé, comme en atteste les chiffres ci-dessous.

Figure 1 : Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète par secteur en taux de croissance annuel moyen (TCAM en %)



Source : IRDES

Certes, les établissements privés ouvrent davantage de places que de lits, ayant très bien amorcé le virage ambulatoire et affichant de meilleurs chiffres que les hôpitaux en la matière³⁷. On peut toutefois s'interroger sur la volonté de diversification d'activités et de gains de parts de marché dont ces stratégies expansionnistes témoignent. Réduire à l'excès les capacités d'hospitalisations publiques sur certains territoires, si cela engendre un transfert de séjours vers le secteur privé, pourrait menacer l'accès aux soins pour tous.

Troisième élément à prendre en compte : la saisonnalité des séjours hospitaliers. La période hivernale est souvent synonyme d'encombrement des lits hospitaliers du fait des

³⁷ Ce constat étant à modérer du fait du positionnement initialement plus important des établissements privés dans des disciplines et sur des gestes chirurgicaux plus propices à l'ambulatoire, ainsi qu'à l'âge moyen des patients moins élevé dans les cliniques.

épidémies. Les urgences connaissent de fortes tensions, et cette tendance s'accroît rendant la gestion des séjours post-urgences très complexe. Les procédures dégradées, conduisant à l'hébergement de patients dans d'autres services que celui dont ils relèvent, sont fréquentes et peuvent avoir des conséquences sur la prise en charge. Lors de pics d'activité, le nombre de lits d'hospitalisations ne semble pas excessif, voire peut sembler insuffisant. Cette problématique renvoie bien-sûr à la surcharge des urgences et à la pertinence des hospitalisations par ce mode d'entrée, qui témoignent d'une surreprésentation des personnes âgées poly-pathologiques.

Enfin, il convient de garder à l'esprit qu'avec un mode de financement à l'activité, des fermetures de lits induisent mécaniquement un effet à la baisse sur les recettes, à moins que l'ensemble des séjours basculent vers de l'hospitalisation partielle. L'un des enjeux de la recomposition capacitaire est la réduction de la masse salariale qu'elle doit générer afin d'être justifiée.

Ces arguments ne doivent cependant pas empêcher l'optimisation des flux de patients, et la recherche de l'efficacité en faveur d'une prise en charge du patient adaptée, dans le service adapté, pour une durée adaptée. Les hospitaliers ont conscience qu'il est possible et même souhaitable d'accueillir le même nombre de patients avec un nombre de lits plus restreint, grâce à une organisation revue. Toutefois, il impose un dialogue au niveau institutionnel avec la communauté médicale pour aborder cet ajustement capacitaire.

2 Projections autour de scénarios d'ajustement capacitaire : une démarche projet autour de l'outil AELIPCE de l'ANAP

Pour alimenter la réflexion sur le thème de l'ajustement capacitaire, un projet autour de l'outil AELIPCE a été constitué. Nous reviendrons d'abord sur l'outil en lui-même, qui représente un support méthodologique important, puis sur notre démarche ayant abouti à différents scénarios d'ajustement. Enfin nous analyserons ces résultats au regard du contexte local et de ses problématiques.

2.1 AELIPCE, outil ambitieux au service de la performance des établissements

Nous allons présenter rapidement les nombreuses fonctionnalités de l'outil AELIPCE ainsi que la démarche projet dans lequel il s'inscrit.

2.1.1 Un outil d'efficience globale

L'outil AELIPCE a été conçu et développé par l'ANAP. Diffusée en 2012, cette application est destinée à la fois aux établissements de santé et aux agences régionales de santé.

C'est face au constat de la multiplicité d'outils indépendants d'aide à la décision, dans des champs d'applications très variés (construction, blocs opératoires, dimensionnement d'équipes...) que l'ANAP a entrepris la conception d'un outil global pour l'amélioration de la performance des organisations. Outil d'aide à la décision, AELIPCE permet de modéliser un ensemble d'activités et de tester des hypothèses de prise en charge dans l'optique de concevoir de nouvelles organisations. Il a permis de regrouper et consolider différents outils existants³⁸.

Pour élaborer le programme AELIPCE, l'ANAP s'est entourée de professionnels aux expériences complémentaires : hôpitaux et cliniques (directeurs, ingénieurs, DIM, cadres gestionnaires, contrôleurs de gestion...), agences régionales de santé, cabinets d'architectes.

Les objectifs affichés sont les suivants :

³⁸ Il s'agit notamment des applications « HorizonS Bloc » et « HorizonS Maintenance ».

- Réaliser un état des lieux de son organisation, quel que soit le périmètre : unité (s) de soins, pôle (s), établissement ou groupe d'établissements.
- Évaluer et mesurer la performance d'une organisation au quotidien, d'un projet de réorganisation.
- Optimiser son organisation au regard de l'activité actuelle et de ses prévisions d'évolutions avec une estimation du capacitaire (hospitalisations conventionnelles, lits aigus et ambulatoire).
- Pré-dimensionner un investissement immobilier avec une évaluation en coût global d'une opération sur une période longue, en intégrant l'investissement, la maintenance, les consommations d'énergie et les dépenses d'entretien.
- Évaluer les conséquences économiques et financières d'un projet.

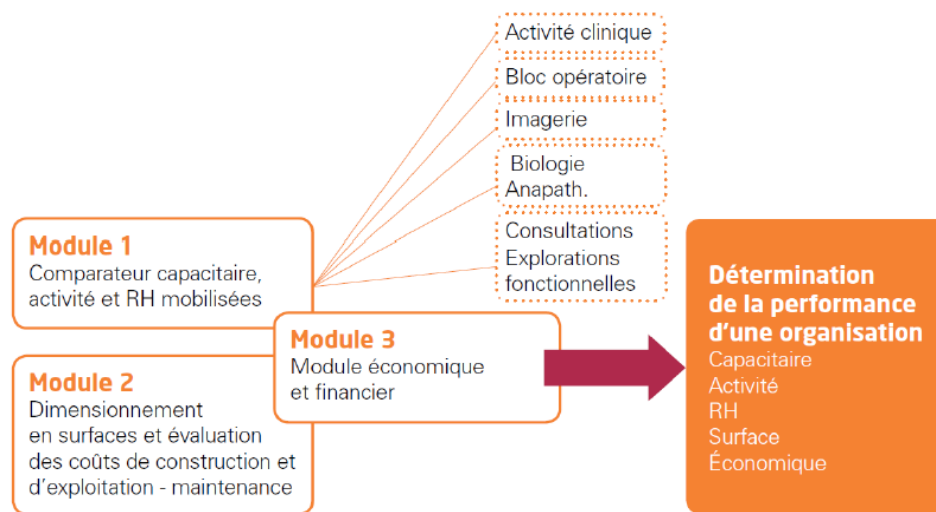
AELIPCE fonctionne à partir de données fournies par l'utilisateur, qui vont servir de base à l'état des lieux de l'activité, et qui s'intègrent dans les champs suivants :

- l'activité (nombre de résumé d'unité médicale (RUM), nombre de séjours, durée moyenne des RUM, part de séjours multi-RUM, niveau de sévérité,...);
- les ressources humaines (maquette organisationnelle, ETP rémunérés, répartition des tâches...);
- le dimensionnement capacitaire;
- la surface;
- les données économiques et financières.

AELIPCE comprend 3 modules complémentaires utilisables conjointement ou indépendamment. Il s'agit des modules organisation, immobilier et financier.

Le module 1 (organisation) est un comparateur capacitaire traitant des données d'activités et des ressources humaines mobilisées. Le module 2 (immobilier) porte sur le dimensionnement en surface. Enfin, le module 3 (financier) permet d'évaluer les conséquences économiques et budgétaires d'une organisation.

Figure 2 : Les 3 modules de l'outil AELIPCE³⁹ :



AELIPCE est installé et utilisé de façon totalement autonome par les établissements, ce qui correspond à une volonté de l'ANAP. Ce type d'application, en « client lourd », est directement exécuté sur le système d'exploitation de l'utilisateur, qui va lui-même installer d'éventuelles mises à jour. Il s'agit d'un gage d'autonomie et de confidentialité des données pour l'utilisateur. A terme, l'ANAP imagine une possible intégration de l'outil dans le SI de l'hôpital, ce qui pourrait fiabiliser les données, simplifier l'utilisation et enrichir les fonctionnalités.

2.1.2 Un outil au service d'une démarche projet

Il est évident qu'un outil ne se suffit jamais à lui-même et c'est pourquoi l'ANAP recommande une utilisation subordonnée à la mise en place d'une équipe projet pluridisciplinaire (personnel médical, paramédical, ressources humaines, direction financière, contrôle de gestion, technique...). Les propositions de modifications d'organisation qui pourraient découler de l'utilisation devront être portées par l'équipe projet. Il est aussi préconisé de désigner un pilote du projet qui sera le référent auprès de tous les acteurs impliqués dans le projet.

Outre la mise en place d'une équipe projet avec un responsable de projet, il est nécessaire préalablement à l'utilisation de l'outil de :

³⁹ Présentation détaillée de chaque module en annexe

- Définir le périmètre d'utilisation de l'outil (unité, pôle,...)
- Définir les scénarios à modéliser
- D'identifier les informations nécessaires pour faire fonctionner l'outil (activité, ressources humaines, capacitaire,...). Le recueil de ces différentes données se fait avant le commencer à utiliser l'outil. Les informations à recueillir sont spécifiées pour chaque onglet.

Le CHBS s'est porté volontaire en début d'année 2015 pour bénéficier d'une formation par l'ANAP à l'utilisation de l'outil AELIPCE. Un groupe projet a été constitué. L'intérêt porté par la direction pour l'outil AELIPCE s'explique, on l'a vu, par la nécessité d'envisager l'ajustement capacitaire en lien avec le projet d'établissement.

Le projet AELIPCE ne consiste pas seulement en une utilisation de l'outil mais nécessite un travail en amont (principalement de récupération de données) et en aval. Les trois phases de ce projet sont les suivantes :

Figure 3 : Phases du projet AELIPCE :



Le constat de départ repose sur la nécessité d'accélérer la transition ambulatoire. L'objectif cible pour le CHBS en matière de chirurgie ambulatoire est fixé à 50% pour la fin 2016. Parallèlement, le recul de 2 ans après l'installation dans le nouvel hôpital du Scorff permet de dresser un bilan des organisations mises en place. Dans le même temps, l'élaboration du projet d'établissement amène à se projeter sur les perspectives d'évolution jusqu'en 2020. La période est donc propice à une réflexion approfondie sur les capacités en lits et places. Elle concerne en premier lieu la chirurgie qui a donc constitué le périmètre d'exploitation, de l'outil AELIPCE et que nous analysons ici.

Une fois le périmètre du projet défini, le travail du groupe projet a été de récupérer les données nécessaires pour que le logiciel soit opérationnel. L'outil AELIPCE n'est pas intégré au SI de l'établissement, il n'a donc pas d'accès automatique à une base de données quelconque. Il est en quelque sorte vierge avant que les bases de données nécessaires ne soient intégrées manuellement. Les données à récupérer puis à intégrer

dans l'outil dépendent de l'utilisation qui en sera faite, mais plusieurs fichiers de base sont nécessairement requis. Il s'agit de :

- données d'activité : le fichier RSS et la base des GHM de l'année précédente ;
- données RH : les effectifs par service ainsi que les charges de personnel par corps de métier mais aussi des données d'absentéisme et de mutualisation par pôle ou d'externalisation de certaines prestations ;
- données sur la structure : le fichier structure de l'hôpital détaillant les unités médicales (UM) et unités fonctionnelles (UF), ainsi que des données sur les modes de fonctionnement et jours de fermetures de ces services ;
- données organisationnelles : les organisations paramédicales de chaque unités ;

D'autres données peuvent être intégrées, portant sur le bloc opératoire ou l'imagerie, selon le projet.

Compiler ces différentes bases peut s'avérer chronophage, mais aussi compliqué selon le degré de maturité du contrôle de gestion et du système d'information de l'établissement. Il convient également de faire un choix de départ sur le périmètre choisi. Dans notre projet, circonscrit aux services de chirurgie, c'est donc uniquement sur ce champ que les données ont été recensées. Il peut aussi être intéressant de saisir un périmètre plus large dans l'outil AELIPCE, par anticipation d'une éventuelle utilisation future.

Une fois tous les documents contenant les données nécessaires centralisés, l'intégration dans AELIPCE se fait par une interface prévue à cet effet et dont l'utilisation est assez simple. Celle-ci met en avant les erreurs existantes dans les fichiers sources, pouvant être bloquantes ou non bloquantes. Le fichier commun de structure (FICOM) peut poser problème s'il n'est pas « propre » c'est-à-dire actualisé et cohérent avec les données d'activités. D'autres aléas peuvent survenir, notamment à cause de caractères *Excel* non reconnus par AELIPCE, et qui peuvent se révéler assez long à corriger.

La partie du projet la plus fastidieuse étant effectuée, l'utilisation de l'outil AELIPCE pour constituer notre situation existante puis nos scénarios s'avère instinctive et efficace. Nous avons utilisé plusieurs fonctionnalités du module 1, comme nous le verrons par la suite. Les scénarios à modéliser ont été définis dans les grandes lignes, avant d'utiliser l'outil. Dans les grandes lignes seulement car comme nous le verrons l'outil a l'avantage de permettre une modulation simple et rapide des données une fois qu'elles sont rentrées dans l'application. Cette aisance nous a incités à ajuster nos scénarios au fur et à mesure de l'utilisation d'AELIPCE.

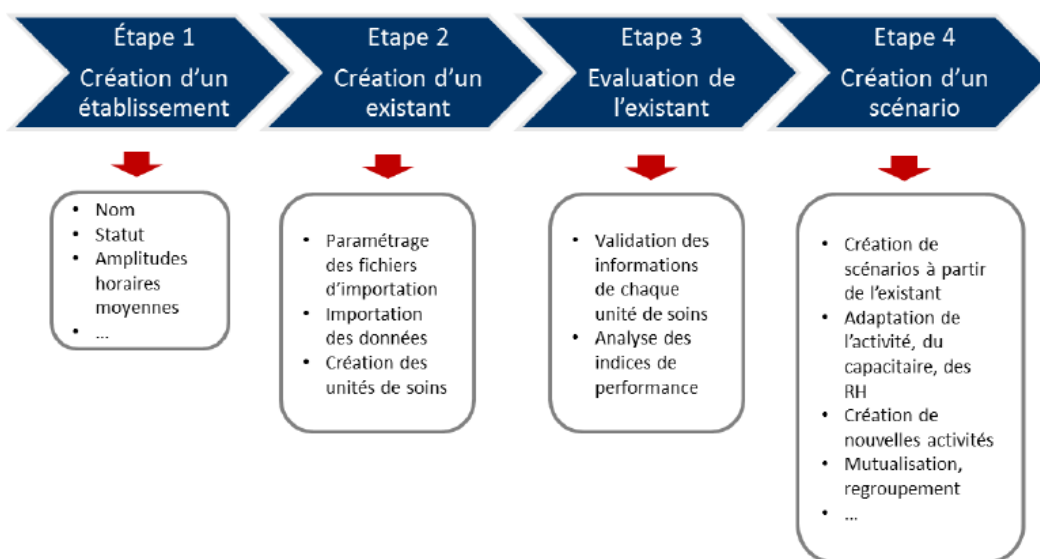
2.2 Une démarche projet favorisant l'émergence d'un dialogue institutionnel sur des hypothèses d'ajustement capacitaire

L'objectif du projet AELIPCE est de modéliser des scénarios et ce dans une démarche projet collective, pluridisciplinaire, favorisant l'appropriation de la thématique capacitaire et de ses enjeux. Nous allons présenter notre usage du module 1 de l'outil, à travers cette dimension.

2.2.1 L'outil AELIPCE, facilitateur d'une démarche collective

Le module 1 d'AELIPCE, nous l'avons vu, permet de comparer différentes organisations en matière de capacités, en lien avec les données d'activités et les ressources humaines mobilisées. Son utilisation se décompose en 4 étapes pour lesquelles nous avons privilégié une approche et un travail collectif et pluridisciplinaire :

Figure 4 : Etapes de l'utilisation d'AELIPCE :



Nous avons déjà présenté rapidement les pré-requis à la création de l'établissement et de son activité (étapes 1 et 2) sur AELIPCE, à savoir la récupération et l'intégration des bases de données. Il faut préciser ici que les caractéristiques de l'établissement peuvent, pour certaines, être ajoutées et modifiées dans le module 1 directement sans devoir réintégrer de nouvelles bases. Cela permet d'affiner des éléments, par exemple les organisations d'équipes paramédicales pour chaque service créé (horaires...). Le travail se fait donc « à la carte » et le niveau de détail dans les services créés sur l'outil

AELIPCE dépend des objectifs poursuivis et des contraintes que cela représente, principalement en termes de temps. Le fait de travailler en collectif et de mobiliser un groupe composé de profils variés va générer un échange sur ces données, les enjeux, et sur différents leviers de performance identifiés.

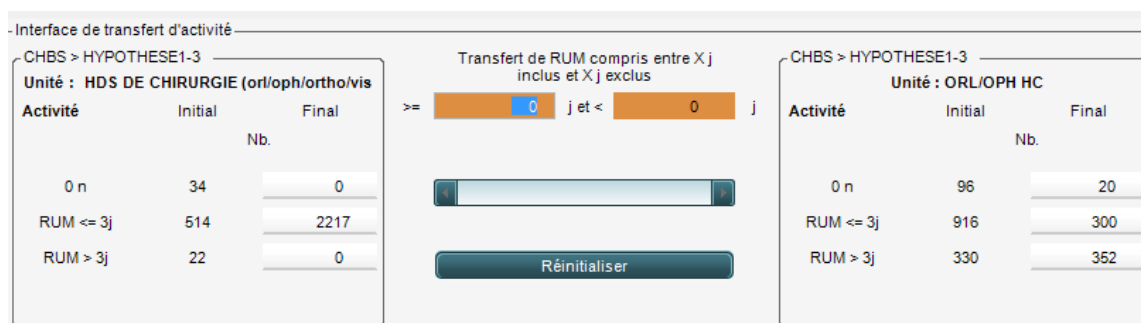
Le module 1 permet, une fois nos services modélisés, d'analyser les organisations actuelles (activité, occupation, équilibre économique, ...). Il s'agit de la troisième étape. Il convient ici également de contrôler les données. On ne peut envisager d'établir des scénarios de réorganisation capacitaire appelés à alimenter un dialogue de gestion institutionnel sans fiabiliser les données sources. Il s'agit en particulier de vérifier que l'activité des services qui nous intéressent (chirurgie) a correctement été importée dans l'outil et imputée aux bonnes unités.

Nous nous sommes donc attachés à vérifier les données relatives aux « hébergements » de patients relevant de médecine en chirurgie. On sait qu'il s'agit d'une pratique qui peut s'avérer régulière pour faire face aux difficultés dans la gestion des lits, d'aval des urgences en particulier. Il est assez fréquent que des patients soient placés dans des services différents de celui dont il relève au plan médical. Généralement ce sont des services de chirurgie qui hébergent des patients relevant de spécialités médicales. La question était donc de savoir si la base issue du PMSI prend en compte le service d'hébergement du patient ou le service de responsabilité médicale. Un élément qui peut varier selon les pratiques au niveau du codage...

Autre travail de vérification nécessaire, le contrôle du mode d'entrée des séjours présents dans notre base. Puisque les patients de chirurgie peuvent entrer par les urgences ou en admission directe, il faut s'assurer que tous les séjours apparaissent dans notre module 1.

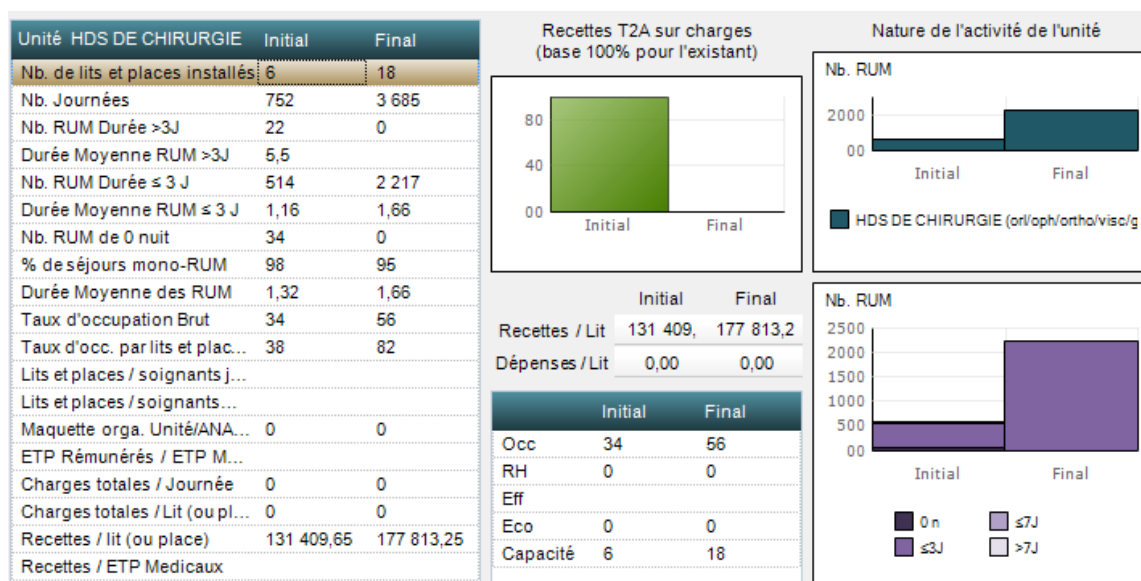
La quatrième étape est la plus intéressante puisqu'elle consiste à créer des scénarios, et à comparer leurs effets organisationnels par rapport à l'existant. Pour cela, il est possible de dupliquer les services existants, d'en ajouter ou d'en supprimer puis de procéder à un transfert des séjours selon des règles choisies. Il est aussi permis d'augmenter le nombre de séjours si une hausse d'activité est anticipée. Les possibilités sont donc nombreuses et l'on perçoit bien tout l'intérêt d'une démarche collective et la richesse des échanges et des propositions de réorganisation que l'outil permet de visualiser rapidement.

Figure 5 : Ecran de transfert de séjours sur AELIPCE :



Entre l'existant et le scénario crée, la comparaison est instantanée, au moyen de quelques indicateurs apparaissant sur l'écran ci-dessous. Une synthèse complète comparant tous les scénarios peut également être visionnée et exportée⁴⁰.

Figure 6 : Ecran de comparaison existant/scénario sur AELIPCE :



2.2.2 Un projet permettant le décloisonnement autour de constats partagés

Comme nous l'avons déjà évoqué, il a été décidé de mettre en place une démarche projet, constitué par un groupe pluridisciplinaire. Le croisement des approches entre les directeurs participants (directeurs d'hôpital, directeur des soins), médecin DIM et

⁴⁰ Synthèse présentée en annexe

contrôleur de gestion s'est avéré précieux. Nous avons également sollicité d'autres directions (ressources humaines, affaires médicales) pour intégrer certaines données, ce qui a permis d'élargir le champ de la démarche.

Le sujet du dimensionnement capacitaire est potentiellement sensible nous l'avons vu, et il est donc intéressant de bénéficier d'un outil adapté dans une démarche structurée pour partager certains constats, décloisonner les acteurs et favoriser les échanges.

Tous les acteurs du projet n'étant pas initialement formés à l'outil AELIPCE, il est apparu nécessaire d'effectuer un premier travail d'information et de formation. Cela permettait en premier lieu d'atténuer certaines craintes sur le fonctionnement et la finalité de l'outil. Des questions ont notamment émergé sur la confidentialité des données (d'activité notamment) rentrées dans le logiciel, et sur une éventuelle utilisation par des tiers (ANAP et ARS en particulier). Nous avons pu atténuer ces inquiétudes, ce qui était indispensable pour travailler ensemble et de façon constructive.

La composition de notre groupe projet a permis de travailler selon une approche globale ce qui est cohérent avec les fonctionnalités de l'outil AELIPCE. Nous avons notamment échangé sur les dimensionnements d'équipes paramédicales, les éléments d'activité et de codage ou encore le découpage de l'établissement tel qu'il apparaît sur le fichier structure. Ainsi, au-delà des scénarios modélisés grâce à AELIPCE, nous avons initié une réflexion globale sur le dimensionnement capacitaire dans le contexte du virage ambulatoire.

Pour appréhender la suite de la démarche le premier bilan de ce groupe projet dans sa composition et son fonctionnement est largement positif. Toutefois, il serait particulièrement intéressant au cours des prochaines réflexions sur le redimensionnement capacitaire, avec AELIPCE ou non, d'associer plus directement un cadre soignant et un clinicien, chef de pôle si possible. Maintenant que différents professionnels sont formés à l'outil AELIPCE et plus familier avec les perspectives possibles en matière d'ajustement capacitaire, il serait en effet bienvenu d'élargir le groupe projet.

2.3 Des scénarios d'ajustement capacitaire à appréhender au regard du contexte local

Dans un contexte de recherche permanente de performance, à la fois exigée par la tutelle et inhérente au modèle économique de la T2A, un travail régulier sur leurs organisations

est indispensable. Les décideurs doivent pouvoir s'appuyer sur des données fiables et des outils performants. Dans ce contexte, AELIPCE peut s'avérer précieux par les nombreuses possibilités qu'il offre. On constate toutefois que de multiples paramètres sont à prendre en compte avant d'envisager une réorganisation et que l'usage d'un outil ne peut suffire à assurer une mise en œuvre.

2.3.1 Trois scénarios de réorganisation

Avant de présenter les scénarios produits, il convient de présenter rapidement la structure existante du CHBS, pour ses activités MCO.

- L'établissement est composé de 589 lits d'hospitalisation complète (441 lits de médecine, 97 lits de chirurgie, 51 lits d'obstétrique) dont voici le détail concernant la chirurgie :

- **Chirurgie orthopédique = 42 lits**
- **Chirurgie viscérale = 25 lits**
- **Chirurgie ORL et ophtalmologique = 14 lits**
- **Chirurgie gynécologique = 16 lits**

- 43 lits d'hospitalisation de semaine (HDS) sont installés, regroupés en quatre secteurs géographiques dans une logique polaire :

- **ORL/Ophtalmologie = 6 lits**
- Oncologie/hématologie = 15 lits
- Endocrinologie = 8 lits
- Pneumologie/cardiologie = 14 lits

- Le CHBS compte enfin 65 places d'hospitalisation de jour (HDJ) à travers :

- deux structures transversales : **une unité de chirurgie ambulatoire (UCAA) de 15 places** et une unité de médecine ambulatoire (UAM) 10 places ;
- des lits d'HDJ répartis dans les pôles :
 - Addictologie = 8 places
 - Oncologie/hématologie/gastroentérologie = 34 places
 - Radiothérapie = 5 places
 - Pédiatrie = 3 places
 - **Gynécologie = 6 places**
 - Médecine gériatrique = 10 places

Au départ, les investigations devaient porter sur trois propositions de réorganisation possible. L'idée était de procéder à un transfert de séjours de l'hospitalisation conventionnelle à l'hospitalisation partielle plus ou moins important selon les scénarios. La logique choisie a été de procéder aux transferts de séjours puis d'utiliser la fonction d'ajustement automatique des capacités d'AELIPCE pour appréhender les conséquences de cette évolution. Les trois scénarios modélisés sont les suivants :

- Le premier scénario porte sur le transfert vers l'UCAA de séjours sans nuitée qui se font hors de cette unité, ils sont qualifiés d'ambulatoire « forain ». Les séjours d'une et deux nuits sont transférés vers l'hospitalisation de semaine. Par ailleurs les deux hôpitaux de jour de gynécologie sont fusionnés, avec une fermeture de trois places. Les hypothèses de taux d'occupation sont fixées à 85%, ce qui correspond à l'objectif fixé aux services de chirurgie en Bretagne dans le cadre du Plan triennal, et à 120% pour l'UCAA, objectifs ambitieux par rapport à la situation existante⁴¹.

- Le deuxième scénario repose sur le transfert des séjours de deux et trois nuits vers l'hospitalisation de semaine, au sein de l'unité HDS ophtalmologie/ORL, qui de fait devient multi-spécialités. En outre, les séjours restant en d'hospitalisation complète de gynécologie sont transférés en chirurgie viscérale et l'unité est fermée.

- Le troisième scénario est basé sur le transfert des séjours d'une et deux nuits de l'HDS à l'UCAA.

Pour les scénarios 2 et 3, nous ne nous basons pas sur l'existant mais sur le scénario précédent de façon à conserver les transferts de séjours déjà effectués. Il s'agit d'une démarche progressive. Autre précision, les transferts ne concernent pas 100% des séjours, nous avons fixé le taux de transfert à 60%. Il s'agit de faire preuve de prudence dans les hypothèses, mais surtout de prendre en compte les hospitalisations suite aux entrées aux urgences pendant les horaires de permanence des soins. L'hospitalisation de semaine est fermée le week-end, tout comme l'UCAA qui est aussi fermée la nuit. De fait, les patients hospitalisés sur ces créneaux horaires le seront en HC.

Les transferts de séjours effectués génèrent des évolutions capacitaires, grâce à la fonction d'ajustement automatique d'AELIPCE. Les paramètres comme le TO peuvent ensuite être modifiés manuellement et les capacités s'ajustent. Voici le récapitulatif des conséquences capacitaires de nos scénarios, par spécialité et par mode de prise en charge :

⁴¹ Le TO en chirurgie (HC) sur 2014 se chiffrait à 81%.

Le TO de l'UCAA sur 2014 était de 100% et à 109% en juin 2015. (Données PMSI)

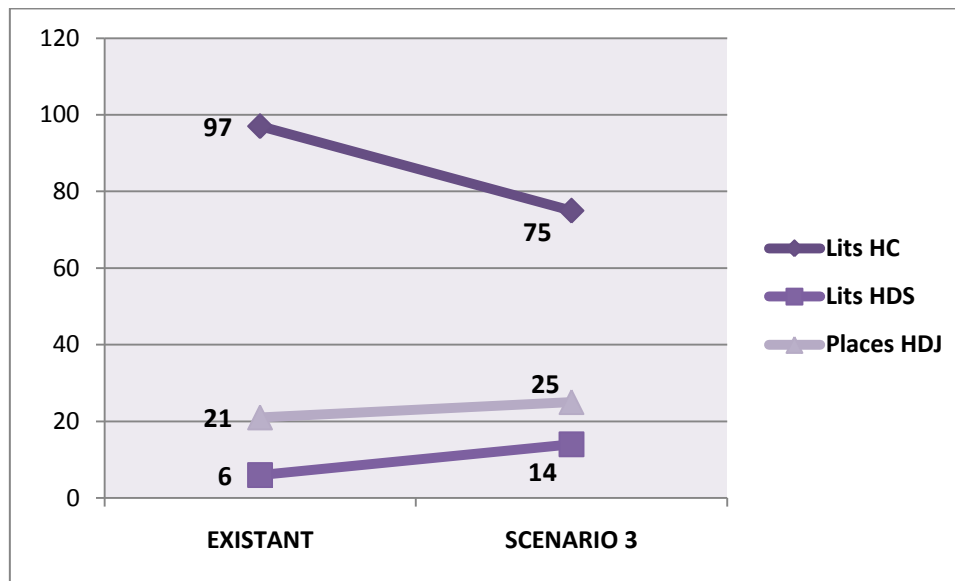
Figure 7 : Détail des lits et places entre l'existant et le scénario 3 :

UNITES	EXISTANT	SCENARIO 3
Chirurgie Viscérale	25	28
ORL/Ophthalmologie	14	10
Orthopédie	42	37
Gynécologie HC	16	0
TOTAL HC	97	75
ORL/Ophthalmologie puis HDS polyvalent	6	14
TOTAL HDS	6	14
Gynécologie HDJ	6	0
UCAA	15	25
TOTAL HDJ	21	25
TOTAL LITS ET PLACES	124	114

On constate dans ces scénarios que la principale évolution demeure la réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète, au profit d'une hospitalisation de semaine. On enregistre la fermeture de 22 lits d'HC dans le scénario 3, ce qui représente -22% de capacité de chirurgie en hospitalisation complète. En HDS dans le même temps, 8 lits supplémentaires sont ouverts. L'unité d'hospitalisation de semaine voit sa capacité plus que doubler, et devenir polyvalente alors qu'il s'agit actuellement d'une unité d'ORL et d'ophtalmologie uniquement. Parallèlement les activités de gynécologique sont entièrement redistribuées puisqu'il n'y a plus d'unité dédiée à cette spécialité dans notre 3^{ème} scénario. Les hospitalisations complètes sont réparties entre le service de chirurgie viscérale pour celles qui nécessitent au moins 3 nuits d'hospitalisation, et les hospitalisations partielles réparties entre l'unité d'HDS polyvalente et l'UCAA. Comme nous le verrons par la suite, la concrétisation d'un tel changement au niveau architectural peut s'avérer complexe.

Au final, l'hospitalisation partielle (HDS et HDJ) gagne 12 lits et places dans notre troisième scénario, ce qui représente une hausse de 44% par rapport à nos capacités actuelles. Sur l'ensemble des capacités de chirurgie (HC, HDS et HDJ) la réduction capacitaire modélisée ici est 10 lits, soit 8%.

Figure 8 : Récapitulatif de l'ajustement capacitaire entre l'existant et le scénario 3 :



Il est intéressant de comparer ce chiffrage avec la « capacité cible après optimisation » estimée par les autorités de tutelle dans le cadre du Plan triennal à 79 lits de chirurgie (HC et HDS). Notre analyse à partir de l'activité (basée sur les données les plus fines dont ne dispose pas l'ARS) et construite sur des hypothèses prudentes, ne permet pas d'envisager une telle réduction capacitaire à court terme.

2.3.1 Des scénarios utiles mais qui se heurtent à d'autres paramètres

AELIPCE s'avère être un logiciel performant d'aide à la décision. Une fois opérationnel grâce aux données intégrées dans l'outil, il se révèle assez simple d'utilisation et riche en termes de possibilités. L'étape d'intégration des bases de données peut toutefois être longue et problématique. Nous avons constaté l'importance d'avoir une base PMSI propre et un fichier structure à jour. La récupération des bases peut aussi être chronophage pour des raisons organisationnelles propres à l'établissement.

Mis à part ces complications éventuelles, les fonctions de l'outil AELIPCE sont riches, et permettent :

- de faire un diagnostic d'une organisation médico-soignante au regard d'indicateurs d'activité et économiques
- de construire et comparer des scénarios d'organisation en prenant en compte différentes variations (activité, T2A...)
- de mesurer les conséquences de chacun des scénarios sur les aspects capacitaires, de surface, économique, d'exploitation et d'investissement.

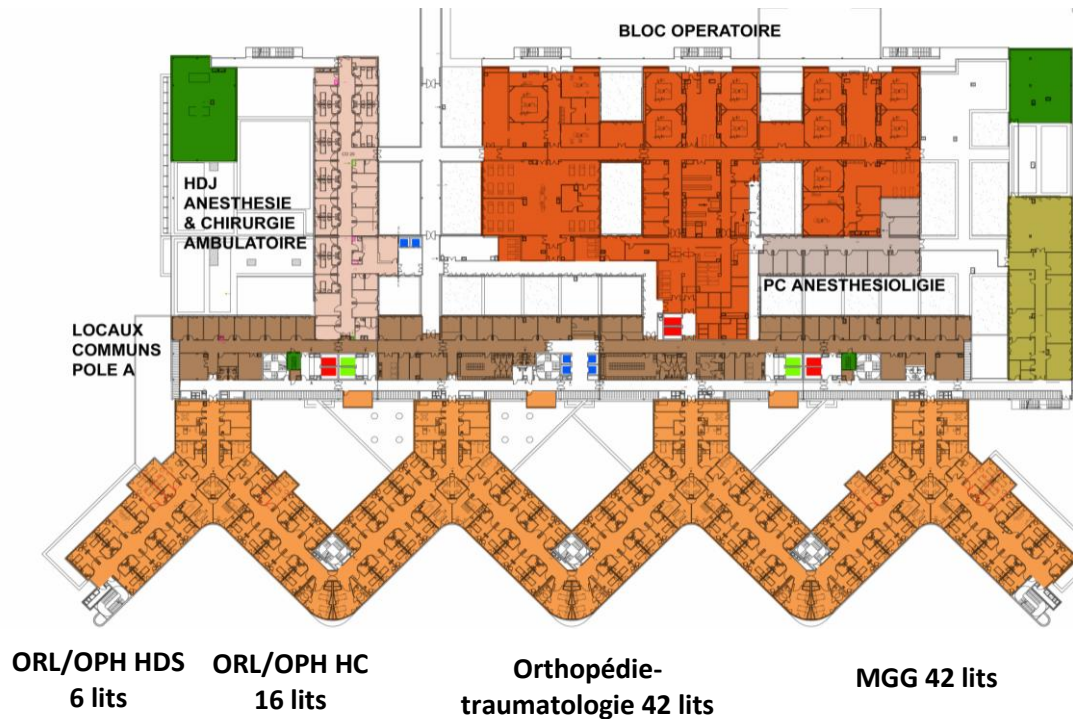
AELIPCE peut ainsi permettre d'alimenter un projet de réorganisation avec des données fiables et partagées, comme cela a été le cas au CHBS.

L'outil offre des possibilités d'import et d'export de fichiers ce qui peut permettre la comparaison d'hypothèses entre plusieurs, éventuellement dans le cadre du dialogue de gestion avec sa tutelle ou dans le cadre de l'analyse d'un projet immobilier. On sait d'ailleurs que la fiabilité des données d'activité ou économiques sont souvent source de discordance entre les établissements et les ARS, qui posent parfois des diagnostics à partir de chiffres anciens et/ou qui ne correspondent pas à ceux connus au sein de l'hôpital. On pourrait donc imaginer un dialogue simplifié et plus objectif grâce à l'outil AELIPCE à condition que chaque partie soit formée et dispose des mêmes données sources.

Une fois utilisé pour modéliser des scénarios avec le module 1, AELIPCE peut être employé pour traiter les questions architecturales dans le module 2. Ceci n'est pas le cas lorsque le projet de réorganisation ne comporte pas de restructuration ou de reconstruction de tout ou partie d'un hôpital. Le CHBS étant installé depuis 2013 sur un nouveau site, notre projet ne comportait pas de volet architectural, c'est pourquoi seul le module 1 a été utilisé. Dans ce contexte, les réorganisations qui pourraient être envisagées après l'utilisation d'AELIPCE le seront dans la configuration architecturale existante. On peut considérer cette position comme une limite de l'outil, dans la mesure où les dimensionnements apparaissant comme optimaux dans le logiciel peuvent s'avérer peu adaptés aux contraintes locales voire tout simplement irréalisables.

Les possibilités architecturales de l'hôpital du Scorff sont donc à prendre en compte dans la mise en œuvre éventuelle de réorganisations issues des scénarios bâtis avec AELIPCE. A ce titre il convient de prendre en compte que l'établissement se décompose en deux parties, bien que formant un ensemble architectural. La première partie comprend l'ancien hôpital militaire, reconstruit en 2007 pour accueillir l'ensemble des activités de pédiatrie et de gynéco-obstétrique du CHBS. La seconde partie ouverte en 2013 est composée des activités de médecine-chirurgie et du plateau technique à l'exception d'un bloc opératoire dédié à la chirurgie gynécologique et aux salles d'accouchement présent dans la partie la plus ancienne.

Figure 9 : Conception architecturale de l'hôpital du Scorff (exemple du 1^{er} étage) :



Comme on le voit sur cette illustration, la partie la plus récente de l'hôpital est basée sur des plateaux d'hospitalisation comprenant 4 zones de 28 lits. Les 4 étages supérieurs sont conçus de la sorte. Les locaux de circulation, de stockage, administratifs ainsi que le plateau technique sont situés dans la partie centrale. Dans l'exemple ci-dessus le bloc opératoire est situé dans cette partie, ainsi qu'à proximité immédiate l'UCAA, tout comme les services de chirurgie présents à cet étage à savoir l'ORL/ophtalmologie et l'orthopédie.

Cette structuration en vagues permet une certaine souplesse dans le découpage des unités puisqu'il n'y a pas de fermetures entre les modules. Le nombre de lits de chaque unité peut donc évoluer selon les besoins, et en prenant en compte le dimensionnement de l'équipe médico-soignante. La partie de l'hôpital abritant le pôle femme-mère-enfant ne permet pas autant de possibilités.

Les obstacles à une mise en œuvre ambitieuse et rapide de l'ajustement capacitaire imaginé ne sont pas que d'ordres architecturaux. Comme nous l'avons vu, le sujet est sensible et les résistances de professionnelles bien réelles. De fait, des changements organisationnels comme une réduction de capacité en HC doivent s'accompagner d'une vraie volonté de faire évoluer ses pratiques, notamment dans la gestion des lits. Si ce n'est pas le cas, on peut s'attendre à ce que la nouvelle organisation soit rapidement

discréditée car non adaptée à l'activité. On sait par exemple que les praticiens jouent un rôle clé dans l'application des taux de rotation et donc la disponibilité des lits selon la fréquence et l'échelonnement des sorties de patients. Ce rôle peut se transformer en capacité à bloquer une nouvelle organisation, ce qui sera le cas si les durées moyennes de séjour s'allongent avec une capacité réduite. Une telle situation serait imputée à un manque de lits alors que la gestion des flux en serait la cause.

Cette limite rappelle l'impérieuse nécessité d'impliquer les professionnels et en particulier la communauté médicale dans les réflexions sur le dimensionnement capacitaire, et nous avons vu que la constitution d'un groupe projet pluridisciplinaire était un bon levier pour engager un dialogue.

3 Perspectives sur la déclinaison des orientations du projet d'établissement en termes d'ajustement capacitaire

Le projet d'établissement accorde une place importante au volet capacitaire dans le contexte du virage ambulatoire et la démarche projet autour de l'outil AELIPCE a permis à la fois de dialoguer sur ce sujet sensible mais également de produire des scénarios d'ajustement. Nous allons présenter la déclinaison de ces scénarios prévue à court et moyen terme, puis appréhender le levier que peut représenter la contractualisation interne dans cette optique. Nous finirons par une projection sur la politique d'ajustement capacitaire et les interrogations des hospitaliers à ce sujet.

3.1 Des projets d'ajustement capacitaire à court et moyen terme en application directe des orientations du projet d'établissement

Il s'agit ici d'identifier les projets capacitaires à court et moyen terme qui viendront concrétiser la démarche AELIPCE en s'inscrivant dans les orientations stratégiques du projet d'établissement.

3.1.1 Une réorganisation planifiée de certains secteurs chirurgicaux

L'adaptation des capacités en lits et place apparaît dans le projet d'établissement comme la composante d'une des orientations stratégiques. Pour déterminer un plan d'action et appliquer notamment les leçons retirées de la démarche AELIPCE, deux options se présentent à la direction de l'établissement. La première consiste à déterminer un programme chiffré mais elle relèverait davantage d'une photographie qui risquerait d'être obsolète rapidement ; d'autant qu'un scénario d'ajustement théorique peut se heurter à diverses contraintes. La seconde option repose sur la définition d'une tendance évolutive vers un accroissement de la part d'hospitalisation partielle. C'est cette dernière qui est privilégiée.

Le premier constat retiré de la démarche AELIPCE est celui d'un surdimensionnement de l'hospitalisation complète de chirurgie gynécologie. Nous avons d'ailleurs simulé une fermeture de ces lits d'HC dans les scénarios 2 et 3. A partir de ce constat, une discussion a pu s'amorcer avec le président de CME, l'encadrement du pôle puis les praticiens du service concerné. Une démarche en deux temps a donc été décidée après concertation.

Dans un premier temps, l'unité d'hospitalisation complète de gynécologie va être transformée en unité d'HDS. Les professionnels du service ont assez rapidement accepté cette réorganisation dans la mesure où le service est faiblement occupé le week-end. Un gain d'efficacité est donc attendu à fermer l'unité à partir du vendredi soir. L'organisation de l'équipe médicale et paramédicale va devoir être revue en conséquence. Pour adapter les circuits patients et notamment pour assurer la permanence des soins, il a été décidé que les patientes qui arrivent en fin de semaine ou le week-end seront directement hébergées en service de chirurgie viscérale. L'architecture rend ce mode de fonctionnement possible dans la mesure où les deux services sont au même niveau, bien qu'étant dans deux parties différentes de l'hôpital.

Après mise en œuvre et évaluation de cette première étape, une seconde réorganisation est envisagée. Les unités de gynécologie et de chirurgie viscérale pourraient être regroupées, en une unité pluridisciplinaire dotée de lits d'hospitalisation de semaine comme nous l'avons imaginé avec AELIPCE. Cette nouvelle organisation présenterait plusieurs avantages. Elle permettrait tout d'abord de rapprocher la chirurgie gynécologique du bloc opératoire ce qui pourrait inciter les praticiens à développer davantage encore l'ambulatoire. Elle serait aussi le moyen d'améliorer la gestion des lits et d'optimiser le taux d'occupation grâce à la souplesse d'avoir plusieurs spécialités dans la même unité. Elle autoriserait un dimensionnement plus efficient en termes d'équipe paramédicale.

D'autres projets seront mis à l'étude dans les mois qui viennent, sur la base du travail effectué avec AELIPCE qui a montré un surdimensionnement de certaines unités d'hospitalisation complète. De nombreux paramètres devront toutefois être pris en compte. Pour analyser dans les mois qui viennent les effets de la filière post-urgences qui a été repensée comme nous l'avons vu. Des conséquences sur les taux d'occupation en chirurgie peuvent en être attendues. Il faudra également surveiller l'évolution générale de l'activité, la part de chirurgie ambulatoire, et les indicateurs liés au bloc opératoire en sachant que de nouveaux opérateurs doivent prendre leurs fonctions avant la fin d'année.

Dans un contexte d'hôpital neuf, les ajustements envisagés grâce à AELIPCE s'inscrivent à la marge, en tout cas dans un premier temps. La réduction de la capacité d'HC à hauteur de quelques lits n'aura qu'un impact limitée sur l'efficacité organisationnelle et économique.

3.1.2 La possibilité d'une refonte plus ambitieuse de la chirurgie

Même si les projets capacitaires que nous venons de voir s'inscrivent bien dans les orientations du projet d'établissement, on peut considérer qu'il s'agit d'un ajustement limité. Une réorganisation plus profonde de l'activité chirurgicale à moyen terme est évoquée.

L'objectif affiché est de renforcer et de valoriser la chirurgie programmée et l'ambulatoire. Actuellement la chirurgie non programmée occupe une part importante de l'activité, ce qui ne crée pas des conditions favorables pour une gestion efficace des flux et des équipes et un développement de l'ambulatoire. Bien-sûr, l'hôpital reste soumis à la nature et au volume d'activité en provenance des urgences, ainsi qu'à la répartition des activités entre les établissements de l'agglomération. Du fait des caractéristiques locales (poids de la traumatologie, absence de chirurgie vasculaire et urologique sur l'établissement), le développement de l'ambulatoire s'avère plus complexe.

Cette réorganisation porterait sur la redéfinition des unités de chirurgie, non plus par spécialités mais par mode de prise en charge. Trois unités distinctes seraient ainsi constituées : une consacrée à la chirurgie non programmée, une spécifique pour l'activité programmée et enfin la dernière dédiée à l'ambulatoire. C'est un choix qui a déjà été retenu par différents établissements.

Une telle organisation présenterait différents avantages. Le premier est la simplification des flux et donc de la gestion des lits, sous réserve d'un juste dimensionnement de ces unités. L'outil AELIPCE pourrait s'avérer particulièrement utile pour simuler un scénario de la sorte afin d'en évaluer les conséquences. Les capacités de ces unités pourraient être fixées de manière souple, avec des glissements possibles selon les besoins : à titre d'exemple, l'unité de chirurgie non programmée passerait de 15 à 16 lits en cas d'afflux aux urgences pour motifs chirurgicaux. Cette configuration doit être compatible avec l'architecture existante et on peut imaginer que les ailes d'hospitalisations de l'hôpital du Scorff se prêteraient à un tel fonctionnement. Un autre avantage serait le regroupement de toutes les activités chirurgicales dans un même secteur, à proximité du bloc opératoire.

Cet hypothétique projet de réorganisation se heurterait bien entendu à différents obstacles et à certaines résistances. On l'a déjà abordé, la question des modes et des lieux d'exercice est une question sensible à l'hôpital notamment pour les chirurgiens. Dans ce nouveau cas de figure, les spécialistes seraient sans doute réticents, dans un premier temps, à voir leur service devenir « généraliste » et ainsi devoir abandonner une

unité dédiée à leur discipline. Dans les faits, ils garderaient l'usage d'un certain nombre de lits de manière plus ou moins souple. Les praticiens devraient également se résoudre à prendre en charge des patients dans chacun des secteurs, simultanément, ce qui incite à une proximité géographique immédiate. Une pédagogie particulière serait à dispenser vis-à-vis des représentants des usagers, pour bien expliquer le sens de cette organisation et le maintien de la même exigence de qualité des soins.

3.1.3 Le découpage polaire, atout ou frein ?

Dans la démarche d'élaboration du nouveau projet d'établissement, des questions ont logiquement émergé sur le découpage polaire. Pour l'heure, il n'y a pas eu de remise en cause majeure mais des ajustements, et des perspectives de gouvernance territoriale de certains pôles⁴². La structure polaire actuelle se décompose comme suit :

- Pôle A : Urgences, ORL, Ophtalmologie, Orthopédie, Addictologie, Médecine légale.
- Pôle B : Dermatologie, Oncologie-Radiothérapie, Hématologie, Hépatogastro-entérologie, Chirurgie viscérale.
- Pôle C : Cardiologie, Pneumologie, Diabétologie-Endocrinologie, Nutrition, Médecine du sport.
- Pôle D : Médecine polyvalente, Maladies infectieuses-Médecine interne, Rhumatologie, Neurologie, Réanimation., Néphrologie, Hémodialyse.
- Pôle E : Biologie, Pharmacie, Anesthésie, UCAA, Bloc opératoire, Unité mobile de la douleur, Equipe mobile de soins palliatifs, Hygiène hospitalière,
- Pôle F : Gynécologie-Obstétrique, Pédiatrie.
- Pôle G : Gériatrie.

On constate que la logique inhérente à ce découpage est celle des filières de soins, qu'elles soient médicales ou médico-chirurgicales. Cette logique polaire met notamment en exergue la filière cancérologique, activité majeure du CHBS, à travers le pôle B. En revanche, la chirurgie en tant que tel s'en trouve quelque peu éclatée, entre le pôle A, B, E et F. L'UCAA et le bloc opératoire, font partie du pôle E qui est à dominante médicoteknique. Il est à noter également qu'aucun des chefs de pôle n'est chirurgien (ce qui pourrait évoluer dans les prochaines semaines).

⁴² Des chefs de pôle communs, pour un ou deux pôles, pourraient être désignés entre le CHBS et le CH de Quimperlé dans le cadre de la CHT des Pays du Sud Bretagne et dans la perspective du groupement hospitalier de territoire (GHT).

Ce découpage polaire met en avant des points forts de l'hôpital, mais n'est pas forcément le meilleur levier pour développer la chirurgie programmée et l'ambulatoire. Le manque de représentation des chirurgiens dans la gouvernance est également problématique notamment pour aborder les questions capacitaires qui sont sensibles, comme nous l'avons vu, et qui concernent les disciplines chirurgicales en particulier.

On peut là aussi évoquer des évolutions possibles, qui restent assez hypothétiques mais qui peuvent nous permettre d'imaginer un levier en faveur de la chirurgie ambulatoire. La constitution d'un nouveau pôle à caractère uniquement chirurgical, comprenant l'UCAA et le bloc opératoire présenterait sans doute des avantages. Au niveau de la gouvernance, cela donnerait l'opportunité aux chirurgiens et anesthésistes d'être représentés et de porter des projets en faveur du développement de la chirurgie, ce qui n'est pas forcément le cas lorsque les chefs de pôles sont uniquement issus de disciplines médicales. Dans le cadre de la délégation de gestion que nous aborderons en dernière partie, cette organisation favoriserait l'esprit d'initiative parmi la communauté chirurgicale, qui pourrait ainsi bénéficier directement du développement de son activité. Mais le risque de voir apparaître une césure entre les chirurgiens et les autres praticiens est non négligeable. Cela serait fortement préjudiciable dans le cadre des nombreuses filières transversales médico-chirurgicales mais aussi dans la gestion des séjours post-urgences, que nous avons déjà évoqué, et qui nécessite l'implication de tous.

Cette hypothèse d'un redécoupage polaire qui placerait la chirurgie comme autonome serait sans doute un moyen d'aborder plus facilement la thématique du redimensionnement capacitaire. Pour autant, au CHBS comme dans d'autres établissements, les praticiens pouvant incarner cette volonté et prendre la tête d'un pôle chirurgical sont assez rares. Dans l'état actuel des réflexions sur le projet d'établissement et en période de renouvellement des chefferies de pôle⁴³, cette perspective ne semble pas d'actualité. En revanche, il est prévu que la contractualisation avec les pôles soit actualisée, et il s'agit là d'un levier prometteur en matière de gestion des capacités en lits, comme nous allons le voir.

3.2 La contractualisation, levier pour définir et mener une politique d'ajustement capacitaire ?

Les réorganisations abordées dans la partie précédente pourraient avoir une incidence sur le découpage polaire, ce qui renvoie à la politique de contractualisation de

⁴³ Fin septembre 2015

l'établissement. Depuis 2005 les hôpitaux ont développé des politiques, plus ou moins ambitieuses, de contractualisation interne entre la direction et les pôles. Mode de pilotage responsabilisant, basé sur une délégation de moyens au service d'objectifs partagés, elle est un levier majeur pour impliquer la communauté médicale dans la gestion. On peut alors s'interroger sur l'intégration d'éléments d'ajustement capacitaire dans la politique de contractualisation.

3.2.1 La contractualisation interne, mode de pilotage autour d'objectifs partagés

Si l'organisation polaire a été progressivement généralisée, les modalités de fonctionnement mises en œuvre par les établissements sont variables, selon la taille et les spécificités des hôpitaux. Cette variabilité concerne, en premier lieu, les contrats que les chefs de pôles signent avec la direction de l'établissement. Si ceux-ci sont généralisés ou presque dans les CHU et CH les importants, la formalisation décroît en fonction de la taille de l'établissement⁴⁴.

Le contenu des contrats, lorsqu'ils existent, varie également. Les éléments suivants y figurent de manière quasiment systématique : objectifs d'activité, données d'efficience médico-économique et indicateurs qualité. D'autres contenus peuvent apparaître selon les types d'établissements et leur degré de maturité : objectifs liés à l'enseignement et à la recherche, éléments du projet d'établissement...

Rappelons que l'ordonnance du 02 mai 2005 énumère un certain nombre d'éléments devant figurer dans le contrat à savoir : « les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. »

La délégation de gestion, elle, « fait l'objet d'une décision du directeur. » On constate également des objectifs et des périmètres de délégation plus ou moins avancés selon les hôpitaux. Dans les formes les plus courantes, la délégation porte sur des achats en équipement ne dépassant pas une certaine enveloppe, la gestion de mensualités de remplacement dans les mêmes limites, voire un intéressement aux résultats basé sur le résultat analytique du pôle.

⁴⁴ Moins de 40% des CH dont le budget est inférieur à 60 millions d'euros sont concernés

Peut-on imaginer, dans ce contexte, que les contrats de pôle et la délégation de gestion puissent comporter des éléments sur les capacités en lits et places du pôle ? L'ordonnance de 2005 parle notamment des « indicateurs de suivi des pôles d'activité », ce qu'on peut considérer comme une définition assez large. Des indicateurs portant sur les capacités en lits et places peuvent donc s'inscrire dans ce périmètre.

Nous pouvons ainsi imaginer une autonomie des pôles dans la gestion des capacités en lits et places. Cela pourrait prendre la forme d'une fixation d'objectifs de réduction capacitaire par pôle avec une liberté laissée à ceux-ci dans les modalités d'y parvenir. Une telle délégation permettrait une vraie appropriation de l'enjeu capacitaire par les professionnels et faciliterait une vision globale du sujet (gestion des flux, efficience médico-économique, optimisation des espaces...). Il pourrait également être intéressant dans ce contexte de former l'encadrement de chaque pôle à l'outil AELIPCE pour encourager la réflexion sur l'activité, le dimensionnement et l'efficience du pôle.

Il faut toutefois admettre qu'un chemin important reste à parcourir avant de pouvoir concrétiser une délégation de gestion aux pôles aussi ambitieuse.

3.2.2 La maturité du dialogue de gestion et des outils, facteur clé de réussite

Dès lors que l'on aborde la question de la délégation de gestion, la question des pré-requis apparaît. Une certaine maturité est indispensable, tant dans le dialogue de gestion que dans les outils à son service.

Le dialogue de gestion entre la direction et les pôles doit aller de pair avec la nouvelle gouvernance. Force est de constater que la maturité de ce dialogue est très dépendante de celle des chefs de pôle. Il n'est pas question ici d'établir un constat définitif mais on peut tout de même énoncer quelques tendances générales, citées notamment dans le rapport de l'IGAS sur le sujet⁴⁵. Un certain nombre de chef de pôle font preuve d'un intérêt clair pour la gestion médico-économique et favorisent ainsi la constitution d'un dialogue de qualité et la mise en place d'une véritable délégation. D'autres praticiens occupent cette fonction sur le mode de la chefferie de service, autrement dit par le biais d'une position reconnue dans leur discipline. Enfin, les considérations interpersonnelles interviennent forcément dans le processus, générant des démarches d'opportunité.

⁴⁵ IGAS, Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, février 2010

Un constat global s'impose, encore aujourd'hui le pilotage du pôle est davantage médico-soignant que médico-économique. De plus, les chefs de pôle sont majoritairement demandeurs d'une compensation du temps médical non effectué, et font largement remonter un besoin de formation inscrit dans la réglementation. Ces deux sujets conduisent à une certaine professionnalisation de la fonction et peuvent ainsi contribuer à consolider le dialogue de gestion. Ce sont clairement des facteurs de succès dans la délégation de gestion, préalables à l'inscription d'objectifs de réduction capacitaire dans les contrats de pôle.

Les outils de gestion constituent également un facteur de succès dans la nouvelle gouvernance, même s'ils ne peuvent évidemment se substituer ni aux compétences ni à une bonne organisation.

C'est également du côté des directions que des évolutions sont possibles pour favoriser une délégation de gestion plus ambitieuse, en interrogeant leurs missions et leur mode de fonctionnement dans le sens d'une gouvernance partagée qui serait bénéfique à l'ensemble de l'établissement. Pour illustrer cette question, en lien avec le sujet de la gestion des lits, le rapport de l'IGAS relate cette situation d'un CHU où *« un chef de pôle gériatrie expliquait avoir voulu obtenir la fermeture de lits pendant le week-end, avec le renvoi des patients dans les EHPAD jusqu'au lundi, pour mettre en place un système d'hôpital de semaine. Le changement a été mis en place, et l'absentéisme a de fait fortement diminué le week-end, mais la direction s'oppose néanmoins à la fermeture des lits. »*

On constate qu'un chemin important reste à parcourir pour pouvoir favoriser une délégation de gestion ambitieuse, et le CHBS ne fait pas exception. La nomination de nouveaux chefs de pôles ainsi que la rédaction des projets et contrats polaires à venir représentent une réelle opportunité.

Les orientations du projet d'établissement sont, à ce titre, porteuses d'ambition en matière de contractualisation et de délégation de gestion. L'objectif premier est de « définir des règles de gouvernance claires et équilibrées » et ce, afin de :

- structurer le dialogue de gestion ;
- repenser la politique de contractualisation ;
- approfondir la délégation de gestion aux pôles médicaux.

3.3 Les perspectives sur la politique de réduction capacitaire et les interrogations des hospitaliers

La déclinaison des orientations du projet d'établissement va être l'occasion de concrétiser l'ajustement capacitaire par le biais de différents projets, et la refonte de la contractualisation interne apparaît comme une opportunité. Ces perspectives n'empêchent pas des interrogations, à la fois sur la démarche AELIPCE, et plus largement sur la politique nationale de réduction capacitaire.

3.3.1 AELIPCE, des interrogations sur les finalités plus que sur l'outil

Après avoir participé au projet autour d'AELIPCE au CHBS et à la suite de différents entretiens avec des utilisateurs (hospitaliers, ARS) ainsi qu'avec l'ANAP, il est important de synthétiser les différents avis sur cet outil et ses finalités réelles ou supposées.

Les retours des hospitaliers interrogés sur l'outil AELIPCE sont globalement positifs, en tout cas sur ses fonctionnalités et les possibilités qu'il offre. Les directeurs qui ont été formés à l'outil AELIPCE ou qui ont piloté un groupe projet utilisateur, soulignent l'intérêt de l'outil et ses fonctions, notamment sur la simplicité de modéliser des scénarios et de les comparer. Les hospitaliers engagés dans des projets de reconstruction, qui ont eu l'opportunité d'utiliser AELIPCE de façon complète (module 1 et 2 voire 3) mettent en avant son utilité à la fois au plan méthodologique et technique mais aussi dans le dialogue qu'il permet d'instaurer avec la tutelle.

Certains préfèrent toutefois se montrer prudents sur des fonctionnalités de l'outil AELIPCE. Rappelons qu'il dispose de données correspondant à un modèle-type qui permet de se comparer, c'est le cas notamment des effectifs soignants dans les services. Il s'agit pour reprendre le vocabulaire d'AELIPCE de « bonnes pratiques en matière d'organisations médico-soignantes » qui vont en quelque sorte alerter l'utilisateur qui affiche des effectifs supérieurs à cette norme (pour des unités entre 25 et 32 lits). Or les directeurs font remarquer que ces normes en question sont plutôt à considérer comme des effectifs minimums, ne prenant pas en compte des critères architecturaux et encore moins le degré de sévérité de la patientèle. L'ANAP nous a indiqué que la dernière mise à jour de l'outil devait justement permettre de prendre en compte des éléments qualitatifs sur l'état de santé des patients.

Certains directeurs soulèvent une interrogation sur une utilisation externe éventuelle de l'outil. Dans la présentation de l'outil AELIPCE, l'ANAP, précise qu'il « n'est ni outil normatif, ni un outil de programmation hospitalière. Il s'agit d'un outil de dialogue autour d'une organisation en place, une réorganisation ou d'un projet neuf. » Les interrogations des hospitaliers semblent toutefois légitimes étant donné que les ARS ont été formées à l'outil AELIPCE. Dès lors on pourrait s'attendre à ce que les agences l'utilisent dans leur rôle de régulation de l'offre de soins. Dans les faits les ARS ne disposent pas des données de base nécessaires pour faire fonctionner AELIPCE (notamment les données d'activité suffisamment fines). Ceci nous a été confirmé à la fois par des professionnels exerçant en ARS ainsi que par l'ANAP. L'ARS peut utiliser AELIPCE simplement si un projet collaboratif est mené avec partage des données et des scénarios d'AELIPCE entre l'établissement et ses interlocuteurs.

Les interrogations portent également sur l'existence de plusieurs outils de calcul de dimensionnement capacitaire (AIDICA⁴⁶, DIAMANT, AELIPCE...) dont l'utilisation semble, du point de vue des hospitaliers, non coordonnée. Il convient a minima de revoir la communication des autorités de tutelle sur ces différents outils, et de parvenir à une harmonisation.

D'une façon générale, l'intérêt d'AELIPCE réside, selon l'avis des directeurs d'hôpital, dans la démarche qu'il permet d'animer. La possibilité de piloter des projets institutionnels, portant sur l'efficacité des organisations, est soulignée, tout comme l'opportunité de mettre à profit l'outil pour un dialogue constructif avec l'ARS.

Malgré tout, la démarche AELIPCE peut également être ressentie comme révélatrice d'une centralisation à l'excès et d'une considération peu marquée pour l'autonomie de gestion des dirigeants hospitaliers. Les modalités d'application du Plan triennal d'économies seront, sur ce point, révélatrices du positionnement qu'entendent adopter les ARS.

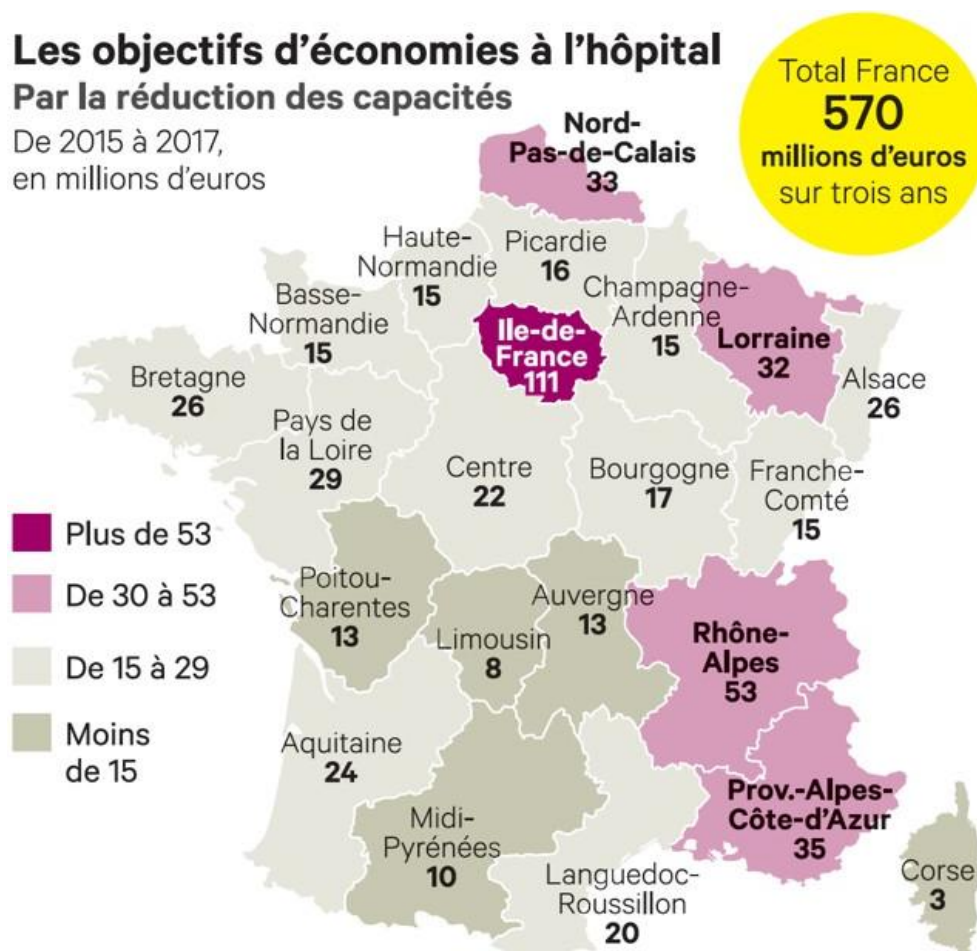
3.3.2 Perspectives sur la politique de réduction capacitaire

Nous n'allons pas revenir sur les multiples incitations à s'interroger sur les capacités d'hospitalisation dans les hôpitaux, elles ont déjà été largement abordées plus tôt. Mais l'enjeu de tracer quelques perspectives en la matière.

⁴⁶ Tableau d'aide au dimensionnement capacitaire cible dans le cadre du programme de l'ANAP sur la gestion des lits

Un constat s'impose, la volonté des pouvoirs publics d'inciter les établissements à réduire leurs capacités d'hospitalisation est forte, comme en atteste les objectifs du Plan triennal d'économies. On peut toutefois s'interroger sur le réalisme de ces chiffres, fixés au plan national. Les lits d'hospitalisations appelés à disparaître devraient représenter une économie de 570 millions d'€ en France sur les trois ans du plan, et se répartissent comme suit :

Figure 10 : Objectifs d'économies par la réduction capacitaire par région :



Source : Les Echos (15/05/2015)

Si les hospitaliers sont conscients de la possibilité de réduire les capacités d'HC dans une certaine mesure, les objectifs annoncés ici semblent pour le moins ambitieux et peu soucieux de s'adapter aux réalités locales. Il semblerait cohérent que cette réduction capacitaire soit centrée sur la chirurgie, qui grâce à l'ambulatoire peut développer son activité sans forcément générer plus d'hospitalisation, mais comme l'indiquait Gérard Vincent, délégué général de la FHF en réaction au Plan triennal, « en médecine, c'est plus compliqué, car certains services, comme la pédiatrie, ont une activité saisonnière. Et n'oublions pas le vieillissement de la population. »

Par ailleurs, la gestion d'un établissement dans un système de financement à l'activité (T2A) et dans un contexte d'équilibre budgétaire fragile, nécessite de maintenir et développer si possible son activité. On voit bien ici, que les enjeux liés T2A viennent en contradiction avec l'objectif de réduction capacitaire. Cela est d'autant plus que les cliniques commerciales, on l'a vu, développent des stratégies ambitieuses d'expansion capacitaire dans l'optique de gagner des parts de marché.

On peut donc regretter que les objectifs de réduction capacitaire de ce plan d'économie aient été élaborés à partir du niveau national, ce qui n'a d'ailleurs pas manqué de faire réagir les hospitaliers. Il faut souhaiter qu'un vrai dialogue de gestion s'instaure entre les établissements et les ARS pour déterminer des objectifs réalistes, adaptés à l'activité des établissements et à leurs perspectives (démographie locale, concurrence...).

C'est sans doute par le biais des restructurations d'envergure et des reconstructions que les capacités hospitalières connaîtront des évolutions importantes dans les années à venir. On sait que le parc hospitalier français reste vieillissant, malgré les plans successifs « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ». De nombreux chantiers d'envergure sont à prévoir dans les années à venir avec des besoins de financement massifs, à titre d'exemple le coût du futur CHU de Nantes avoisinera le milliard d'euros⁴⁷.

Pour sélectionner et prioriser les projets d'investissements nécessitant un financement de l'État et assurer le suivi des établissements en difficulté, le Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (COPERMO) a été créé en 2012⁴⁸. Il doit s'assurer que :

- *Les meilleures pratiques en termes d'organisation sont déployées sur l'ensemble du territoire.*
- *Les investissements sont conduits selon des critères exigeants en termes de soutenabilité financière, de juste dimensionnement et de valeur ajoutée pour l'offre de soins, s'insèrent dans une offre de soins optimisée sur un territoire et s'inscrivent dans le schéma régional d'investissement en santé (SRIS).*
- *Les mesures nécessaires au retour à l'équilibre financier de certains établissements sont mises en œuvre.*

⁴⁷ Source : <http://iledenantes.chu-nantes.fr>

⁴⁸ Il remplace le Comité National de Validation des Investissements et le Comité des Risques Financiers

Dans l'accompagnement des établissements présentant un projet au COPERMO, l'ARS est l'interlocuteur des établissements, afin de vérifier la justesse du dimensionnement capacitaire du projet d'investissement, l'opportunité du projet au regard de l'organisation territoriale de l'offre de soins, la pertinence de la conception technique du projet et assurer sa soutenabilité financière. Parmi les outils⁴⁹ à la disposition des ARS, la circulaire de référence cite l'outil AELIPCE, et particulier son module 2 pour « analyser la performance des hypothèses par rapport aux référentiels de dimensionnement de l'ANAP ».

Après échange avec des professionnels exerçant en ARS, il ressort que l'outil AELIPCE s'avère particulièrement utile dans le cadre des projets COPERMO. Son utilisation, qui est imposée dans ce contexte, doit émaner de l'établissement afin d'instaurer un dialogue avec son ARS sur son projet et ses différentes composantes. L'ANAP souligne aussi l'importance de l'outil dans ce type de projet, au-delà de ses aspects techniques, à travers la démarche qu'il permet de générer au sein d'un établissement, favorable au dialogue entre professionnels et facilitateur dans la définition d'une stratégie d'établissement.

La thématique capacitaire sera un enjeu de plus en plus prégnant pour les établissements de santé. En conséquence, l'intégration de ce sujet dans les projets stratégiques constituera une composante importante de l'exercice du métier de directeur d'hôpital. Dans cette optique, on ne peut qu'espérer que le mode de régulation par des objectifs chiffrés au plan national ne sera pas érigé en norme. La sensibilité du sujet et la spécificité de chaque structure font que le dialogue doit être privilégié entre l'établissement et sa tutelle, autour de l'accompagnement au virage ambulatoire et sur les projets de restructuration.

⁴⁹ Les autres outils cités dans la circulaire sont les suivants : la grille d'indicateurs ANAP/DGOS ; l'outil « Retour sur investissement ; les indicateurs du référentiel de dimensionnement et de l'observatoire des coûts de la Construction ; les indicateurs Hospidiag et les informations PMSI disponibles sur SNATIH et DIAMANT

Conclusion

Le contexte actuel impose aux établissements de santé de mener une politique d'évaluation et d'ajustement de leurs capacités d'hospitalisation. La démarche du CHBS, dont le nouveau projet d'établissement sera adopté en cette fin d'année 2015 illustre une volonté d'évaluer l'existant pour mieux anticiper les évolutions et les traduire en termes d'adaptation des modes de prise en charge. C'est dans cette optique que la démarche AELIPCE a été menée. Ce travail a permis d'engager une discussion institutionnelle propice à un décloisonnement et permettant de lever certaines craintes liées à la thématique capacitaire.

L'utilisation de l'outil AELIPCE de l'ANAP s'est révélée être un support pertinent et facilitateur dans la démarche. Premier élément à retenir de ce travail, il apparaît nécessaire de communiquer en amont sur les finalités d'une telle application afin d'éviter une réticence des acteurs, compréhensible dans le contexte actuel. Il convient de rappeler qu'AELIPCE n'est pas conçu pour communiquer de façon autonome des données à une institution extérieure. Il n'a pas non plus vocation à être un outil expert présentant des solutions mais il permet d'objectiver des situations et d'anticiper différentes tendances d'évolution.

Notre projet autour d'AELIPCE reposait sur une partie limitée des fonctionnalités de l'outil étant donné que nous n'avions pas à travailler sur la partie architecturale. Dans le cadre d'un projet immobilier (restructuration ou reconstruction) ou d'une réorganisation d'envergure, le logiciel est particulièrement adapté. Ses fonctionnalités peuvent également favoriser un dialogue établissement-ARS constructif et basé sur des données fiables issues de l'établissement.

Les résultats de notre démarche ont permis tout d'abord d'enrichir les éléments du projet d'établissement liés au dimensionnement capacitaire. Les conséquences organisationnelles du projet AELIPCE vont maintenant être déclinées dans les projets de pôles. Certains ajustements ont déjà fait l'objet de discussions institutionnelles, suite aux différents scénarios que nous avons vus, et vont entrer en application très prochainement. C'est le cas de la réorganisation de l'activité de chirurgie gynécologique qui va se traduire par une réduction de lits d'HC et un développement de l'activité de semaine. On peut ainsi souligner l'intérêt méthodologique de comparer des scénarios par le biais d'une application dédiée à cet effet, afin de confronter avantages et inconvénients. Evidemment

l'outil ne peut pas se suffire à lui-même et se heurte à des considérations pratiques propres à l'établissement.

Le travail mené sur AELIPCE n'est pas terminé puisqu'il s'agit d'une démarche non pas figée mais continue, ce que permet l'outil par l'actualisation des données. Il sera intéressant d'évaluer les effets des premières réorganisations dans les services de chirurgie. Il est également prévu d'ajuster les scénarios lorsque les chiffres d'activité 2015 seront disponibles et pourront être intégrées à l'outil.

Il est indispensable d'appréhender la thématique capacitaire dans un mouvement dynamique. La réorganisation en cours de la filière post-urgences aura nécessairement des conséquences sur l'occupation des lits en chirurgie et nécessitera d'être évaluée. Sous l'effet de ces mutations organisationnelles, le diagnostic capacitaire devra être mis à jour régulièrement et de nouveaux projets d'ajustement pourront être modélisés avec AELIPCE.

La démarche de révision des capacités d'hospitalisation n'en est sans doute qu'à ses débuts tant les incitations sont multiples. L'application du projet d'établissement notamment à travers les projets de pôles va être l'occasion d'informer et d'impliquer à plus grande échelle sur ce sujet. A terme, les capacités d'hospitalisation des pôles pourraient rentrer dans le champ de la délégation de gestion, moyennant une maturité de gestion qui reste à consolider. La démarche initiée au CHBS constitue à ce titre une base intéressante, et il serait judicieux d'intégrer des chefs de pôles dans le groupe projet travaillant sur le capacitaire avec AELIPCE.

La constitution à venir des groupements hospitaliers de territoires induira nécessairement une nouvelle phase dans les démarches d'ajustement capacitaire autour des filières de prise en charge et du juste dimensionnement de l'offre de soins au regard du maillage territorial.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Circulaire Interministérielle N°DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013, relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

Rapports et études :

- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Chirurgie ambulatoire : le socle de connaissance*, 2012
- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Recommandations organisationnelles*, 2013
- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire (OPEERA)*, 2013
- CARLI PIERRE (Pr.), *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, 2013
- COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, *Rapport annuel*, 2014
- CONFERENCES HOSPITALIERES, *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, 2014
- COUR DES COMPTES, *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale*, 2015
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCALES, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, 2010
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCALES, *L'hôpital*, 2012

- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé*, 2013
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION GENERALE DES FINANCES, *Mission MAP relative à la chirurgie ambulatoire, rapport de diagnostic*, 2014

Mémoires :

- GAUTHERET JULIE, D'un hôpital de séjours à un hôpital de parcours : l'optimisation de la gestion de la ressource lit au CHU de Nîmes, EHESP, 2013
- BECHU YANN, Transformer un regroupement d'activités en restructuration hospitalière : l'appui du management stratégique, EHESP, 2007
- DOUHERET EDOUARD, La chirurgie ambulatoire au CHIC : projet stratégique et stratégie de projet, EHESP, 2008
- LUCAS YANN, Le virage ambulatoire au CHU de Nantes : une orientation stratégique moteur de sa recomposition capacitaire, EHESP, 2014

Articles :

- BEREHOUC CHRISTIAN, LAM ALEXANDRA, BRUNO ROSSETTI, 2012, « AELIPCE : outil d'aide à la décision pour l'amélioration de la performance économique des organisations médico-soignantes », *Techniques hospitalières*, n° 733, pages 61-63
- COROND PASCAL, FAUJOUR VERONIQUE, SLIM KAREM, 2014, « Réhabilitation améliorée après chirurgie (ERAS) : Enjeux économiques et avenir en France », *Revue Hospitalière de France*, n°556, pages 35-41
- KEUNEBROEK JULIEN, MASCLET BRIGITTE, VERGNAUD NATACHA, 2013 « Vers une gestion efficiente des lits hospitaliers », *Revue Hospitalière de France*, n°554, pages 54-57

Documents institutionnelles :

- Orientation stratégiques du projet d'établissement 2015-2020 du CHBS
- Tableau de bord Institutionnel « Activité-Recettes-Facturation » juillet 2015

Liste des annexes

ANNEXE I - Défis transversaux du projet d'établissement 2015-2020

ANNEXE II – Répartition des séjours par nombre de nuits au CHBS

ANNEXE III - Evolution des capacités hospitalières entre 1994 et 2012

ANNEXE IV - Evolution détaillée des capacités en lits et places entre 1994 et 2012

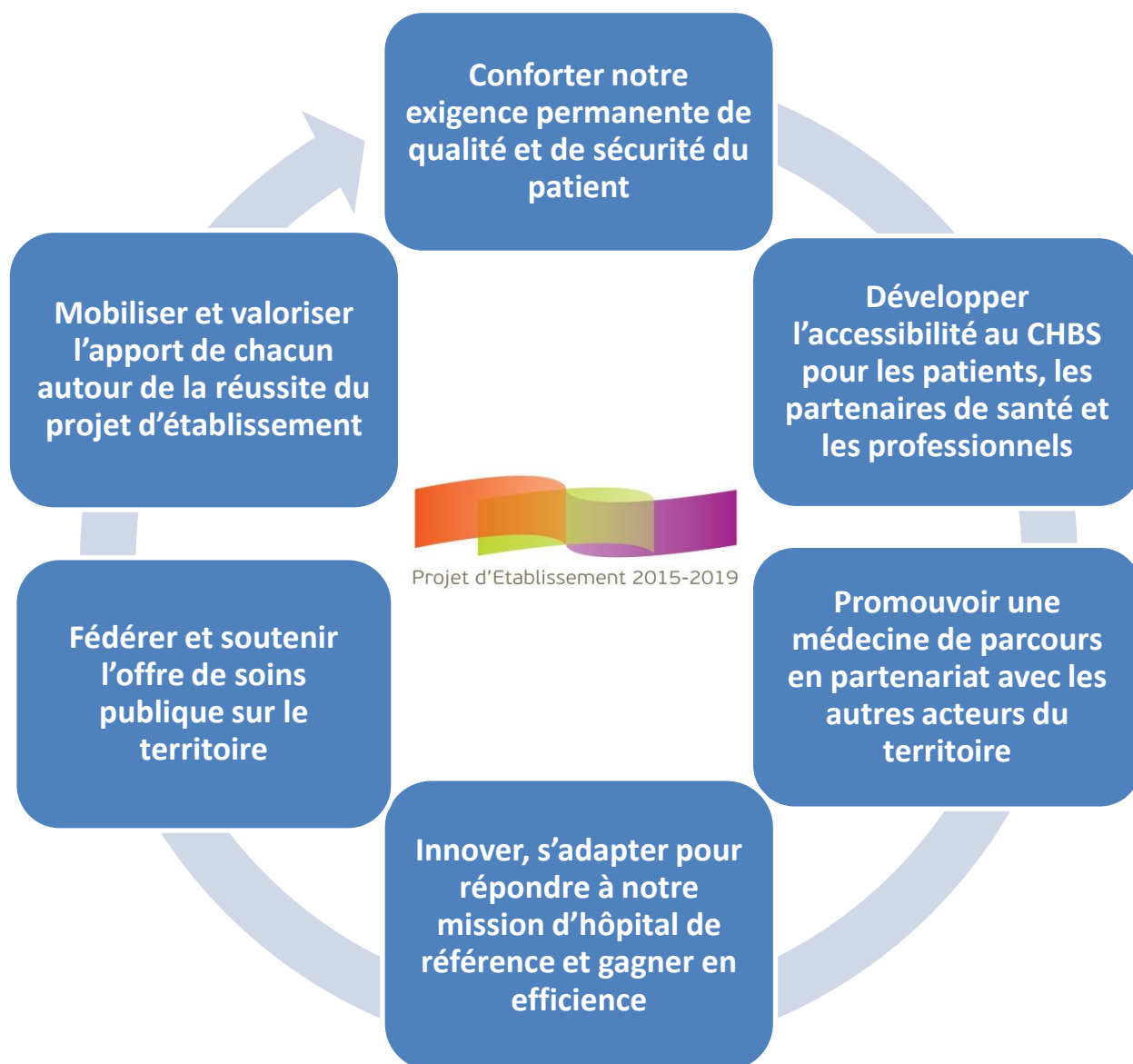
ANNEXE V - Evolution du nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants entre 2000 et 2011

ANNEXE VI – Présentation des trois modules d'AELIPCE

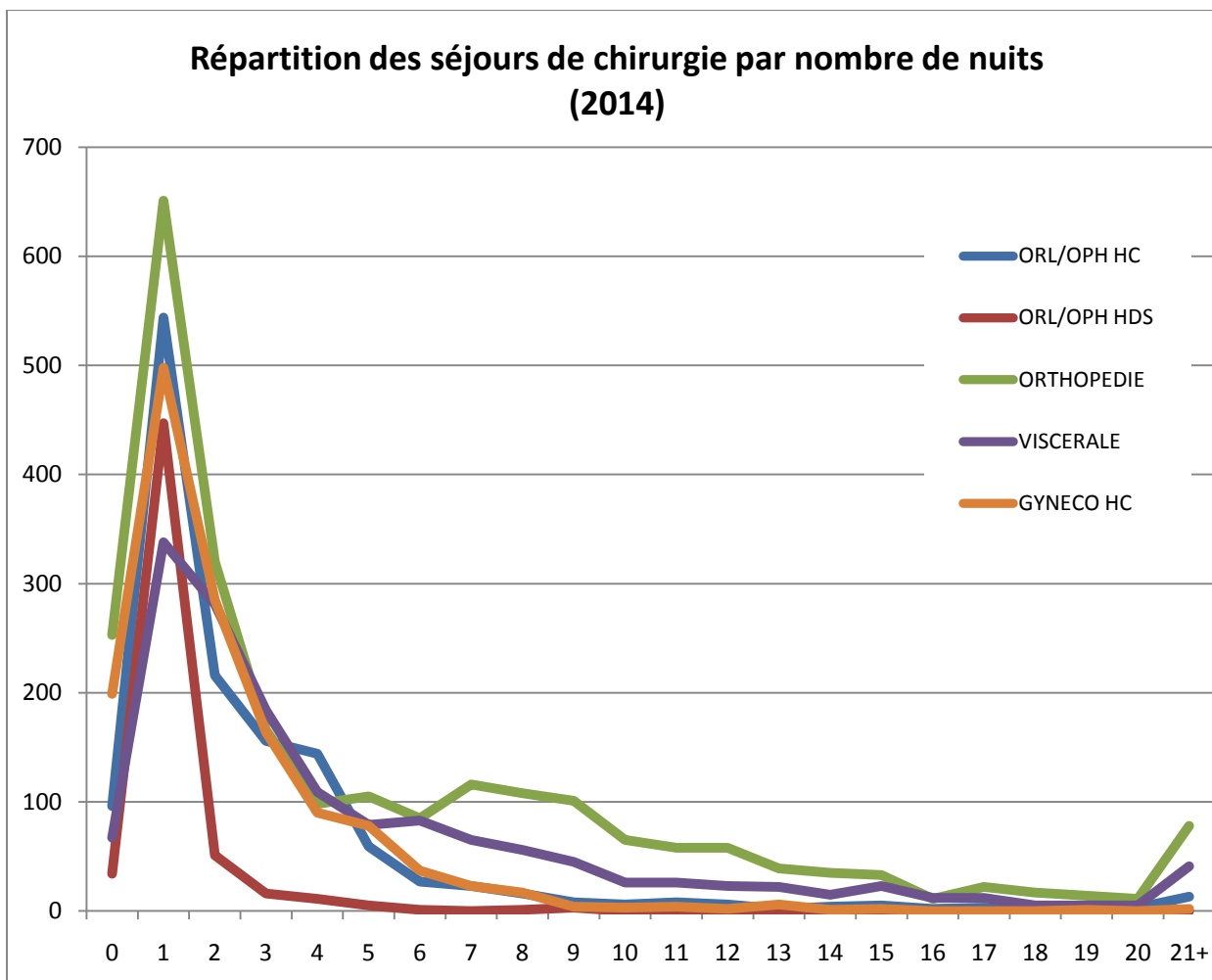
ANNEXE VII – Présentation du fonctionnement du module 1 d'AELIPCE

ANNEXE VIII - Ecran de synthèse des scénarios sur l'outil AELIPCE

ANNEXE I - Défis transversaux du projet d'établissement 2015-2020

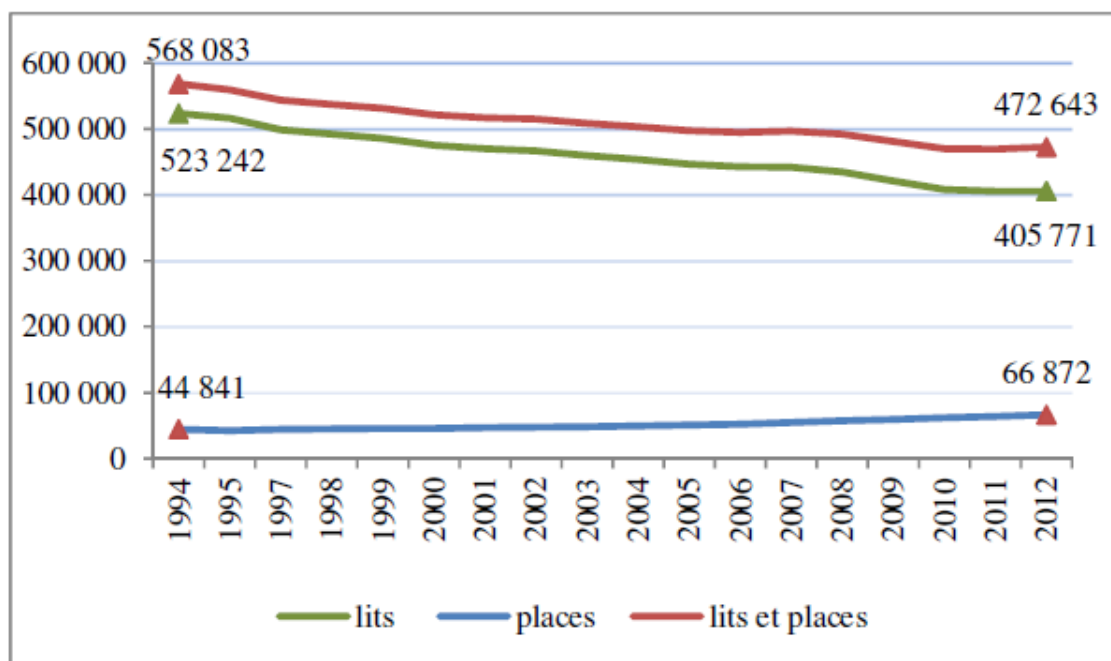


ANNEXE II – Répartition des séjours par nombre de nuits au CHBS



Source : PMSI - CHBS

ANNEXE III - Evolution des capacités hospitalières entre 1994 et 2012



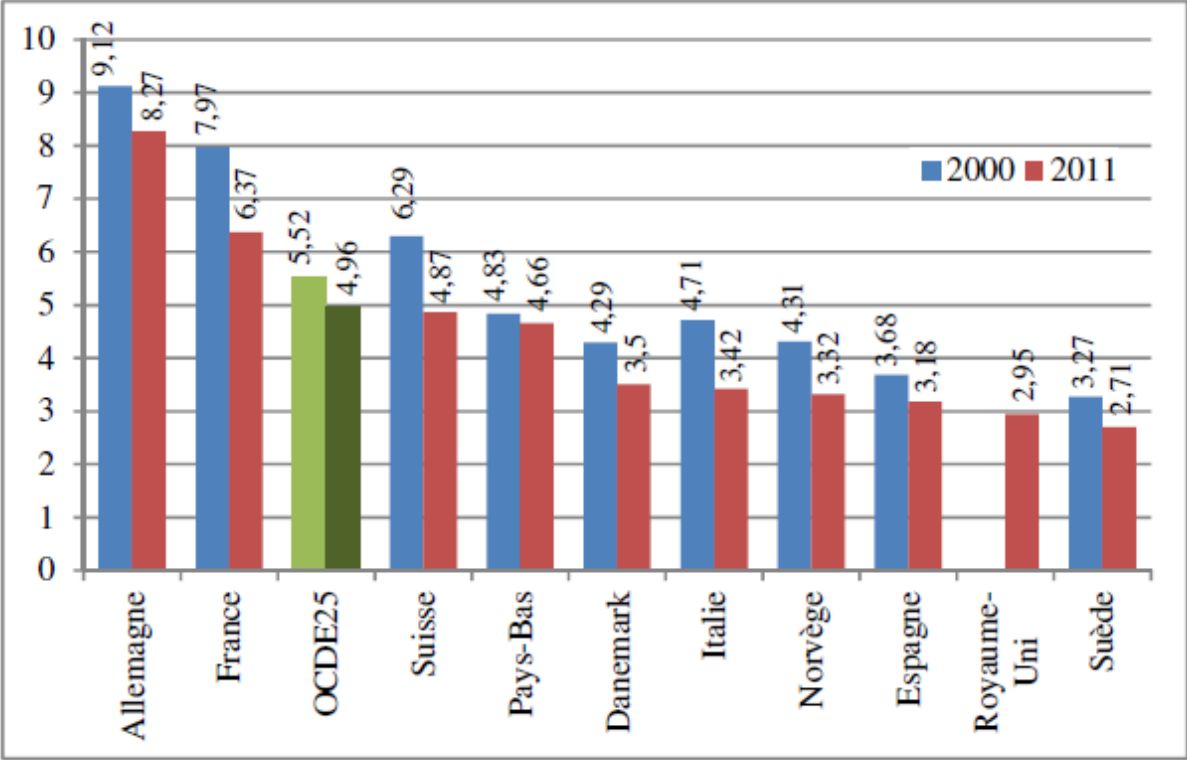
Source : *Statistiques annuelle des établissements de santé (SAE)-(DREES), Cour des comptes.*

ANNEXE IV - Evolution détaillée des capacités en lits et places entre 1994 et 2012

					Variation (%)		
		1994	2003	2012	1994/2012	1994/2003	2003/2012
Chirurgie	Lits	117 540	93 205	79 736	-32,2	-20,7	-14,5
	Places	6 030	8 640	13 714	+127,4	+43,3	+58,7
	Total	123 570	101 845	93 450	-24,4	-17,6	-8,2
Médecine	Lits	126 139	112 772	115 798	-8,2	-10,6	+2,7
	Places	6 110	7 980	12 343	+102	+30,6	+54,7
	Total	132 249	120 752	128 141	-3,1	-8,7	+6,1
Obstétrique	Lits	27 293	22 518	20 586	-24,6	-17,5	-8,6
	Places	424	75	261	-38,4	-82,3	+248
	Total	27 717	22 593	20 847	-24,8	-18,5	-7,7
Soins de suite	Lits	94 146	91 201	100 706	+7	-3,1	+10,4
	Places	3 712	4 862	9 106	+145,3	+31	+87,3
	Total	97 858	96 063	109 812	+12,2	-1,8	+14,3
Psychiatrie	Lits	80 303	58 595	56 509	-29,6	-27	-3,6
	Places	25 897	25 864	28 289	+9,2	0	+9,4
	Total	106 200	84 459	84 798	-20,2	-20,5	+0,4
Soins longue durée	Lits	77 821	79 290	31 113	-58,7	+1,9	-59,5

Source : *Éco santé, établissements publics, privés non lucratifs et privés.*

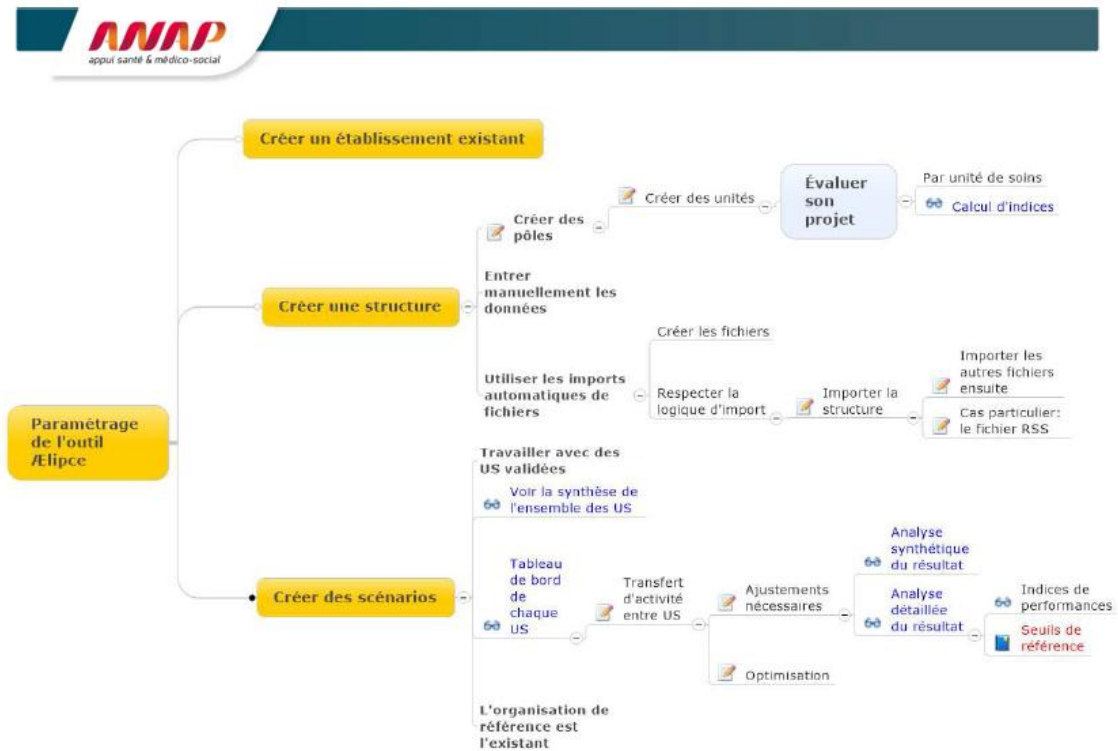
ANNEXE V - Evolution du nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants entre 2000 et 2011



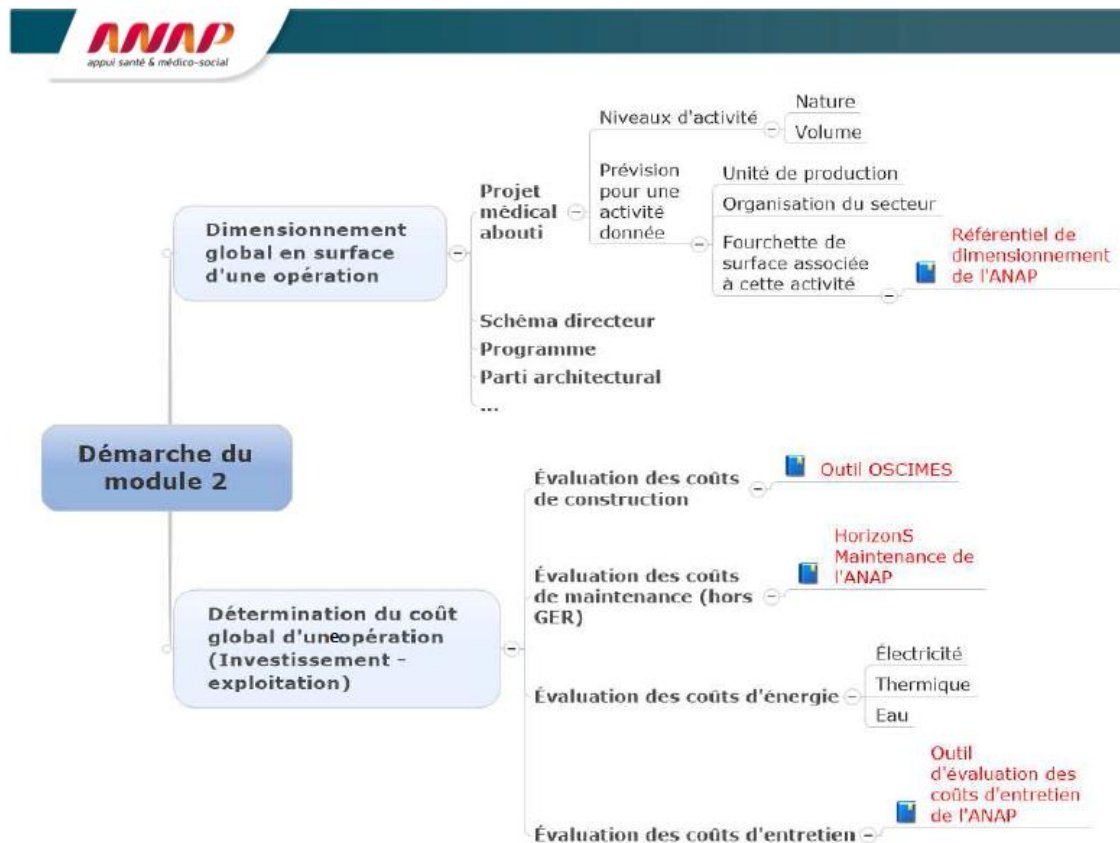
Source : OCDE.

ANNEXE VI – Présentation détaillée des trois modules d'AELIPCE

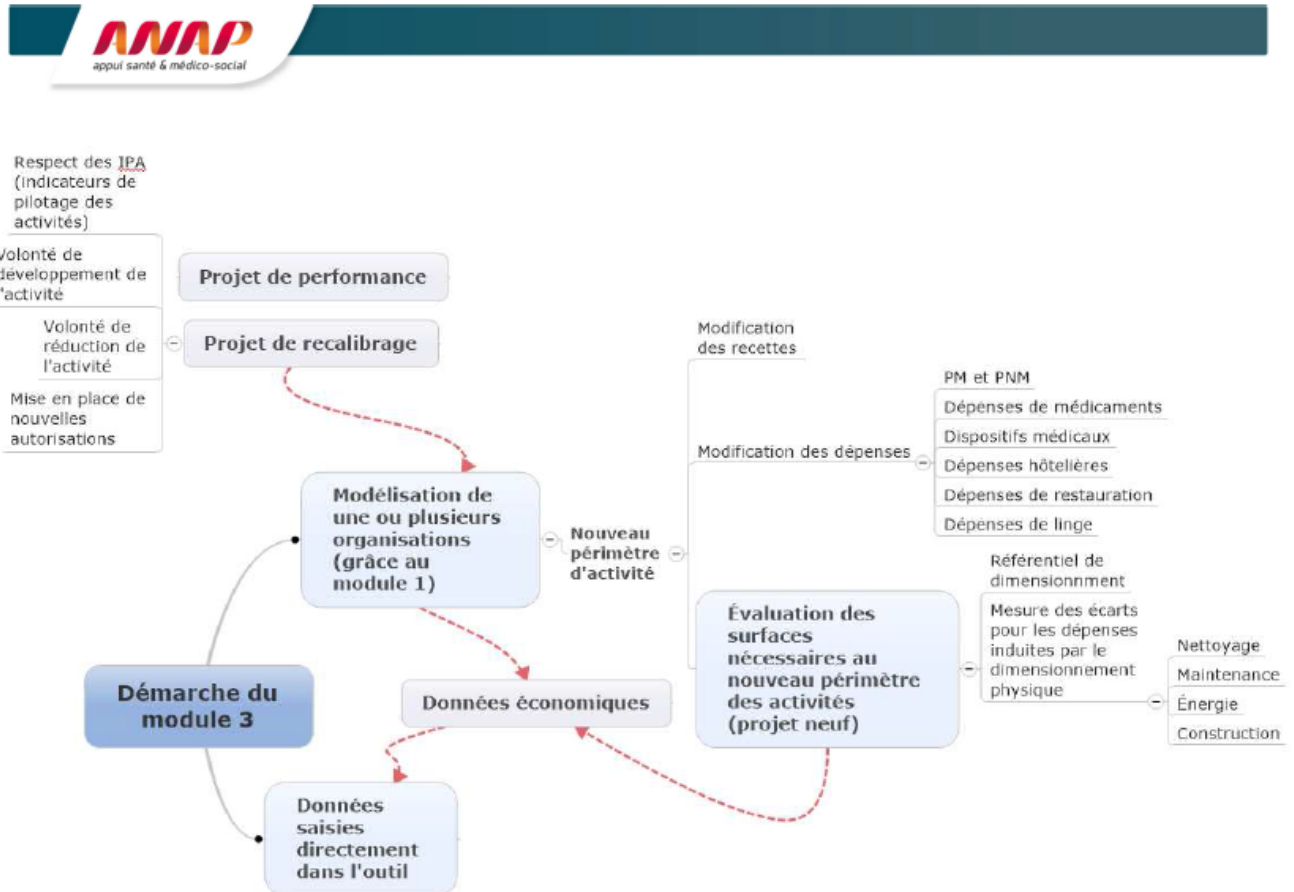
MODULE 1 =



MODULE 2 =



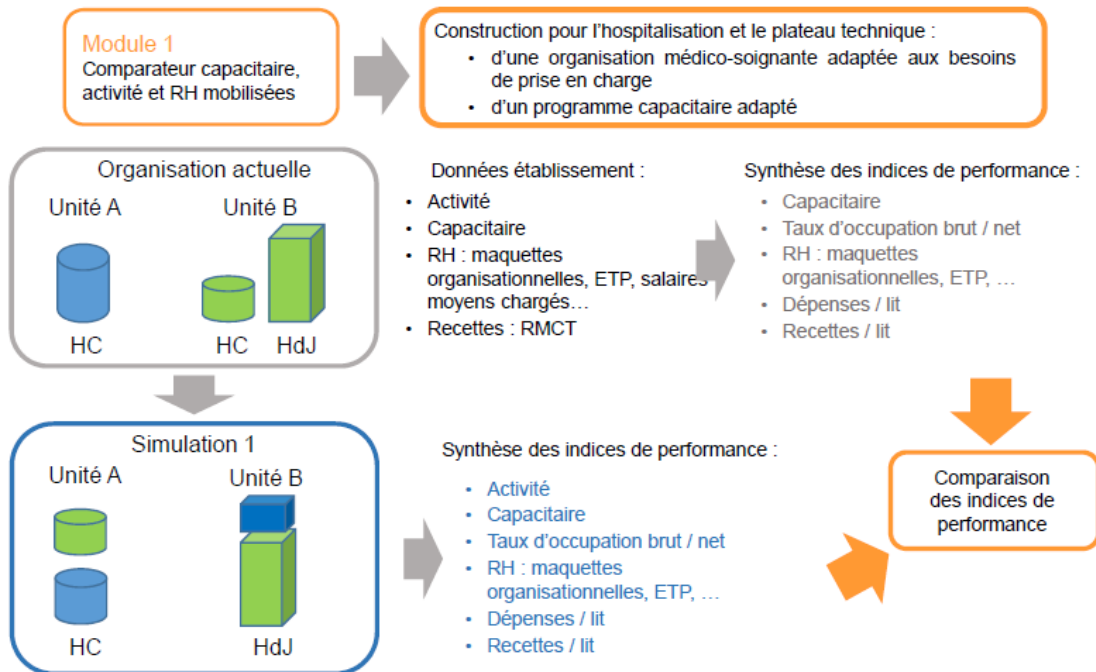
MODULE 3 =



ANNEXE VII – Présentation du fonctionnement du module 1 d'AELIPCE



Principe du module 1



ANNEXE VIII - Ecran de synthèse des scénarios sur l'outil AELIPCE

Type d	Nom de l'indice	Unité	CHBS : HYPO	CHBS : HYPO	CHBS : HYP	CHBS : EX	Seuil cr	Seuil trè	Seuil b	Seuil c	Seuil cr
	Nb. Journées	Nb	8 710,00	8 710,00	7 618,00	7 658,00	na	na	na	na	na
	Capacité	Lits	28,00	28,00	24,00	25,00	na	na	na	na	na
	Nb. RUM de 0 nuit	Nb	37,00	37,00	27,00	67,00	na	na	na	na	na
	Nb. RUM Durée ≤ 3 J	Nb	700,00	700,00	803,00	803,00	na	na	na	na	na
	Durée Moyenne RUM ≤ 3 J	Jour(s)	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Nb. RUM Durée >3J	Nb	922,00	922,00	652,00	652,00	na	na	na	na	na
	Durée Moyenne RUM >3J	Jour(s)	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Durée Moyenne des RUM	Jour(s)	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	% de séjours mono-RUM	Jour(s)	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Taux d'occ. par lits et places ouverts	%	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Taux d'occupation Brut	%	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	RH	%	0,00	0,00	0,00	0,00	na	na	na	na	na
	Lits et places / soignants jour (hors ASH)	Nb	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Lits et places / soignants nuit (hors ASH)	Nb	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Maquette orga. Unité/ANAP (hors ASH)	%	0	0	0	0	na	na	na	na	na
Unit...	Activité / Maquette Orga. Jour (hors ASH)	Nb	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Activité / Maquette Orga. Jour (IDE + SF)	Nb	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Activité / Maquette Orga. Jour (AS+AP)	Nb	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Activité / Maquette Orga. Nuit (IDE + SF)	Nb	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Activité / Maquette Orga. Nuit (AS+AP)	Nb	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	ETP (AS+AP) Rémunérés - Maquette orga.	ETP	-3,40	-3,40	-3,40	-3,40	na	na	na	na	na
	ETP Rémunérés / ETP Maquette Orga.	%	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	ETP (IDE+SF) Rémunérés - Maquette orga.	ETP	-3,83	-3,83	-3,83	-3,83	na	na	na	na	na
	ETP Rémunérés/Maquette orga.ANAP	%	0,00	0,00	0,00	0,00	na	na	na	na	na
	Eff	%	117,00	117,00	99,00	0,00	na	na	na	na	na
	Recettes / ETP Medicaux	€/ETP	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Recettes / lit (ou place)	€/lit	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Eco	€/Jour	105,94	105,94	121,13	120,50	na	na	na	na	na
	Charges totales / Journée	€/Jour	0	0	0	0	na	na	na	na	na
	Charges totales / Lit (ou place)	€/lit	0	0	0	0	na	na	na	na	na

DUDOGNON

Emmanuel

Décembre 2015

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2014-2016

L'ajustement capacitaire comme levier dans l'élaboration du projet d'établissement

Illustration de l'apport de l'outil AELIPCE au Centre Hospitalier de Bretagne Sud

Résumé :

Le redimensionnement capacitaire est un enjeu d'actualité. Des objectifs de réductions capacitaires chiffrés ont été assignés aux hôpitaux dans le cadre du Plan triennal d'économies. Cette incitation va conduire les dirigeants hospitaliers à engager des conversions de lits d'hospitalisation complète. Elle s'annonce comme une opération sensible, du fait de préoccupations légitimes des professionnels sur les conditions d'exercice mais aussi d'un attachement culturel prégnant au service et aux lits.

Au Centre Hospitalier de Bretagne Sud, 2015 est une année de transition avec la finalisation du nouveau projet d'établissement. Le virage ambulatoire, et son volet capacitaire, en constitue l'un des éléments majeurs. Dans l'optique de poser un diagnostic fiable et de favoriser la concrétisation du projet en matière de développement de l'ambulatoire, une étude sur le dimensionnement capacitaire de l'établissement s'est avérée indispensable.

Face à la nécessité de s'appuyer sur une méthodologie bien définie pour traiter du sujet sensible que sont les capacités d'hospitalisation, l'établissement a pu bénéficier de l'accompagnement de l'ANAP à l'utilisation d'un outil : AELIPCE.

Ce mémoire s'attache à retracer le travail autour du programme AELIPCE, qui a permis de construire des scénarios d'ajustement des capacités et d'engager un dialogue institutionnel constructif. Il aborde également la concrétisation des orientations du projet d'établissement en matière d'ajustement capacitaire, en lien avec les perspectives sur la contractualisation interne.

Mots clés :

chirurgie ambulatoire, dimensionnement capacitaire, recomposition de l'offre de soins hospitalière, architecture hospitalière, nouvelle gouvernance, projet d'établissement

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.