



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **octobre 2016**

---

## **L'ajustement capacitaire au Centre Hospitalier de Versailles**

La conduite d'un projet stratégique et structurant d'efficacité et d'amélioration de la qualité des soins dans un contexte contraint

---

**Yannick LE GUILLOU**



---

# Remerciements

---

Je remercie tous les professionnels auprès de qui j'ai été amené à travailler durant mon stage hospitalier et qui m'ont aidé dans ma réflexion et mes recherches sur ce mémoire.

Je remercie Véronique DESJARDINS, chef d'établissement, ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction pour leur accueil et leur bienveillance.

Je remercie tout particulièrement Fanny MARTIN-BORN, directrice des ressources humaines, ma maître de stage, pour m'avoir aidé dans mes recherches de sujet et pour son accompagnement tout au long de mon stage.

Je remercie Frédérique PHILIPPONNAT, directrice des opérations et des projets, pour sa disponibilité et la qualité de ses réponses à mes nombreuses interrogations.

Je remercie enfin Eric DELCROS, directeur des travaux, de la sécurité et de la performance des organisations, mon référent mémoire, pour ses conseils dans la rédaction de ce mémoire.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Méthodologie.....	6
1 En quels termes la question capacitaire se pose-t-elle au Centre Hospitalier de Versailles ?.....	7
1.1 Malgré une activité dynamique, le Centre Hospitalier de Versailles présente des indicateurs financiers dégradés, signes d'un cycle d'exploitation déséquilibré .....	8
1.2 Loin de n'être qu'un moyen de rééquilibrer le cycle d'exploitation, la recomposition capacitaire est avant tout la conséquence d'une adaptation des pratiques médicales et de l'offre de soins aux besoins de santé .....	11
1.3 Déjà engagé dans un virage ambulatoire, le Centre Hospitalier de Versailles doit encore le retranscrire pleinement dans ses organisations.....	15
2 Comment définir une stratégie capacitaire tenant compte des besoins de santé constatés et anticipant efficacement les transformations futures des déterminants de l'offre de soins ?.....	19
2.1 Un diagnostic de la cohérence entre les organisations, le volume d'activité et les modalités de prise en charge doit être établi .....	20
2.2 La quantification du volume et de la nature de la demande de soins future sur son territoire est l'un des fondements de l'ajustement capacitaire.....	26
2.3 La détermination d'un capacitaire cible se fonde également sur l'anticipation des recompositions territoriales et des évolutions de pratiques.....	30
3 Conduire le changement en intégrant les contraintes de court terme et faire de l'ajustement capacitaire un vecteur d'innovation et de progrès au service du patient .....	33
3.1 Les restructurations de court terme sont menées tout en préparant l'avenir.....	34
3.2 Pilotage et gouvernance de ce projet évolutif doivent être clairs et pérennes....	37
3.3 L'ajustement capacitaire doit devenir un levier d'innovation .....	41
Conclusion .....	45
Bibliographie .....	47
Liste des annexes .....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

Ælipce : Amélioration et Evaluation des Indices de PerformanCEs

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

COFIL : Comité de pilotage

DOP : Directeur des opérations et des projets

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à Domicile

HDJ : Hôpital de jour

HDJMM : Hôpital de jour de médecine multidisciplinaire

HDS : Hôpital de semaine

HPDD : Hospitalisation programmée à durée déterminée

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PMP : Projet Médical Partagé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation

RRAC : Récupération Rapide Après Chirurgie

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SSA : Service de santé des armées

SSR : Soins de suite et réadaptation

T2A : Tarification à l'activité





## Introduction

Le système de santé français est confronté à des bouleversements de trois ordres – évolutions qualitative et quantitative des besoins de santé, raréfaction des ressources médicales et contraintes financières, et transformation sociologique du rapport de l'individu à la maladie et à la santé – qui appellent des adaptations de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles. Dans ce contexte, les établissements hospitaliers doivent faire évoluer leurs structures et notamment leurs capacités d'hébergement sur la base de prévisions intégrant d'autres paramètres qu'une seule projection d'activité.

En effet, le système de santé ne peut pas répondre à la hausse des besoins de soins induite par les perspectives démographiques sans se transformer. Avec l'allongement de la durée de vie, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) prévoit une augmentation de la population générale significativement portée par la part croissante des personnes âgées de plus de 75 ans<sup>1</sup>. A pratiques médicales constantes, il faudrait alors doubler les capacités d'accueil hospitalières d'ici 2050 pour répondre aux seuls besoins de soins des plus de 75 ans<sup>2</sup>.

Un tel scénario tendanciel serait si coûteux pour la collectivité que la plupart des projections réalisées posent comme préalable le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète telles que l'ambulatoire et les prises en charge à domicile. Une analyse rétrospective valide cette approche : l'évolution de l'hospitalisation ne dépend pas seulement des modifications structurelles de la population, mais aussi des changements de pratiques et d'organisations. En effet, dans une étude de 2008, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) compare la projection du volume de séjours en 2004, en appliquant à la population les taux d'hospitalisation de 1998, et le nombre de journées d'hospitalisation effectivement constaté cette année. En

---

<sup>1</sup> De 4,7 millions en 2000 à 7,7 millions en 2030, puis 9,6 millions en 2050 selon le scénario central : fécondité à 1,8 enfant par femme, mortalité tendancielle, solde migratoire à 50 000.

*Projections de population à l'horizon 2060, Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans*, Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division Enquêtes et études démographiques, Insee Première N° 1320, octobre 2010.

<sup>2</sup> En appliquant les taux actuels d'hospitalisation aux projections de population, le nombre d'hospitalisations de personnes de plus de 75 ans augmenterait de 63 % à horizon 2030 et de 104 % d'ici 2050.

2004, 58,4 millions de journées d'hospitalisation ont été comptabilisées, loin de la projection à 66,7 millions de journées réalisée en appliquant les données de 1998 au volume de la population de 2004<sup>3</sup>. Cet écart de 14 % entre la projection et le réel correspond à l'impact des transformations organisationnelles et des changements de pratique médicale. Il démontre le développement de nouvelles façons de faire axées sur la plus forte implication du patient grâce à l'éducation thérapeutique, sur le développement de la notion de parcours de soins mêlant intra et extra hospitalier, ainsi que sur la structuration de coopérations territoriales.

Toute réflexion sur l'ajustement capacitaire doit intégrer et anticiper ces nouvelles façons de faire qui permettent d'améliorer la qualité des soins et de redéployer les moyens humains et matériels sur les actes à plus haute valeur ajoutée, sans dégrader les conditions de travail.

Ainsi, même si la tendance actuelle est à la diminution des capacités d'accueil hospitalières, de 484 279 lits d'hospitalisation complète en 2000 à 412 479 en 2012<sup>4</sup>, l'ajustement capacitaire ne peut pas se résumer à un seul objectif de fermeture de lits. D'autant plus qu'une telle approche ne manque pas de susciter l'appréhension de professionnels – médecins, soignants et administratifs – qui voient dans le nombre de lits de leur service, ou de leur établissement, la mesure de leur propre compétence ou importance. L'ajustement capacitaire se pense davantage comme une optimisation, à savoir, une réorganisation visant l'adéquation avec l'activité des ressources en lits ainsi qu'en temps médical et soignant, grâce à l'intégration des évolutions des pratiques médicales et à l'ajustement de l'offre de soins aux besoins de la population.

En effet, il s'agit d'une réflexion globale sur l'ensemble des transformations qui permettraient des gains d'efficience et une amélioration des prises en charge, plus qu'un simple alignement du nombre de lits au niveau d'activité. La juste allocation de moyens entre les spécialités et les modes d'hospitalisation doit ainsi permettre d'accueillir le patient

---

<sup>3</sup> *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*, Marie-Claude Mouquet et Philippe Oberlin, DREES, Dossiers solidarité et santé, n°4, 2008.

<sup>4</sup> Champ : France métropolitaine et départements d'outre-mer, hors Mayotte, hors service de santé des armées (SSA).

Source : DREES, Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2000-2012, traitements DREES.

Annexe I

dans les meilleures conditions : si nécessaire, qu'il soit hébergé dans le bon service, dans la structure la plus adéquate à sa prise en charge et pour la juste durée<sup>5</sup>.

Cette réflexion globale doit également être différenciée et prendre en compte les spécificités de chaque spécialité, ainsi que le souligne Gérard Vincent dans un entretien à Décision Santé. S'il reconnaît que le nombre de lits d'hospitalisation doit être globalement réduit, il distingue toutefois des potentiels différents selon les segments d'activité. Il estime que si en chirurgie le développement de l'ambulatoire et une meilleure évaluation de la pertinence des actes permettront de réduire les capacités d'hébergement, ce n'est pas le cas en médecine où les hospitalisations évitées grâce à des traitements nouveaux ne compenseraient pas l'accueil nécessité par « *la déferlante des personnes âgées* »<sup>6</sup>.

L'ajustement capacitaire apparaît alors comme un puzzle à géométrie variable comportant quatre dimensions :

- c'est une projection sur l'avenir, l'anticipation des besoins de la population, de l'activité et des évolutions des pratiques médicales permettant de définir un capacitaire cible ;
- c'est un travail sur les modalités de prise en charge afin de proposer les soins les plus pertinents, de la meilleure qualité possible et correspondant aux attentes des patients ;
- c'est une réflexion sur les organisations dans les services de soins afin d'adapter les structures aux évolutions de l'activité et des modalités de prise en charge, dans un objectif de meilleure efficacité opérationnelle ;
- c'est une structuration du territoire, l'évolution des capacités d'accueil hospitalières n'étant possible que suite à une fluidification du parcours du patient grâce au développement de filières de soins et de solutions d'aval à l'hospitalisation, notamment en lien avec la médecine de ville.

---

<sup>5</sup> *Recueil de fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière*, « Fiche 2-5 : Le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète », Direction Générale de l'Offre de Soins, Mise à jour avril 2016.

<sup>6</sup> Entretien « Il est suicidaire de programmer une réduction du nombre de lits en médecine », Gérard Vincent, Décision Santé n°305, mai 2016, p.11, propos recueillis par Gilles Noussebaum.

Touchant les pratiques médicales et même l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital, l'ajustement capacitaire est une composante du projet médical et du projet d'établissement élaborés par la communauté hospitalière<sup>7</sup>. Il doit donc être construit collectivement, suivant un processus de prise de décision bien défini et faisant intervenir l'ensemble des acteurs concernés. Axe stratégique engageant l'établissement dans des restructurations potentiellement lourdes et coûteuses à brève échéance, notamment en matière de locaux, l'ajustement capacitaire suppose des objectifs à moyen et à long terme. A titre d'exemple, le Centre Hospitalier de Versailles a défini un capacitaire cible à horizon 2020 dans différents services qui sert d'hypothèse de construction pour le schéma directeur immobilier fixant la politique d'investissement de l'établissement pour une quinzaine d'années<sup>8</sup>.

Cette démarche avec des coûts à court terme et des bénéfices à moyen/long terme ne s'inscrit pas dans la même temporalité que le Plan de retour à l'équilibre financier (PRE) dans lequel est engagé le Centre Hospitalier de Versailles depuis 2015, puisque celui-ci « *doit être réalisé sur 3 ans* » conformément aux dispositions réglementaires<sup>9</sup>. Une représentante du personnel interrogée dans le cadre de ce mémoire souligne le décalage temporel entre d'une part la révision des maquettes soignantes et les suppressions de postes réalisées à court terme, et d'autre part les transformations organisationnelles liées à l'ajustement capacitaire qui ont un horizon plus lointain. Si elle estime que « *la réduction du nombre de lits n'est pas une mesure de rigueur, mais une mise en cohérence des organisations avec l'évolution des prises en charge et des taux d'occupation* », elle regrette néanmoins que les suppressions de postes réalisées dans le cadre du PRE précèdent les réorganisations et relève une contradiction apparente : dans l'attente de l'ajustement capacitaire, l'établissement fonctionne avec des maquettes réduites, mais à périmètre constant.

---

<sup>7</sup> « Préalablement à tout calcul de programme capacitaire, doivent être élaborés un projet médical et un projet d'établissement conformes au projet médical de territoire et mobilisant l'ensemble de la communauté hospitalière dans une démarche institutionnelle interne structurée, transparente et mobilisatrice. », *Mission d'appui et de conseil auprès du directeur général de l'ARS concernant le centre hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain*, Dr. Vincent Marsala et Hubert Garrigue-Guyonnaud, IGAS, Janvier 2011.

<sup>8</sup> Compte-rendu du COPIL Capacitaire et chirurgie ambulatoire du 25 janvier 2016, Centre Hospitalier de Versailles.

<sup>9</sup> Circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.

Ce mémoire aura pour objet d'explorer l'articulation entre les mesures de court terme prises dans le cadre du Plan de retour à l'équilibre financier et la définition d'une stratégie de long terme qui devra dissiper cette impression de contradiction et donner du sens à la politique du Centre Hospitalier de Versailles.

La première partie proposera un panorama de la situation initiale de l'établissement, pour déterminer pourquoi une démarche d'ajustement capacitaire y est pertinente et quels sont ses objectifs.

La seconde partie étudiera les éléments de diagnostic à mobiliser pour définir une stratégie permettant une mise en cohérence rapide des organisations avec le niveau d'activité constaté tout en préparant l'établissement aux évolutions de la demande en soins et des pratiques médicales.

La troisième et dernière partie analysera la conduite du changement dans un contexte imposant des transformations à mener en plusieurs échéances.

## **Méthodologie**

Ce mémoire a commencé par une recherche documentaire dans les littératures institutionnelle (ANAP, DGOS, ...) et professionnelle (Décision Santé, Revue Hospitalière de France, Gestion Hospitalière, ...). Cette recherche a permis de définir un cadre de réflexion général pour analyser la situation du Centre Hospitalier de Versailles.

Le déploiement du projet d'ajustement capacitaire a ensuite été étudié à partir des données du contrôle de gestion de l'établissement, des documents de travail des COPIL ainsi que des présentations faites en instances sur le sujet.

Ce travail de recherche et de documentation a été complété par des entretiens non-directifs avec des professionnels de l'établissement de différents métiers et de différentes spécialités pour une vision la plus large et la plus objective possible : directrice des opérations et des projets, médecins, soignants et représentants du personnel.

## **1 En quels termes la question capacitaire se pose-t-elle au Centre Hospitalier de Versailles ?**

Le Centre Hospitalier de Versailles est un établissement public de proximité sur l'agglomération de Versailles et se positionne comme établissement de recours sur le territoire Yvelines-Sud. Ce positionnement s'est renforcé au cours des dernières années, comme en témoignent sa dynamique d'activité sur certains segments et ses gains de parts de marché. Il est par ailleurs appelé à s'affirmer encore davantage en raison de son rôle d'établissement pivot du futur Groupement Hospitalier du Territoire du Sud des Yvelines.

Cette dynamique d'activité et la consolidation de son positionnement ont cependant été concomitantes d'une dégradation budgétaire et financière sensible à partir de 2013 avec une érosion progressive de son taux de marge, l'apparition de tensions fortes sur la trésorerie et par conséquent une mise sous autorisation préalable pour emprunter. Le développement d'activité ambitieux s'est traduit par un déséquilibre entre les recettes et les dépenses, alors qu'il s'inscrivait dans un triple objectif de rentabilisation des investissements, de meilleure réponse aux besoins de santé du territoire et d'une dynamique d'activité de l'établissement confortée par des coopérations structurantes.

Le Centre Hospitalier de Versailles est de ce fait aujourd'hui amené à adapter le dimensionnement des moyens, notamment humains, à la réalité de ses développements et des recettes afférentes.

## 1.1 Malgré une activité dynamique, le Centre Hospitalier de Versailles présente des indicateurs financiers dégradés, signes d'un cycle d'exploitation déséquilibré

La tarification à l'activité (T2A) est un système de financement souvent décrit comme inflationniste : il inciterait les établissements et les professionnels de santé à augmenter le volume d'actes pratiqués afin d'accroître leurs produits. Cette assertion est triplement fautive. D'une part, l'inflation se définit comme une « *situation ou phénomène caractérisé par une hausse généralisée et continue du niveau des prix* »<sup>10</sup> alors que le régulateur exerce au contraire une pression à la baisse sur les tarifs des actes de soins dont le coût unitaire n'a pas cessé de baisser depuis 2004<sup>11</sup>. D'autre part, le financement attribué au système de santé par l'Objectif national de dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est une enveloppe fermée dont des systèmes de régulation infra-annuels assurent le respect. Le rapport d'information *Refonder la tarification hospitalière au service du patient* attribue la hausse des dépenses de santé non pas au système de financement, mais à « *la satisfaction des besoins de santé, au vieillissement de la population ou au développement de certaines pathologies* »<sup>12</sup>. Enfin, la maximisation de l'excédent dégagé par le cycle d'exploitation ne dépend pas tant du volume d'actes de soins que de la marge brute de l'établissement, soit la « *différence entre les produits courants de fonctionnement et les charges courantes de fonctionnement* »<sup>13</sup>.

Augmenter l'activité peut en effet être contreproductif si les charges croissent davantage que les produits. C'est pourquoi les établissements doivent être particulièrement vigilants à la juste adéquation des moyens non seulement au regard de l'activité prévisionnelle, mais également en considérant pour chacune de leurs missions le juste niveau de dépense en fonction des besoins de santé de la population et de l'équilibre recettes-dépenses.

---

<sup>10</sup> Définition du Larousse.

<sup>11</sup> Année de mise en œuvre de la T2A.

<sup>12</sup> *Refonder la tarification hospitalière au service du patient*, Par MM. Jacky Le Menn et Alain Milon au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, déposé le 25 juillet 2012.

<sup>13</sup> *Tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé*, Février 2003, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie Direction générale de la comptabilité publique.



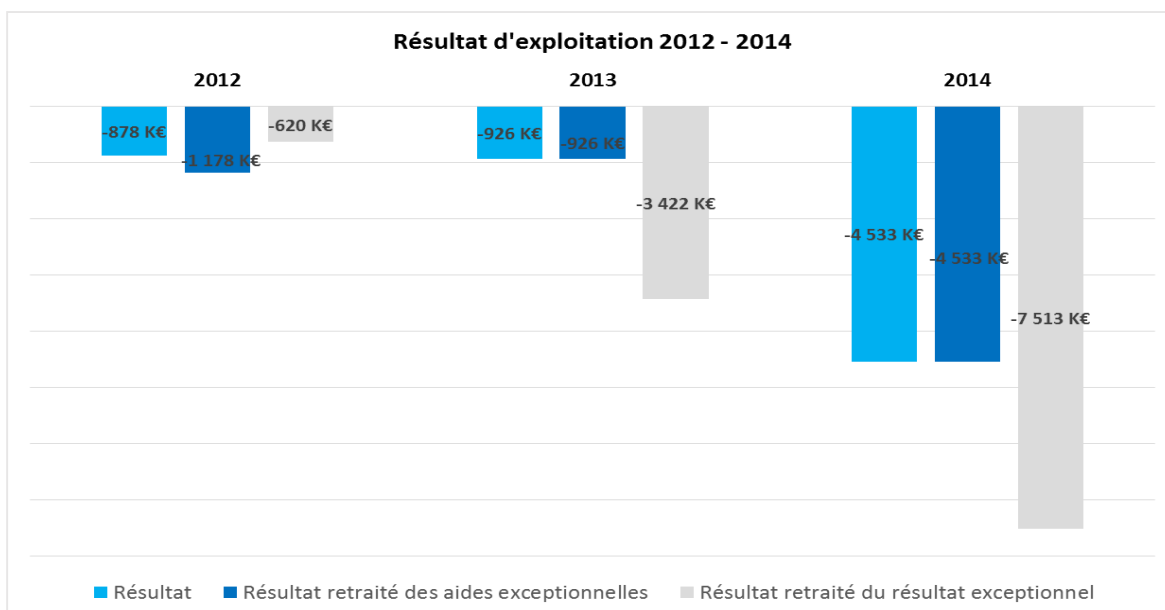
La trajectoire financière du Centre Hospitalier de Versailles est un bon exemple des risques que comporte une hausse d'activité sans maîtrise des dépenses.

Sur la période 2012 – 2015, le Centre Hospitalier de Versailles a connu une croissance d'activité soutenue, portée par les séjours de médecine et de chirurgie dont le nombre a augmenté de 5 % par an en moyenne. Cette dynamique engendre une augmentation des recettes T2A de 3,3 millions d'euros par an, soit une hausse de 13 % sur l'ensemble de la période.

	Croissance annuelle moyenne en nombre de séjours (RSS) (2012-2015)	Evolution du nombre de séjours (RSS) (2014/2015)	Volume moyen de RSS supplémentaires (2012-2015)	CA T2A moyen supplémentaire (2012-2015) (K€)
Médecine	5%	7%	1335	2 293
Chirurgie	5%	3%	282	1 126
Obstétrique	-2%	3%	-51	-107
<b>Global</b>	<b>5%</b>	<b>6%</b>	<b>1666</b>	<b>3 312</b>

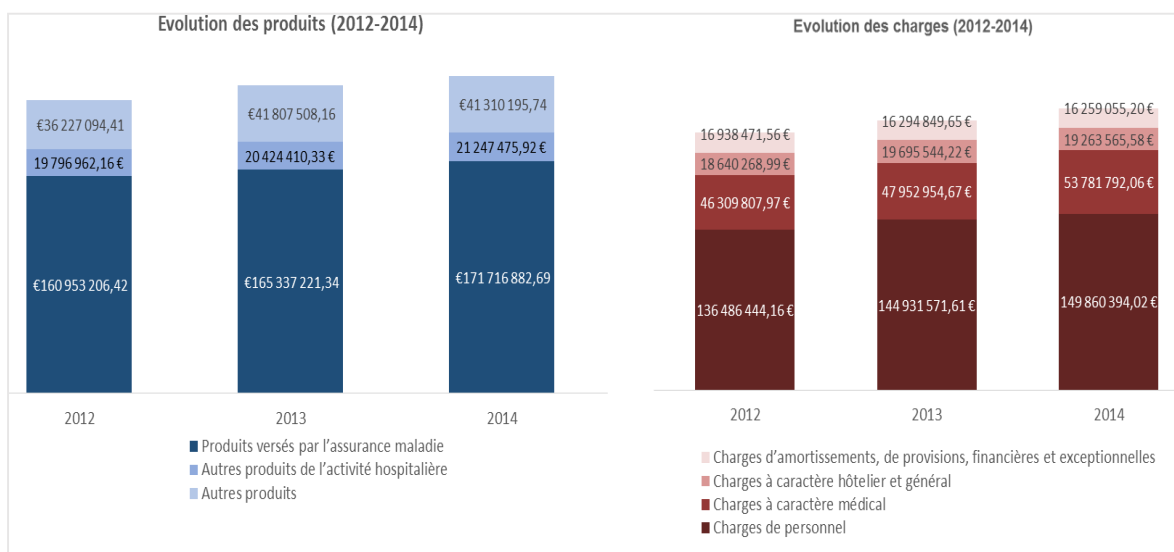
Source : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Toutefois, malgré cette hausse des produits, le résultat d'exploitation de l'établissement se dégrade, le résultat retraité du résultat exceptionnel passant de -0,62 millions d'euros en 2012 à -7,5 millions d'euros en 2014.



Cette dégradation du résultat d'exploitation s'explique par une augmentation des charges supérieure à celle des produits. Après une période de relative stabilité entre 2012 et 2013, le décrochage s'est confirmé entre 2013 et 2014 (+4,5 % de croissance des charges contre +2,9 % de croissance des produits). Cette évolution est principalement portée par la hausse des charges de personnel médical et non-médical (titre I) qui ont augmenté de 9,8 % entre 2012 et 2014 (+3,4 % entre 2013 et 2014).

### Evolution des produits et des charges entre 2012 et 2014



Malgré la progression de l'activité, le cycle d'exploitation du Centre Hospitalier de Versailles s'est donc dégradé avec un taux de marge brute de 2,86 % en 2014, contre 5,04% en 2012. La problématique pour l'établissement n'est donc pas de produire plus, mais d'avoir une structure mieux adaptée au volume et à la nature de son activité afin de réduire le coût unitaire des actes de soins et d'améliorer son cycle d'exploitation.

Le Centre Hospitalier de Versailles a donc engagé une démarche d'ajustement capacitaire afin d'optimiser l'allocation de ses ressources et de poursuivre son développement sans renoncer à aucune mission répondant aux besoins de santé de la population, sans privilégier les activités rentables, sans opérer de sélection entre les patients, et sans diminuer ses exigences en matière de qualité de la prise en charge et de gestion des risques.

## **1.2 Loin de n'être qu'un moyen de rééquilibrer le cycle d'exploitation, la recomposition capacitaire est avant tout la conséquence d'une adaptation des pratiques médicales et de l'offre de soins aux besoins de santé**

La recomposition capacitaire en cours à l'hôpital est permise par le développement de l'ambulatoire et la réduction des durées moyennes de séjour. Elle est ainsi la résultante de transformations organisationnelles dans la prise en charge des patients qui ont avant tout pour finalité d'offrir des soins de meilleure qualité, répondant davantage aux attentes des patients et correspondant aux besoins du territoire de santé.

Quand le docteur Bénédicte FRALEU LOUËR<sup>14</sup> évoque la prise en charge en ambulatoire en chirurgie, elle considère que son objectif est « *d'assurer une prise en charge avec le même procédé chirurgical de façon aussi sûre et de qualité égale (sinon plus) à la prise en charge avec hébergement* »<sup>15</sup>. Premier indicateur d'une meilleure qualité, les complications se font plus rares lors d'une prise en charge en ambulatoire : le risque thrombo-embolique est moindre<sup>16</sup>, ainsi que la prévalence des infections associées aux soins<sup>17</sup>. Le retour à domicile est favorisé par une durée opératoire de moins d'une heure, ainsi que par une prise en charge améliorée de la douleur, des nausées et des vomissements post-opératoires. La diminution du temps passé à l'hôpital par le patient oblige par ailleurs les professionnels de santé à formaliser davantage le parcours du patient en délivrant en amont, dès la consultation, une information plus complète afin d'anticiper le retour à domicile. Dès le stade préopératoire, les soins sont prévus sur ordonnance et les rendez-vous post-opératoires sont pris en lien avec la médecine de ville.

Pour toutes ces raisons, les médecins de l'établissement sont convaincus de l'amélioration de la qualité des soins par la prise en charge en ambulatoire. Une enquête réalisée en 2015

---

<sup>14</sup> Chef du pôle « Anesthésie, Bloc, Chirurgie, Obstétrique » et chef du service de chirurgie viscérale au Centre Hospitalier de Versailles.

<sup>15</sup> Propos recueillis auprès du docteur Bénédicte FRALEU LOUËR, Centre Hospitalier de Versailles, 2016.

<sup>16</sup> *Does ambulation modify venous thromboembolism risk in acutely ill medical patients ?*, Amin AN, Girard F, Samama MM, *Thromb Haemost*, 2010 Nov 3;104(5):955-61.

<sup>17</sup> French Prevalence Survey Group. « Prevalence of nosocomial infections in France : results of the nationwide survey in 1996 ». *J Hosp Infec* 2000, 46, 186-193.

auprès des chirurgiens du pôle « Anesthésie, Bloc, Chirurgie, Obstétrique » illustre cette adhésion : 71 % souhaitent substituer autant que faire se peut l'ambulatoire aux hospitalisations complètes. De plus, si 31 % des médecins estiment que le principal levier de développement de l'ambulatoire est la pression économique, 23 % considèrent que le levier le plus important est « *la conviction que c'est la meilleure façon de faire* »<sup>18</sup>.

Si les professionnels de santé sont convaincus de l'apport de la chirurgie ambulatoire, ce mode de prise en charge semble également correspondre aux attentes des patients. Les praticiens interrogés constatent une satisfaction élevée, les patients étant heureux de rentrer chez eux rapidement, d'être davantage associés à leur parcours dès la consultation, d'être mieux informés et d'être recontactés le lendemain de l'intervention. Le métier des soignants se transforme avec une fonction soins dissociée de la fonction hébergement. Les infirmières insistent sur le changement des relations avec le patient qui, en arrivant debout, est davantage acteur de sa prise en charge<sup>19</sup>. Les professionnels de santé dans leur ensemble soulignent que l'ambulatoire et la récupération rapide après chirurgie (RRAC) les aident à avoir un rapport plus respectueux avec le patient qui est mieux informé en amont et devient « *le moteur de sa propre réhabilitation* » à la suite de l'intervention<sup>20</sup>.

Il n'est évidemment pas question de substituer l'ambulatoire à l'ensemble des prises en charge. Selon les spécialités et les profils des patients, les taux cibles en ambulatoire sont différents. Si en ophtalmologie il est possible d'espérer atteindre un taux global proche de 100 %, il est admis que 12 % des actes ne sont pas éligibles à l'ambulatoire (hépatectomie, chirurgie pancréatique, péritonite aiguë, ...) <sup>21</sup>. Toutefois, les progrès constatés sur les gestes les plus lourds et les plus techniques permettent de leur appliquer des améliorations issues des pratiques ambulatoires et de réduire les durées moyennes de séjour associées par une plus grande anticipation et par un meilleur accompagnement.

---

<sup>18</sup> ConvicScan, chirurgie ambulatoire, évaluation de la perception et de la conviction des personnels, 2015. Annexe II

<sup>19</sup> « *Arriver debout c'est un plus dans l'organisation, on gagne du temps à divers niveaux, les brancardiers sont sollicités autrement, mais surtout les relations sont différentes, on est à la même hauteur, ça change tout.* », propos recueillis auprès d'une infirmière au bloc opératoire, Centre Hospitalier de Versailles, 2016.

<sup>20</sup> Propos recueillis auprès d'une infirmière au bloc opératoire, Centre Hospitalier de Versailles, 2016.

<sup>21</sup> *Chirurgie ambulatoire, Conséquences sur l'organisation sanitaire et l'hôpital de demain*, Académie Nationale de Chirurgie, Séance du 9 février 2011, Dr Gilles Bontemps, Source PMSI 2008.

Les soins ne nécessitant pas tous la même technicité, ni le même équipement, ils peuvent être organisés autour de plusieurs plateaux techniques ayant chacun un niveau de recours différent. Cette logique de « gradation des soins hospitaliers »<sup>22</sup> doit permettre d'améliorer la sécurité des soins tout en répondant à un double impératif de juste utilisation des ressources et d'accès à des soins spécialisés, y compris en urgence. Les plateaux techniques aptes à accueillir les activités les plus spécialisées et les plus complexes pour lesquels les actes ou les ressources sont rares doivent être répartis sur le territoire et intégrés à un parcours de soins dans lequel chaque acteur connaît son positionnement.

Dans cette logique, les moyens nécessaires aux gestes les plus lourds et les plus techniques peuvent être regroupés sur un nombre limité de sites pour atteindre des seuils d'activité propres à garantir un haut niveau de sécurité des soins. A condition d'une organisation territoriale clairement définie et d'outils de coopération performants pour les professionnels de santé, il est possible de mutualiser certains plateaux techniques comme les blocs opératoires, les laboratoires de biologie ou les plateaux d'imagerie. Certaines activités peuvent être concentrées en un seul point ou déployées sur l'ensemble du territoire, s'il est tenu compte de la gradation des soins en définissant différents niveaux de recours.

Cette recomposition de l'offre de soins est notamment en cours à travers la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). La convention constitutive de ces groupements comprend un volet relatif au Projet Médical Partagé (PMP) qui définit leur stratégie médicale et doit préciser « l'organisation par filière d'une offre de soins graduée »<sup>23</sup>. L'activité exercée dans l'établissement dépendra donc non seulement de l'évolution des besoins de santé et des pratiques médicales, mais également des transformations organisationnelles dans le territoire. En fonction des modalités de prise en charge coordonnée des patients entre les différents établissements parties au groupement, les capacités nécessaires à un établissement pour remplir ses missions de santé publique pourront varier.

---

<sup>22</sup> *Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)*, version 2, Direction Générale de l'Offre de Soins.

<sup>23</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Toute réflexion capacitaire doit donc intégrer un axe territorial afin de définir les moyens nécessaires à l'activité selon le positionnement de l'établissement dans la filière de soins. En fonction de ses obligations en matière de permanence et de continuité des soins, de l'organisation des consultations externes voire de consultations avancées, des solutions d'aval définies, des activités regroupées ou mutualisées, la répartition des moyens matériels et humains pourra être précisée. Ces modalités d'organisation territoriales influenceront fortement sur les ajustements capacitaires à mener. C'est pourquoi le Centre Hospitalier de Versailles prend d'ores et déjà en compte la structuration de certaines filières dans la définition de sa stratégie capacitaire, notamment celles relatives aux activités de pneumologie, orthopédie et neurologie.

### 1.3 Déjà engagé dans un virage ambulatoire, le Centre Hospitalier de Versailles doit encore le retranscrire pleinement dans ses organisations

Le Centre Hospitalier de Versailles s'est résolument engagé dans le virage ambulatoire grâce à l'adhésion des professionnels évoquée précédemment. Toutes disciplines confondues, en chirurgie et en médecine, le nombre de séjours en ambulatoire a augmenté de 8 % par an entre 2012 et 2015, soit une croissance annuelle moyenne supérieure à tous les autres modes de prise en charge ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

	Croissance de séjours annuelle moyenne (2012-2015) (%)	Nombre de séjours supplémentaires entre 2014 et 2015	Volume moyen de séjours supplémentaires entre 2012 et 2015	CA T2A moyen supplémentaire (K€) entre 2012 et 2015
Hospitalisation complète	3%	1 648	704	2 408
Ambulatoire	8%	1 102	635	778
Séances	5%	-69	227	126
<b>Total</b>	<b>5%</b>	<b>2 681</b>	<b>1 566</b>	<b>3 312</b>

Source : PMSI, « type de séjours : hospitalisation complète, ambulatoire, séances », 2012-2015

Il convient néanmoins de distinguer les situations de la médecine et de la chirurgie qui n'en sont pas tout à fait au même point et ne s'inscrivent pas dans la même dynamique.

L'ambulatoire est pour partie bien développé en chirurgie avec un taux de 76,55 % pour les 55 gestes marqueurs en 2015. La progression de l'ambulatoire en chirurgie est toutefois ralentie depuis 2015 en raison d'un bloc opératoire saturé et d'une distance de 4 étages entre celui-ci et l'unité de chirurgie ambulatoire.

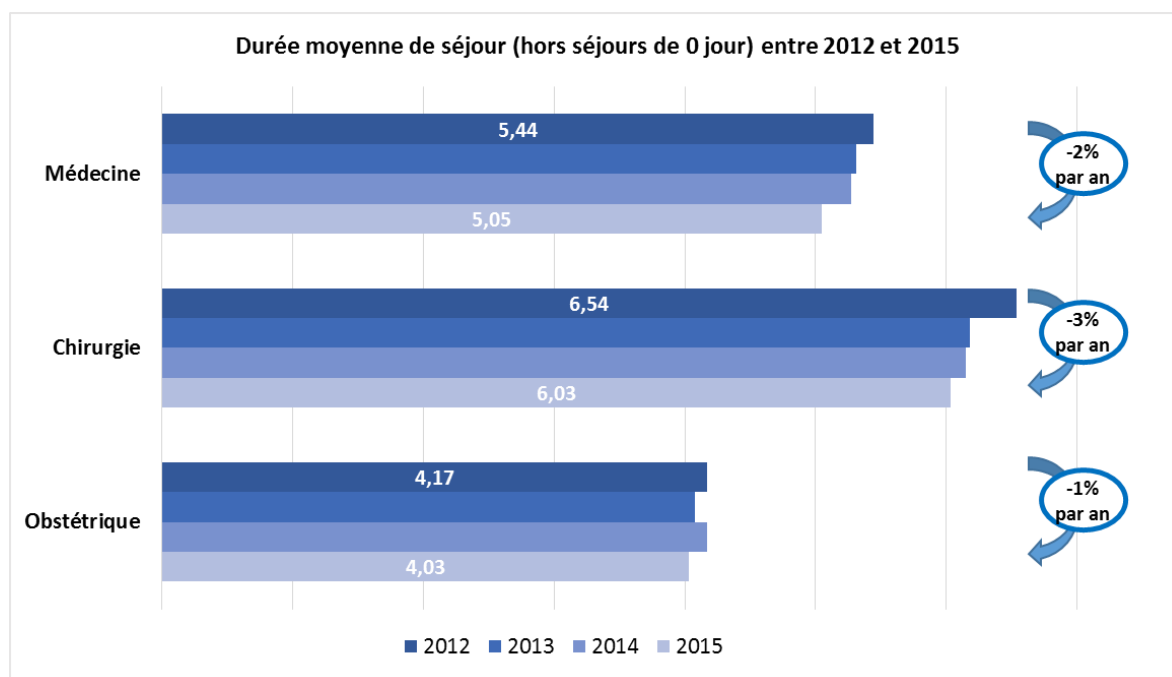
En médecine, l'ambulatoire est principalement développé en hémato-oncologie. Les séances de l'hôpital de jour de ce service représentent en effet 71 % du nombre total de séances de l'établissement<sup>24</sup>. D'autres services de médecine proposent des prises en charge d'hôpital de jour « bilan et diagnostic », mais dans des proportions plus modestes.

---

<sup>24</sup> Sur la période janvier-novembre 2015. Source : contrôle de gestion du Centre Hospitalier de Versailles.

Un groupe de travail a été constitué en interne en janvier 2016 pour déterminer le dimensionnement d'un futur hôpital de jour de médecine multidisciplinaire réunissant non seulement les prises en charge déjà réalisées en ambulatoire et actuellement dispersées dans l'établissement, mais prenant également en compte le potentiel de bascule de certains séjours supérieurs à une nuit.

Parallèlement au développement de l'ambulatoire, une baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) est constatée dans les trois domaines d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique. Si cette diminution est hétérogène, elle laisse présager des marges de développement d'activité ou des possibilités de transformations organisationnelles dans l'ensemble des secteurs.



Source : contrôle de gestion du Centre Hospitalier de Versailles.

L'évolution de la DMS ne dépend pas seulement de l'organisation interne d'un établissement, mais aussi des solutions d'aval dont il dispose. Pour organiser au mieux la sortie des patients, l'hôpital peut recourir à des services tels que la HAD (hospitalisation à domicile) ou le dispositif PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation). Situé dans un territoire peu doté en service de HAD, le Centre Hospitalier de Versailles a un taux de recours à ce mode de prise en charge inférieur à la cible fixée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) : 3,6 % au lieu de 4 %. Le recours au dispositif PRADO est également largement inférieur aux possibilités avec un nombre



d'adhésions rapporté au potentiel identifié qui varie de 51,94 % à 13,64 % selon les spécialités<sup>25</sup>. Un meilleur usage de ces dispositifs ainsi que la structuration de filières de soins au sein du groupement hospitalier de territoire permettraient de fluidifier le parcours du patient et d'optimiser encore davantage la DMS.

Le potentiel de développement d'activité dégagé par la baisse des DMS n'est pas pleinement exploité par l'établissement. Ainsi, le taux d'occupation en médecine et en chirurgie est en baisse entre 2012 et 2014, respectivement de 91,5 % à 89,9 % et de 85,2 % à 82 %<sup>26</sup>. Les situations sont très hétérogènes selon les services avec des taux d'occupation variant de 60,4 % à 95,3 % (hors unités ambulatoires et Unité d'Hospitalisation de Courte Durée). Le taux d'occupation des services d'hospitalisation de semaine est notamment de 77%, ce qui traduit une marge de progrès pour l'établissement sur ce type de prise en charge.

Une diminution de la durée moyenne de séjour associée à un taux d'occupation en baisse est même particulièrement inquiétante pour la situation financière de l'établissement. La performance d'un centre hospitalier dépend essentiellement de la relation entre les principaux déterminants de la production de soins qui sont : la DMS, le taux d'occupation et le nombre annuel de séjours par lit<sup>27</sup>. Le taux d'occupation appliqué au nombre de lits indique le nombre de journées d'hospitalisation qu'il faut diviser par la DMS pour obtenir le nombre de séjours. A taux d'occupation constant, une baisse de la DMS équivaut à une hausse du nombre de séjours pour un volume de journées d'hospitalisation équivalent. Dans ce cas de figure, l'établissement facture toujours autant de journées d'hospitalisation aux patients via le tarif journalier de prestations (TJP) et augmente le nombre de séjours facturés à l'assurance maladie. A l'inverse, une diminution concomitante du taux d'occupation va minorer le gain réalisé sur le nombre de séjours facturés et engendrer une perte sur le volume des journées auxquelles est appliqué le TJP. Si le niveau de charges reste le même, le résultat d'une telle évolution peut être une perte pour l'établissement, ce qui oblige à ajuster les moyens mis en œuvre à la structure d'activité constatée.

---

<sup>25</sup> Feuille de route plan triennal, Agence Régionale de Santé Ile-de-France, 26 février 2016

<sup>26</sup> Source : contrôle de gestion, Centre Hospitalier de Versailles.

<sup>27</sup> Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre V « L'organisation de l'hôpital », p. 116, Cour des comptes, 2009.

Afin d'exploiter les marges de manœuvre dégagées par les transformations des pratiques médicales, l'établissement doit adapter ses structures à ces nouvelles façons de faire. Les changements à mener sont de plusieurs ordres. En s'en tenant aux seuls constats réalisés à ce stade, trois pistes de travail sont déjà identifiées :

- Développer une stratégie immobilière pour adapter les locaux et favoriser les circuits courts. Il est ainsi prévu, par exemple, la création d'un secteur ambulatoire, l'ouverture d'une salle d'endoscopie et l'aménagement de l'unité d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (ANCA) sur le même niveau que le bloc.
- Développer les solutions d'aval et définir des filières de soins sur le territoire afin de fluidifier le parcours du patient.
- Ajuster les organisations au volume et au type d'activité constatée, l'évolution du taux d'occupation laissant penser que certains services deviennent surdimensionnés.

Ces différents axes de travail ne s'inscrivent pas dans la même temporalité et doivent être échelonnés. Il faut en effet remplir l'objectif de court terme de retour à l'équilibre financier et renforcer le positionnement stratégique de l'établissement, ceci nécessitant d'adapter sa structure aux besoins de santé de la population présents et à venir, aux évolutions des pratiques médicales, ainsi qu'à la nouvelle donne territoriale issue des GHT et des recompositions de l'offre de soins.

## **2 Comment définir une stratégie capacitaire tenant compte des besoins de santé constatés et anticipant efficacement les transformations futures des déterminants de l'offre de soins ?**

La recomposition capacitaire n'est pas seulement l'adaptation aux transformations des pratiques médicales et aux évolutions des besoins de santé déjà constatées, c'est également l'anticipation des changements à venir. Si elle permet à court terme la mise en cohérence des moyens matériels et humains au volume et à la nature de l'activité, et est donc un moyen d'améliorer un cycle d'exploitation dégradé dans une démarche de plan de retour à l'équilibre financier, elle doit également permettre à plus long terme de renforcer le positionnement stratégique de l'établissement en le dotant de la structure la plus à même de répondre efficacement à la demande de soins future.

La réflexion capacitaire doit donc se décliner en plusieurs phases et être basée sur un diagnostic différencié entre le court terme et le long terme. La structure de l'établissement est-elle cohérente avec le niveau d'activité et les modalités de prise en charge ? Comment est-ce que le volume et la nature de l'activité vont évoluer ? Quelles seront les évolutions des pratiques médicales et les transformations organisationnelles du territoire de santé à prendre en compte ?

## 2.1 Un diagnostic de la cohérence entre les organisations, le volume d'activité et les modalités de prise en charge doit être établi

La recherche du juste dimensionnement capacitaire a pour objectif d'aboutir à l'évaluation des ressources strictement nécessaires à une unité médicale pour assurer son activité. Le niveau d'activité n'est pas le seul indicateur à prendre en compte, puisque la démarche s'inscrit dans un enjeu plus global d'efficience et d'amélioration des prises en charge et doit « *permettre au patient d'être accueilli dans la spécialité et la structure de prise en charge adéquates et pour la juste durée* »<sup>28</sup>. L'analyse doit donc considérer plusieurs déterminants, notamment le volume d'activité, le mode d'hospitalisation, les durées d'hébergement, les niveaux de sévérité et le taux d'occupation cible, ainsi que les possibilités de regroupement par type de prise en charge, par proximité médicale et selon la structure des locaux.

Pour mener cette analyse, le Centre Hospitalier de Versailles a eu recours à l'outil *Ælipce* développé par l'ANAP qui permet de lier l'activité, le capacitaire, les ressources humaines, la surface, et les données économiques et financières. L'exemple développé ici sera celui de l'étude des hôpitaux de semaine (HDS) de médecine, avec un focus sur celui de cardiologie, et la simulation des regroupements possibles en hôpitaux de jour (HDJ) et en unités dites d'hospitalisation programmée de durée déterminée (HPDD).

La méthodologie de l'étude a été conforme aux recommandations de l'ANAP<sup>29</sup>. Un groupe de travail pluridisciplinaire associant le personnel médical et paramédical, les ressources humaines, la direction des affaires financières et le contrôle de gestion a été constitué pour chacun des pôles concernés. Ces groupes de travail ont contribué à chaque étape de l'étude et ont validé les différentes actions afin de fiabiliser les données et leur traitement, et de favoriser l'adhésion la plus large possible à la méthode et aux constats réalisés. Une pilote de projet a été désignée en la personne de la Directrice des opérations et des projets (DOP).

---

<sup>28</sup> *Recueil de fiches pratiques sur l'efficience hospitalière*, « Fiche 2-5 : Le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète », Direction Générale de l'Offre de Soins, Mise à jour avril 2016.

<sup>29</sup> *Ælipce Evaluation et Amélioration des indices de performance des organisations, Guide d'utilisation de l'outil, Module 1 – Modélisation de l'activité clinique*, ANAP, Mai 2012.

La pilote de projet a été la référente des membres des différents groupes de travail et a eu pour objectif d'impliquer le plus possible tous les acteurs tout au long de l'élaboration du diagnostic qui a été conduite en quatre étapes, identifiées par l'ANAP comme les « passages obligés pour l'équipe projet, nécessaires à la bonne utilisation de l'outil »<sup>30</sup> :

- Etape 1 : Construction de la base de données, consolidation et vérification de la cohérence des données ;
- Etape 2 : Vérification des indices de performance initiaux au regard de la situation de l'établissement ;
- Etape 3 : Définition et écriture des scénarii ;
- Etape 4 : Construction de scénarios avec l'outil.

Dans une logique de co-construction des constats et des différents scénarios d'évolution, il était initialement prévu que dans l'étape 1 les cadres administratifs de pôle soient chargés de saisir les données dans *Ælipce* et que cette saisie soit ensuite vérifiée par la pilote du projet et le groupe de travail. Les contraintes de temps et les difficultés d'appropriation de l'outil ont contraint à conduire une démarche inverse, la pilote du projet saisissant les données après validation de la méthode avec les cadres administratifs de pôle et le contrôle de gestion.

Les données utilisées ont été les fichiers RSS (résumé de sortie standardisé)<sup>31</sup> qui ont été importés dans le logiciel. Une fois ces données d'activité importées, il faut les imputer à la bonne entité de comptabilité analytique afin d'avoir la comparaison la plus juste possible entre la production de soins et les ressources utilisées.

Ce travail d'imputation de l'activité à la bonne entité a été réalisé en lien avec le contrôle de gestion et les cadres administratifs de pôle pour chaque spécialité et mode de prise en charge considéré. La difficulté majeure est que les différentes activités d'un service ne sont pas toutes retranscrites de la même façon. Si dans certaines spécialités chaque mode de prise en charge fait l'objet d'un Centre d'Activité (CAC) identifié dans le Fichier commun de

---

<sup>30</sup> Ibid., p. 2.

<sup>31</sup> Résumé de sortie standardisé : Recueil de l'ensemble des informations standard relatives à un séjour hospitalier en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Le résumé de sortie standardisé (RSS) est constitué d'un ou de plusieurs résumé(s) d'unité médicale, selon le nombre d'unités médicales fréquentées par le malade pendant le séjour concerné. *Glossaire*, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

structure (FICOM), cela n'est pas une pratique généralisée dans l'ensemble de l'établissement. Par exemple, les services pratiquant de l'hospitalisation de jour n'ont pas tous un CAC HDJ et n'identifient donc pas dans la comptabilité analytique les moyens associés à ce mode de prise en charge. Il a donc été nécessaire de définir avec les cadres administratifs de pôle et le contrôle de gestion le périmètre exact de chaque activité afin de garantir la cohérence de l'analyse des données et éviter la contestation des chiffres. Afin d'avoir la vision la plus juste des ressources allouées à une activité, la pilote du projet et les cadres administratifs de pôle ont recensé ensemble les lits dédiés, leurs jours d'ouverture et les fermetures éventuelles en week-end ou en été.

Une fois les données d'activité entrées dans Ælipce et les entités auxquelles les imputer paramétrées, le logiciel produit un certain nombre d'indices de performance dont la cohérence est vérifiée à nouveau avec les cadres administratifs de pôle et le contrôle de gestion. C'est l'étape 2 du processus recommandé par l'ANAP. Ces indices de performance sont résumés dans un tableau qui permet d'en faire une présentation synthétique aux différents acteurs concernés. A titre d'exemple, voici celui reprenant l'analyse des données d'activité pour l'unité d'hospitalisation de semaine de cardiologie :

Tableau de bord Ælipce de l'hospitalisation de semaine en cardiologie

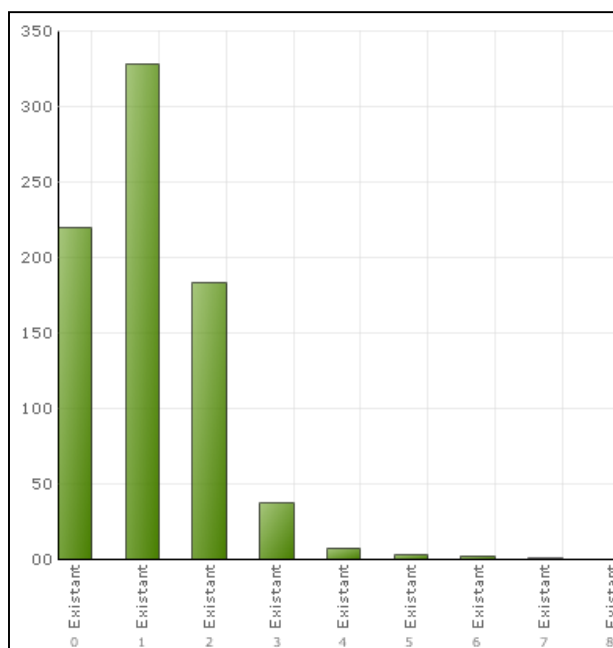
Unité HDS en Cardiologie	Existant
Nb. de lits et places installés	8
Nb. Journées	1 126
Nombre total de RUM	784
Nb. RUM de 0 nuit	220
% de séjours mono-RUM	98
Durée Moyenne des RUM (jours)	1,44
Niveau de sévérité	0,84
Taux d'occupation brut (%)	39
Taux d'occupation par lit et place ouvert (%)	64

Le premier élément d'analyse porte sur le taux d'occupation corrigé (TOC) afin d'avoir une mesure de l'activité comparée aux moyens dont dispose l'unité médicale. Afin de mesurer précisément les besoins de l'entité étudiée, le taux d'occupation corrigé ne concerne que l'activité qui y est directement imputable. Il est différent du taux d'occupation physique de l'unité et ne prend en compte que l'activité codée par l'unité. Il exclut donc les hébergements de patients pris en charge dans d'autres unités médicales, mais inclut

l'activité exportée dans d'autres services. Le taux d'occupation corrigé est ensuite retraité des fermetures éventuelles en week-end et en été afin d'aboutir à un taux d'occupation par lit et place ouvert représentant l'utilisation des ressources réellement disponibles. Avec un taux d'occupation par lit et place ouvert de 64 %, l'hôpital de semaine de cardiologie semble surdimensionné sur la base de ce premier indicateur.

En considérant le nombre élevé de résumés d'unité médicale de 0 nuit, 220 sur un total de 784 soit 28 %, la structure paraît également peu adaptée à la nature de son activité puisqu'un certain nombre de prises en charge relèvent de l'hospitalisation de jour et non de l'hospitalisation de semaine. Le tableau ci-dessous montre non seulement cette surreprésentation de séjours de 0 nuit, mais également l'hébergement de séjours relevant davantage de l'hospitalisation complète puisqu'étant d'une durée supérieure à 4 jours.

Nombre de RUM par durée de séjour



La présentation de ces données est un élément fort de communication auprès des équipes médicales qui disposent alors d'éléments objectifs de mesure du volume et de la nature de leur activité, ainsi que d'une comparaison avec les moyens associés réputée fidèle car construite en lien avec eux et les cadres administratifs de pôle. Cette mesure peut aider à définir des périmètres plus pertinents. La simulation *Ælipce* montre ainsi qu'au lieu des 8 lits d'hospitalisation de semaine en cardiologie, il serait plus adapté d'avoir une unité d'hospitalisation de semaine de seulement 5 lits et de faire basculer les 220 séjours

ambulatoires en hospitalisation de jour où ils ne nécessiteraient qu'une place. Cela représenterait un gain de 3 lits contre la création d'une place. Avec une telle évolution, le taux d'occupation par lit et place ouvert serait de 73 % pour une activité identique, mais répartie différemment. Les patients seraient alors accueillis dans la structure la plus pertinente en fonction de leurs besoins.

Simulation AElipce du nouveau dimensionnement de l'hospitalisation de semaine en cardiologie

Unité HDS en Cardiologie	Existant
Nb. de lits et places installés	5
Nb. Journées	805
Nombre total de RUM	548
Nb. RUM de 0 nuit	0
% de séjours mono-RUM	99
Durée Moyenne des RUM (jours)	1,47
Niveau de sévérité	0,93
Taux d'occupation brut (%)	44
Taux d'occupation par lit et place ouvert (%)	73

Suite à la présentation de ces données et à la constatation de l'inadéquation de certaines structures avec leur activité, il devient possible de discuter avec les trios de pôle quels regroupements par spécialités et par modes de prise en charge étaient possibles afin de délimiter des unités médicales permettant une juste allocation des ressources. A l'issue de cette troisième étape, le niveau de regroupement retenu dans un premier temps a été un niveau intrapôle. Les limites pour le regroupement de certains modes de prise en charge ou de certaines spécialités ont été définies avec les trios de pôle. Il a ainsi été entendu que la pédiatrie et la gériatrie ne pouvaient être intégrées dans les regroupements en raison de leurs spécificités, et également en raison de son éloignement géographique pour la gériatrie dont l'hôpital de jour est implanté sur un autre site.

Ces hypothèses définies, puis les ressources nécessaires pour chaque spécialité et chaque mode de prise en charge connues, les contours de nouvelles unités médicales peuvent être dessinés. Selon le témoignage de la pilote du projet, le changement se matérialise le plus fortement pour les acteurs au moment où est proposé un schéma d'implantation des nouvelles unités. Bien amené par un travail d'analyse qui les a associés, les différents intervenants acceptent davantage ce changement et peuvent se projeter dans la résolution des problèmes concrets que cette implantation peut poser.



Cette étape d'analyse et ces premières restructurations à effet immédiat ne tiennent pas compte des projections d'activité. L'ensemble des intervenants ont conscience qu'il ne s'agit que d'une étape intermédiaire et qu'un scénario à horizon 2020 est déjà en cours de préparation. Ce sont donc des transformations de court terme, nécessaires dans le cadre du Plan de retour à l'équilibre, en raison d'une contrainte financière immédiate et d'un objectif de meilleure adéquation entre les structures d'accueil et les besoins du patient, mais qui doivent préparer les restructurations futures.

Des résistances au changement pourraient apparaître quand celui-ci est perçu comme la préfiguration de bouleversements futurs. Pourquoi changer maintenant si c'est pour mener encore d'autres transformations plus tard ? Cette restructuration en deux phases a pourtant été bien acceptée, car intégrée dans un schéma immobilier qui a une logique cohérente et dont chacun perçoit bien les avantages :

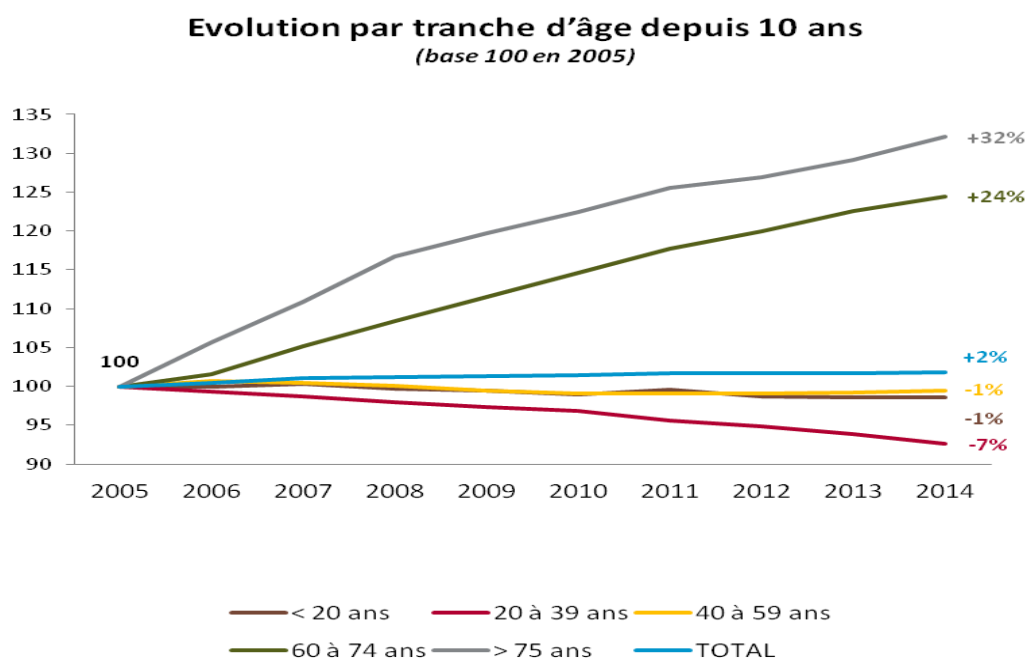
- regroupement des soins intensifs ;
- regroupement des soins ambulatoires au rez-de-chaussée pour favoriser les circuits courts ;
- regroupement des plateaux techniques de biologie ;
- regroupement des consultations.

Engageant l'établissement pour longtemps, ce schéma directeur immobilier doit le préparer à répondre à la demande de soins future.

## 2.2 La quantification du volume et de la nature de la demande de soins future sur son territoire est l'un des fondements de l'ajustement capacitaire

La légitimité de l'ajustement capacitaire repose sur le souci de proposer à la population une offre de soins adaptée à ses besoins présents et futurs. Cette exigence de structurer l'offre de soins sur la base d'une demande prévisionnelle en santé est de plus en plus prégnante depuis la loi hospitalière de 1991 qui fait entrer cette disposition nouvelle dans le Code de la Santé Publique : « *la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé* »<sup>32</sup>.

La première étape pour estimer les besoins de soins futurs de la population est d'analyser sa dynamique d'évolution. Dans le cas du Centre Hospitalier de Versailles, son territoire se caractérise par une population en croissance, au niveau de vie élevé, qui est plus vieillissante que la moyenne nationale<sup>33</sup>.

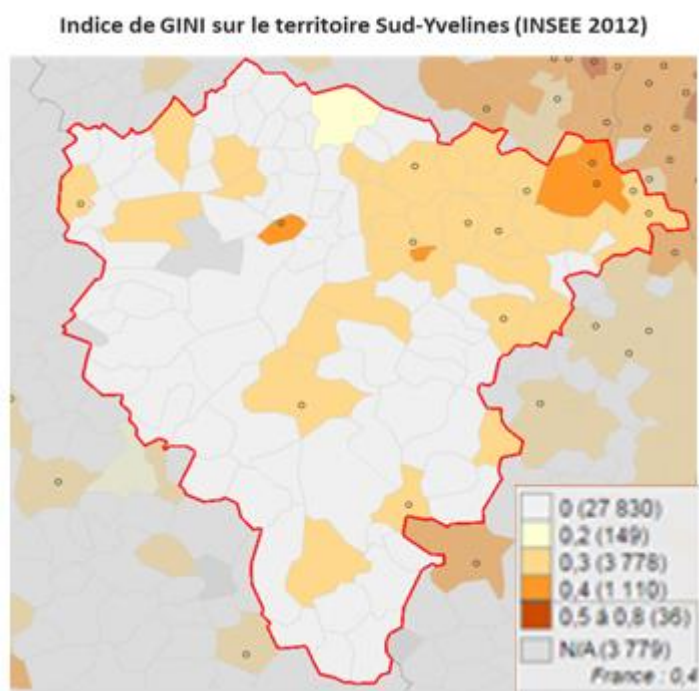


<sup>32</sup> Article 4 de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

<sup>33</sup> Source : INSEE, 2013-2014.

Ce vieillissement de la population s'illustre tout particulièrement par l'évolution opposée de la population par tranche d'âge. Depuis 2005, la part de la population des Yvelines âgée de plus de 75 ans a augmenté de 32% et celle des personnes âgées de 60 à 74 ans de 24% tandis que sur la même période, le nombre des jeunes actifs (20 à 39 ans) a diminué de 7%.

Plus vieillissante que la moyenne nationale, la population du territoire des Yvelines est également plus riche. Le revenu mensuel fiscal par unité de consommation médian est sensiblement plus élevé dans les Yvelines (2 088 €) que la médiane nationale (1 563 €)<sup>34</sup>. Il est toutefois marqué par de fortes inégalités sociales avec un indice de Gini variant de 0 à 0,4 en périphérie de Paris<sup>35</sup>.



L'analyse de la population par les catégories socio-professionnelles montre également une population plus favorisée que la moyenne nationale. Alors que les ouvriers et les employés représentent 30 % de la population métropolitaine, ils ne comptent que pour 18 % des

---

<sup>34</sup> *Une forte hétérogénéité des revenus en Ile-de-France*, Jessica Labrador, Ile-de-France à la page, décembre 2013 – N° 414, Insee,

<sup>35</sup> Enquête *Revenus fiscaux et sociaux* de 2012, Insee.

habitants des Yvelines<sup>36</sup>. La part des cadres et professions intellectuelles supérieures est au contraire beaucoup plus importante que la moyenne nationale : 24 % dans les Yvelines contre 9 % pour l'ensemble de la France métropolitaine.

S'il n'est pas aisé de mesurer l'impact précis de ces données populationnelles sur la dynamique épidémiologique du territoire, il est toutefois possible d'en déduire quelques hypothèses pour prévoir l'évolution des besoins en santé.

Les besoins de santé sont définis comme « *l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou ses représentants* »<sup>37</sup>. La mesure des besoins de santé repose donc à la fois sur une évaluation objective de l'état de santé de la population et sur la détermination de l'état de santé souhaité qui est, lui, éminemment subjectif.

Le vieillissement de la population sur la zone d'attractivité du Centre Hospitalier de Versailles est un facteur objectif de croissance de la demande en soins sur le territoire. Il se traduit en effet par une augmentation de la charge des maladies non transmissibles que sont la maladie d'Alzheimer et autres pathologies neurodégénératives associées à la vieillesse, le diabète, les pneumopathies chroniques, les cancers, les maladies cardiovasculaires et les troubles de l'appareil locomoteur. Cette nouvelle donne épidémiologique devrait accroître les besoins en matière de dépistage précoce et de suivi des pathologies chroniques, particulièrement pour les patients âgés.

Cette dynamique nécessite d'une part de conforter les coopérations entre les différents acteurs. Dans ce cadre, le Centre Hospitalier de Versailles a contribué à élaborer une démarche pluridisciplinaire de suivi de sortie des patients hospitalisés de plus de 75 ans afin d'améliorer les mécanismes de coordination entre la ville, l'hôpital et les Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec un adressage approprié et la transmission des éléments médicaux. D'autre part, chaque acteur doit également prendre les dispositions nécessaires en interne pour prendre en charge du mieux possible des patients âgés qui souffrent souvent de plusieurs pathologies. Les organisations mises en place doivent donc faciliter l'intervention de plusieurs professionnels de spécialités

---

<sup>36</sup> Source : Insee (2011).

<sup>37</sup> *Peut-on quantifier les besoins de santé ?*, Chantal Cases et Dominique Baubeau, Solidarité et Santé, N°1, 2004.

différentes auprès du patient. Le regroupement de plusieurs unités d'hospitalisation de jour en un même hôpital de jour de médecine multidisciplinaire (HDJMM) permet de favoriser cette pluralité d'interventions, en plus d'être un outil de réduction du nombre de places ouvertes.

Selon la sociologie de la population, les besoins de santé sur un territoire sont plus ou moins latents, ressentis ou exprimés. Les besoins latents sont des besoins dont ni la population, ni les professionnels de santé n'ont conscience. Les besoins ressentis sont ceux dont la population a conscience. Cette perception des besoins augmente avec le niveau d'éducation et d'information médicale, et la capacité à mesurer son état de santé. Quand le besoin ressenti est exprimé, il devient une demande à laquelle le système de santé devra répondre. Pour qu'un besoin en santé soit exprimé, il faut que la personne ait la capacité de le faire et ait confiance dans les professionnels de santé. Cette possibilité augmente également avec le niveau d'éducation et d'information médicale.

La population des Yvelines, aux revenus plus conséquents que la moyenne nationale et donc moins soumise à la pression financière du reste à charge, a également un niveau d'éducation élevé et un bon accès à l'information médicale. Les besoins de santé exprimés sont donc importants.

L'état de santé prévisionnel de la population, dégradé du fait de son vieillissement, ainsi que la perception accrue des besoins de santé de personnes ayant un meilleur accès aux professionnels et à l'information médicale, confortent l'idée d'une demande de soins croissante à laquelle devra répondre le Centre Hospitalier de Versailles. Les hypothèses sur lesquelles est déterminé le capacitaire cible font donc état d'une activité en hausse.

### **2.3 La détermination d'un capacitaire cible se fonde également sur l'anticipation des recompositions territoriales et des évolutions de pratiques**

Si les besoins de santé sont un facteur déterminant dans la définition d'un capacitaire cible, l'évolution prévisible de l'offre de soins sur le territoire est également essentielle. Le projet du Centre Hospitalier de Versailles doit donc tenir compte des recompositions de l'offre de soins sur son territoire et des transformations des pratiques médicales.

Avec 19,4 % de parts de marché en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) hors séances en 2015, contre 18,2 % en 2014<sup>38</sup>, le Centre Hospitalier de Versailles est leader sur sa zone de recrutement dont l'activité est captée par une vingtaine d'établissements. Les Yvelines Sud sont en effet un secteur très concurrentiel où les parts de marché sont dispersées du fait d'un nombre élevé d'établissements de santé, notamment les privés dont les parts de marché cumulées s'élèvent à 31 %.

La restructuration de cette offre de soins privée avec des regroupements en vue de constituer un opérateur important en MCO, ainsi que le transfert de l'offre de soins de suite et de réadaptation (SSR) située très au Sud du département des Yvelines vers une commune limitrophe de Versailles, vont bouleverser les équilibres présents et modifier sensiblement les opportunités qui s'offrent au Centre Hospitalier de Versailles. L'attractivité salariale du secteur privé pour les professionnels de santé dans des spécialités médicales en tension comme la chirurgie, l'anesthésie et l'imagerie peut également mettre en péril l'éventail de l'offre de soins proposée par les établissements publics si ceux-ci ne parviennent pas à recruter.

Dans ce contexte de forte concurrence, le capacitaire cible a été défini en fonction des activités sur lesquelles le Centre Hospitalier de Versailles est leader ou connaît une croissance dynamique, mais aussi en fonction des orientations du projet médical partagé du GHT dans une logique de renforcement de l'offre de soins publique. Il s'agit de transformer ces opportunités en relais de croissance pour développer de nouveaux secteurs d'activité ou renforcer des positions. La constitution de filières de soins au sein du

---

<sup>38</sup> Source Atih, voir annexe 3.

GHT devra permettre, avec une meilleure coordination et une spécialisation accrue de chaque établissement, de renforcer les positionnements stratégiques des parties au groupement. L'évolution capacitaire dans chaque spécialité est ainsi évaluée en fonction du rôle du Centre Hospitalier de Versailles dans les filières de soins mises en place et des solutions d'aval qui sont définies.

Ces recompositions territoriales ne sont pas que des variations dans le nombre et dans la position géographique des ressources médicales. Celles-ci s'accompagnent en effet de bouleversements dans les méthodes de travail des professionnels de santé qui ont un impact très important sur les besoins en soins. La meilleure coordination des acteurs attendue suite à la constitution d'un grand groupe privé et d'un groupement hospitalier de territoire devrait réduire le nombre de lits nécessaires. Une étude du Dartmouth Atlas of Health Care a montré une variation de 1 à 3 du nombre de journées d'hospitalisation en fonction du niveau de coordination. En comparant le parcours de soins de patients atteints de pathologies chroniques similaires, il a été observé une moyenne de 10,6 journées d'hospitalisation dans l'Oregon, contre une moyenne de 34,9 jours à Manhattan pour un même profil. Cette différence s'explique par une meilleure coordination et une plus grande effectivité des parcours de soins<sup>39</sup>.

Outre le positionnement de l'établissement dans l'offre de soins du territoire, l'ajustement capacitaire intègre également les changements des pratiques en interne. Les transformations organisationnelles, médicales et soignantes entraînent, en raison du développement de l'ambulatoire et de la baisse des durées moyennes de séjour, un amoindrissement du rythme de progression du nombre de journées d'hospitalisation par rapport à la hausse des besoins de santé.

L'ajustement capacitaire peut même être un facteur d'accélération de ces changements avec des regroupements facilitant l'organisation des parcours patient par mode de prise en charge et la coordination des interventions successives de professionnels de santé de spécialités différentes. Il n'est alors pas seulement une adaptation aux besoins, il est aussi un facteur de diminution des moyens matériels et humains nécessaires aux prises en charge, et surtout un vecteur d'amélioration de la qualité des soins. La définition de la

---

<sup>39</sup> J.E. Wennberg et al., *Tracking the Care of Patients with Severe Chronic Illness: The Dartmouth Atlas of Health Care 2008*, (Lebanon, N.H.: Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, 2008).

capacité des nouvelles unités de soins ne peut donc pas se résumer à une projection tendancielle de l'activité. Il convient d'établir avec les professionnels le catalogue des prises en charge éligibles à ces regroupements par types de prise en charge, ce qui permettra par la suite de définir le potentiel d'activité de chacune de ces unités. Le dimensionnement ne peut être évalué qu'ensuite, en intégrant directement les gains potentiels en fluidité des parcours, accélération des rotations, rapidité d'intervention des différents professionnels et mutualisations.

Les pratiques médicales sont ainsi modifiées par l'ajustement capacitaire et les modalités de prise en charge des différentes pathologies doivent donc être documentées pour évaluer les moyens nécessaires dans l'organisation nouvelle. L'ajustement capacitaire devient alors une composante à part entière du projet médical.



### **3 Conduire le changement en intégrant les contraintes de court terme et faire de l'ajustement capacitaire un vecteur d'innovation et de progrès au service du patient**

Le Centre Hospitalier de Versailles a été confronté à une difficulté supplémentaire : la nécessité de mener de front l'ajustement capacitaire et des mesures de court terme indépendantes, mais pesant sur les organisations soignantes.

La difficulté a été double : d'une part, intégrer ces restructurations de court terme et de long terme dans un ensemble cohérent, afin que les premières ne deviennent pas un facteur bloquant pour les secondes, et d'autre part, décliner une communication institutionnelle claire afin de distinguer les deux démarches et de convaincre.

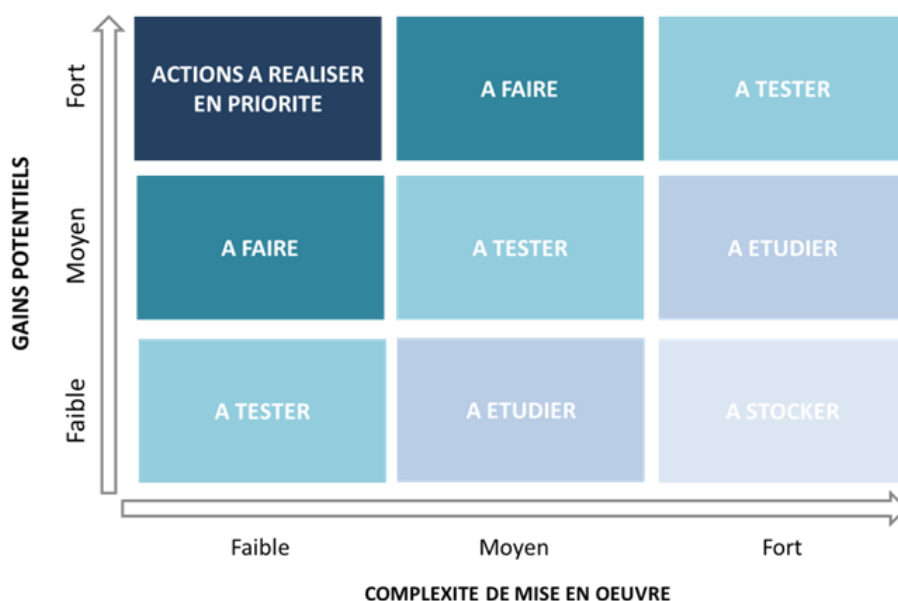
Alors que l'ajustement capacitaire semble subi, l'objectif est de transformer cette démarche en élément positif vecteur d'innovation et de progrès dans la prise en charge des patients.

### 3.1 Les restructurations de court terme sont menées tout en préparant l'avenir

Les premières opérations conduites dans le cadre du plan de retour à l'équilibre ont consisté en la révision des maquettes soignantes avec des modifications dans les horaires de travail, des changements dans les modalités de remplacement et des réductions d'effectifs, afin d'aboutir à des « maquettes sèches » ajustées au plus juste aux besoins en personnel dans les services. Ces réorganisations se font à périmètres d'activité et de service constants et sont donc déconnectées de l'ajustement capacitaire. Ce sont toutefois ces gains rapides qui permettent de prendre le temps nécessaire à l'évaluation des besoins présents et futurs, à la définition d'un capacitaire cible et à l'élaboration des organisations qui permettront de l'atteindre.

Les actions du plan de retour à l'équilibre, ainsi que l'ensemble des sous-actions conduites dans le cadre de l'ajustement capacitaire, ont été priorisées conformément aux préconisations de l'ANAP en fonction de leur complexité de mise en œuvre et du niveau des gains pouvant être escomptés. Les actions les plus rapides et dégagant le retour sur investissement le plus fort ont été menées en priorité afin de convaincre par l'exemple et de financer les actions à suivre.

#### Les critères de priorisation des actions<sup>40</sup>



<sup>40</sup> Trame méthodologique pour la mise en œuvre et le développement des hôpitaux de jour de médecine (multidisciplinaires), ANAP, document de travail, mars 2016.

En raison de la situation financière dégradée du Centre Hospitalier de Versailles, l'établissement ne dispose que d'une capacité d'investissement limitée pour développer ses projets. Dans le cadre spécifique de l'ajustement capacitaire, un autre paramètre est également à prendre en compte : la répartition et la disponibilité des surfaces. Afin de ne pas perturber l'activité, les travaux sont programmés en une succession « d'opérations-tiroirs », c'est-à-dire qu'ils sont échelonnés dans le temps et que les services affectés sont temporairement hébergés dans d'autres locaux. L'organisation des travaux en plusieurs phases suppose non seulement de prévoir des solutions de transition, mais également d'anticiper l'usage des espaces libérés par les services qui sont regroupés et/ou dont le dimensionnement est réduit.

L'ensemble des transformations à venir ont donc été intégrées au schéma directeur immobilier qui dessine la structure de l'hôpital prévue à la fin de ces opérations. L'ajustement capacitaire est alors l'occasion de revoir toute la cohérence de la répartition des surfaces.

Parallèlement aux actions engagées dans le cadre du PRE, le Centre Hospitalier de Versailles a élaboré un schéma directeur immobilier, véritable un outil stratégique au service du projet médical. Après une première étape qui consiste à réaliser un état des lieux de l'existant avec un zoning fonctionnel délimitant les surfaces et mentionnant leurs caractéristiques techniques ainsi que leur usage, le schéma directeur immobilier permet d'identifier un potentiel de constructibilité et de réutilisation au regard du bâti, des contraintes du plan local d'urbanisme et des capacités de financement. C'est sur cette base qu'un état projeté comprenant un volet financier ainsi qu'un calendrier des différentes opérations programmées est dressé.

Intégrant les contraintes du plan de retour à l'équilibre et de la capacité de financement réduite de l'établissement, les premières opérations prévues dans le cadre du schéma directeur immobilier sont celles générant un retour sur investissement rapide afin d'améliorer le taux de marge brut. Dans une volonté de diversifier les leviers actionnés pour le retour à l'équilibre financier, ces opérations doivent également permettre autant que possible le développement de recettes annexes.

Les différents regroupements et mutualisations nécessitant des travaux plus importants et ne pouvant être réalisés que lorsque l'ensemble des organisations médicales et soignantes

permettant de travailler efficacement dans ces nouvelles structures auront été définies, ne seront réalisés qu'ultérieurement. Ainsi, la mise en place d'un hôpital de jour de médecine multidisciplinaire n'est prévue que dans un second temps. Décliné en plusieurs phases, ce programme doit également pouvoir être adapté aux transformations des activités hospitalières et des pratiques de soins qui n'auront pu être anticipées.

Même s'il repose sur un diagnostic solide et sur des projections bien documentées, l'ajustement capacitaire n'est pas un projet dont le déploiement suit strictement les prévisions initiales. C'est au contraire un projet dynamique et évolutif qui doit permettre une adaptation permanente aux besoins de santé changeants de la population et au développement de nouvelles pratiques médicales.

### **3.2 Pilotage et gouvernance de ce projet évolutif doivent être clairs et pérennes**

Alors que le retour à l'équilibre financier est un objectif de moyen terme, à horizon 3 ans, l'ajustement capacitaire s'inscrit dans un temps plus long, avec une programmation et des travaux qui engagent l'établissement pour 10 ou 15 ans. Si les gains acquis dans le cadre de l'ajustement capacitaire sont intégrés aux actions du plan de retour à l'équilibre financier, les deux démarches sont toutefois dissociées dans leurs objectifs et leur temporalité. Elles font donc l'objet d'un pilotage différent, mais sont coordonnées, avec notamment des présentations régulières de l'état d'avancement de l'ajustement capacitaire au comité de pilotage (COFIL) PRE.

Le délai long dans lequel s'inscrit l'ajustement capacitaire fait courir le risque d'un manque de continuité, d'un défaut de transmission des principes fondateurs du projet, si les professionnels qui en sont porteurs quittent l'établissement ou se désengagent de ce rôle institutionnel. Les objectifs initiaux peuvent également être perdus de vue au gré des changements de circonstances : recompositions territoriales de l'offre de soins, transformations des pratiques médicales, changements dans les besoins de santé de la population. Il est donc nécessaire de mettre en place une organisation qui permette d'assurer la cohérence entre les différentes étapes de déploiement du projet tout en adaptant la démarche aux évolutions de son environnement.

Pour cela, une équipe pluridisciplinaire a été constituée et un cycle permanent d'actualisation instauré.

Le projet est porté par une personne bien identifiée dont les missions sont transversales : la directrice des opérations et des projets (DOP). Cette fonction est relativement nouvelle dans les établissements de santé. Elle a pour objectif d'assurer le lien opérationnel entre la stratégie de l'établissement et les projets d'optimisation et de transformation qui en découlent. Elle est rattachée à la direction des travaux, de la sécurité et de la performance des organisations, dont le directeur est lui-même chargé de l'élaboration du schéma directeur immobilier. Les deux composantes du projet – organisation des soins et adaptation nécessaire des locaux – sont ainsi étroitement associées, mais portées par deux personnes différentes. Par ailleurs, un « COFIL ajustement capacitaire » a également été

mis en place afin d'associer des professionnels médicaux et soignants de différents services et spécialités, ainsi que des responsables des directions logistique et informatique, à la conception et au déploiement du projet. La prise de responsabilité de plusieurs acteurs doit permettre d'assurer une transmission des principes fondateurs ainsi que des avancées réalisées puisque celle-ci ne reposera pas seulement sur la présence d'une personne dans l'établissement.

Par ailleurs, exercice d'anticipation et d'adaptation aux besoins de santé présents et futurs, l'ajustement capacitaire est par essence un projet qui doit pouvoir s'adapter aux imprévus, aux innovations et à tout autre élément qui pourrait modifier la perception de ce qu'une offre de soins pertinente doit être. Afin d'assurer cette adaptation continue, il convient d'instaurer un cycle permanent d'actualisation.

Le renouvellement permanent au minimum tous les cinq ans du projet médical, dans lequel doit s'inscrire l'ajustement capacitaire, est une obligation depuis la loi du 31 juillet 1991<sup>41</sup>. Cette démarche doit permettre d'actualiser pour chaque spécialité les orientations stratégiques de l'établissement en fonction des évolutions démographiques et épidémiologiques, ainsi que les innovations dans les pratiques médicales et soignantes. Ce travail d'analyse régulier assure une meilleure appréciation des besoins dans chaque service.

Plus globalement, l'objectif est de concevoir au niveau de l'établissement un plan directeur cohérent déterminant l'utilisation optimale des moyens matériels et humains au regard de l'activité médicale observée et prévisible, les possibilités d'aménagement des locaux et les investissements envisageables. C'est en effet à partir d'un projet médical actualisé que le schéma directeur immobilier peut définir et prioriser les opérations à conduire, après vérification de la faisabilité architecturale, technique, urbanistique, environnementale et fonctionnelle des orientations stratégiques médicales.

Ce schéma directeur ne peut pas être actualisé sur un rythme aussi rapide que le projet médical en raison du temps demandé par les différents travaux, mais doit être renouvelé

---

<sup>41</sup> Article L.714-16 du Code de la Santé Publique : « Le Projet Médical définit, pour une durée maximale de 5 ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire. »

tous les dix ou quinze ans afin de l'adapter aux évolutions des besoins de santé du territoire et aux transformations des prises en charge. Outre la stratégie médicale, le schéma directeur immobilier doit intégrer une analyse des ressources territoriales (laboratoires de biologie par exemple), du système d'information (archivage, dossier patient, facturation et autre), et des équipements médico-techniques et logistiques disponibles ainsi que de leur renouvellement. Cela permet une mise en cohérence de l'ensemble des moyens affectés à la production de soin et de réaliser une étude des coûts d'exploitation de chaque activité. Ce diagnostic facilite l'arbitrage entre les différentes opérations immobilières, d'équipement ou de développement du système d'information, qui découlent des orientations stratégiques du projet médical.

Il s'agit de développer une approche stratégique globale et permanente d'adaptation de l'ensemble des moyens humains et matériels mobilisés pour répondre aux besoins de santé de la population afin de développer l'offre de soins hospitalière la plus pertinente possible. L'ajustement capacitaire ne se limite en effet pas à un projet ponctuel, mais consiste en une démarche continue d'adaptation de l'offre aux besoins exprimés et anticipés. Dans ce contexte, projets médicaux et schémas directeurs immobiliers sont des cadres qui fixent des orientations mais ne figent pas les choses. Il est ainsi possible de revenir sur une opération programmée en fonction des évolutions observées dans les besoins de santé, les pratiques médicales, ou la composition territoriale de l'offre de soins.

S'inscrivant dans le temps long et ayant même vocation à devenir une démarche permanente, l'ajustement capacitaire doit être dissocié du plan de retour à l'équilibre même si les gains envisagés y sont intégrés. Si ces deux éléments sont devenus concomitamment des axes forts de la stratégie du Centre Hospitalier de Versailles, il convient en effet de ne pas les confondre afin d'éviter que l'achèvement de l'un ne signe la fin de l'autre.

Consciente de cette difficulté et désireuse que l'ajustement capacitaire se poursuive au-delà du retour à l'équilibre financier, la direction les a dès le début distingués dans sa communication. Le chantier capacitaire et les actions du plan de retour à l'équilibre ont ainsi fait l'objet de présentations différentes en instance. Ces présentations soulignent des finalités convergentes entre ces deux éléments, mais qui s'expriment autrement. Ainsi, le chantier capacitaire s'inscrit dans la trajectoire de retour à l'équilibre validée en Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), mais son objectif se pose en termes de production de soins et non en termes financiers :

« *Optimisation des organisations existantes pour accroître l'activité en séjours sans augmenter le capacitaire installé* »<sup>42</sup>.

Pourtant, la révision des maquettes soignantes réalisée à court terme dans le cadre du plan de retour à l'équilibre (déploiement en septembre 2016) a été assimilée par certains représentants du personnel à une anticipation de l'ajustement capacitaire. Ceux-ci s'en sont inquiétés en instance, estimant que les plannings actuels des services étaient élaborés sur la base du nombre futur de places d'hébergement et que le personnel minimum requis était donc sous-estimé. Les actions du PRE sont ainsi parfois confondues avec l'ajustement capacitaire et le décalage temporel entre les deux démarches est alors dénoncé comme une mise en danger des patients et du personnel.

Si la différenciation des deux chantiers n'est pas toujours clairement faite ou comprise, notamment en raison d'une intégration des gains capacitaires à ceux réalisés dans le cadre du PRE et de présentations sur le capacitaire faites en COPIL PRE, l'ensemble des acteurs a toutefois intégré l'idée que l'ajustement capacitaire allait être un axe fort de la stratégie du Centre Hospitalier de Versailles pour plusieurs années, au-delà du retour à l'équilibre financier. Il est compris comme un outil d'amélioration des prises en charge dans un contexte immobilier et financier tendu. Cette prise de conscience a été facilitée par un schéma directeur immobilier qui prévoit des opérations à horizon de dix ou quinze ans.

Des entretiens menés avec les représentants du personnel, il ressort bien qu'ils n'assimilent pas l'ajustement capacitaire à une mesure d'économie, mais à une mise en cohérence de la structure hospitalière avec l'évolution des prises en charge. Le message porté par la communication institutionnelle sur ce point semble donc être partagé. La nécessité d'adapter les organisations aux transformations des besoins de santé et aux progrès dans les prises en charge est ainsi comprise par la plupart des acteurs. Néanmoins, si l'ajustement capacitaire comme adaptation est globalement accepté, il semble parfois subi par certains professionnels alors qu'il peut être lui-même porteur d'innovation et de progrès au service du patient.

---

<sup>42</sup> *Chantier capacitaire – flux de patients*, présentation en COPIL PRE du 6 juin 2016.



### 3.3 L'ajustement capacitaire doit devenir un levier d'innovation

L'ajustement capacitaire n'est pas que la conséquence des transformations dans les pratiques médicales et de la diminution des durées moyennes de séjour. Initier cette démarche au sein d'un établissement peut aussi être un facteur d'accélération de ces transformations et initier une dynamique d'innovation dans la prise en charge des patients et dans le management des équipes hospitalières.

Alors que la spécialisation croissante des professionnels de santé multiplie le nombre d'intervenants dans les prises en charge et fragmente de plus en plus le parcours des patients<sup>43</sup>, l'ajustement capacitaire est l'occasion d'améliorer la coordination des différents acteurs. En effet, si la diversification des compétences est gage d'une meilleure qualité des actes, elle n'est pas nécessairement l'assurance de la stratégie thérapeutique la plus pertinente. Ainsi, pour des patients présentant des états de santé similaires, on observe des trajectoires extrêmement diverses, comme le démontre l'étude américaine citée précédemment faisant état d'un nombre de journées d'hospitalisation très variable selon les Etats pour des personnes présentant les mêmes caractéristiques<sup>44</sup>. Du fait de cette fragmentation, chaque professionnel est en charge d'une partie toujours plus restreinte du parcours de soins et les décisions d'orientation vers d'autres spécialistes se multiplient.

C'est à chacune de ces décisions que le patient découvre la prochaine étape de son parcours, ce qui rend son cheminement dans le système de santé complexe et peu prévisible. Les regroupements et mutualisations par types de prise en charge au-delà des clivages disciplinaires traditionnels réalisés dans le cadre de l'ajustement capacitaire offrent l'opportunité de penser davantage « l'individualisation des parcours patient »<sup>45</sup>, c'est-à-dire de définir une stratégie thérapeutique globale et structurée ordonnant les différentes étapes

---

<sup>43</sup> *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie – Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers – Lexique de A à Z*, Les Agences régionales de santé, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Direction générale de la cohésion sociale, la Direction générale de la santé, la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale de l'offre de soins, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, Septembre 2012, p. 2.

<sup>44</sup> J.E. Wennberg et al., *Tracking the Care of Patients with Severe Chronic Illness: The Dartmouth Atlas of Health Care 2008*, (Lebanon, N.H.: Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, 2008).

<sup>45</sup> Groupe de travail N°5, *Accompagner le développement des hôpitaux de jour de médecine (pluridisciplinaire)*, Iskandar Samaan, Noémie Pierron, Jamel Mahcer et Stanislas Johanet, ANAP, 21 juin 2016.

de la prise en charge. La constitution d'unités médicales pluridisciplinaires favorise le dialogue et la coopération des différents spécialistes, mais il ne suffit pas de réunir les professionnels dans un même ensemble pour qu'ils travaillent efficacement les uns avec les autres. Il est nécessaire d'inventer de nouvelles façons de coordonner les acteurs. L'innovation ne doit pas se limiter aux actes de soins et aux stratégies thérapeutiques, elle doit également être managériale.

La crainte d'une représentante du personnel du Centre Hospitalier de Versailles interrogée était que les regroupements par modes de prise en charge, pour pertinents qu'ils soient, ne se heurtent à l'impossibilité de faire travailler ensemble des professionnels de spécialités diverses qui ne le désirent pas toujours et dont les activités sont plus ou moins standardisables et prévisibles. Afin que les regroupements par modes de prise en charge ne soient pas de simples juxtapositions de différentes spécialités, mais constituent un outil partagé, il convient d'en fixer les objectifs avec les professionnels, de définir des règles précises de fonctionnement et d'en organiser la gouvernance.

Les objectifs des structures issues de ces regroupements sont des objectifs médicaux ; ils doivent donc être intégrés au projet médical de l'établissement. Il s'agit de définir la liste des prises en charge éligibles à chaque structure et quel(s) avantage(s) celle-ci doit avoir par rapport aux modalités précédentes d'organisation des soins. L'un des apports premiers de ces structures est la possibilité de coordonner les intervenants dans le parcours du patient. Il est donc nécessaire de définir à un niveau de détail plus fin quelles sont les étapes de prise en charge pour une pathologie donnée. La définition de ce chemin clinique sécurise patients et professionnels de santé. Planifiée, rationalisée, standardisée, la prise en charge est de meilleure qualité, non seulement parce que les étapes sont définies, mais aussi parce que l'élaboration collégiale du chemin clinique permet aux praticiens de différentes spécialités de travailler ensemble. Ces préparatoires n'ont pas pour seul objectif de produire des documents, ils sont aussi un apprentissage du travail collectif.

Ce travail collectif est possible si les professionnels s'entendent sur des objectifs communs, mais également sur des modalités de fonctionnement. Une charte de fonctionnement, à l'image des chartes de bloc opératoire, permet de formaliser ces règles et de préciser la gouvernance de la structure. *Le Retour d'expérience sur l'activité de médecine ambulatoire et la programmation à l'Unité ambulatoire de médecine du Centre Hospitalier Bretagne Sud*

présenté par le cadre de l'unité, Monsieur Martin, au cercle HDJMM de l'ANAP<sup>46</sup> insiste sur le rôle essentiel d'une nouvelle fonction pour assurer une bonne gouvernance : le médecin coordonnateur. Celui-ci, en plus d'un rôle d'animation dans l'élaboration de la charte de fonctionnement et de définition des critères d'éligibilité des actes à une prise en charge dans la structure, doit « proposer des principes de gestion d'occupation des places en fonction des besoins estimés par spécialités, réaliser le suivi des organisations mises en place au moyen d'indicateurs en lien avec le département d'information médicale (DIM) et le contrôle de gestion, et s'assurer de la bonne coordination des relais fonctionnels avec les plateaux techniques, le laboratoire, l'imagerie médicale et avec le plateau d'hospitalisation conventionnelle ». Son rôle n'est pas d'intervenir dans les décisions médicales, mais d'assurer le bon fonctionnement de la structure. La personne choisie doit être mise en situation de faire respecter les règles définies avec un positionnement hiérarchique clair et une reconnaissance institutionnelle.

Pour cela, le groupe de travail du Centre Hospitalier de Versailles propose que le coordonnateur médical soit rattaché à un chef de service et qu'un temps soit dédié à sa fonction. Afin d'assurer la collégialité du fonctionnement de la structure, il peut travailler en collaboration avec des référents médicaux pour chaque spécialité qui l'utilise. Il participe à la régulation de l'unité médicale, le plus souvent avec l'aide d'un coordonnateur paramédical qui supervise la programmation et assure le suivi des indicateurs.

Selon la taille de la structure, une cellule de régulation peut même être créée afin d'optimiser le fonctionnement en ordonnant le parcours du patient. Elle programme les examens et les interventions dans un souci de coordination des acteurs de la prise en charge et gère les ressources rares que sont la disponibilité des médecins, des places et des plateaux techniques, afin d'éviter les reports, de diminuer les temps d'attente et d'utiliser au mieux les capacités de l'unité (optimisation du taux d'occupation). Une telle cellule doit permettre une gestion efficace des flux par un travail en trois étapes :

- la programmation des séjours, avec la prise de rendez-vous qui aboutit à la réservation d'un volume de places pour chaque spécialité ;

---

<sup>46</sup> Groupe de travail N°5, Accompagner le développement des hôpitaux de jour de médecine (pluridisciplinaire), Iskandar Samaan, Noémie Pierron, Jamel Mahcer et Stanislas Johanet, ANAP, 21 juin 2016.

- la supervision de l'accueil, avec un contrôle de la cohérence du parcours du patient, la coordination des acteurs internes et l'information du patient sur l'organisation de sa prise en charge ;
- le suivi de l'occupation des lits et places avec un rôle d'alerte en cas de risque de pénurie et la production d'indicateurs de pilotage permettant d'identifier au mieux les besoins de vacations pour chaque spécialité.

Ainsi, le chantier capacitaire ne se limite pas à la détermination d'un nombre de lits et places, ni à leur répartition. Il est l'opportunité de revoir la gestion des lits et places, ainsi que l'organisation des prises en charge. Davantage qu'une mesure d'économie, l'ajustement capacitaire doit donc permettre, en interrogeant la justesse des moyens déployés pour répondre à un besoin de santé, de produire des soins plus pertinents et de meilleure qualité.

## Conclusion

Si l'ajustement capacitaire peut parfois être ressenti par les professionnels comme une mesure ponctuelle d'économie imposée dans un contexte de plan de retour à l'équilibre financier, la démarche dans laquelle s'inscrit le Centre Hospitalier de Versailles est bien plus large et plus ambitieuse.

Au-delà d'une réduction du nombre de lits, il s'agit d'une réflexion sur l'organisation médicale et soignante en interne et sur le territoire de santé, afin d'adapter au plus juste les moyens matériels et humains au volume et à la nature des besoins tout en améliorant la pertinence et la qualité des soins. Loin de se limiter à un objectif de retour à l'équilibre financier, l'établissement se projette dans une adaptation à la demande en soins, aux évolutions des pratiques médicales et aux transformations territoriales sur le long terme. L'ajustement capacitaire n'est pas un projet ponctuel, c'est une démarche continue d'amélioration des organisations et de la qualité des prises en charge portée par l'idée que le meilleur soin n'est pas nécessairement celui qui mobilise le plus de moyens.

Pour que cette démarche soit réellement continue et permette une adaptation permanente aux besoins et aux innovations dans le champ de la santé, elle doit être régulièrement évaluée et ajustée pour intégrer une réalité nouvelle ou si ses résultats ne sont pas bons. La direction du Centre Hospitalier de Versailles s'est ainsi engagée à mener cette évaluation permettant de juger l'efficacité de l'ajustement capacitaire à l'aune de trois critères :

- les actions entreprises dans le cadre de l'ajustement capacitaire améliorent-elles la qualité des soins ?
- l'ajustement capacitaire génère-t-il des gains économiques ?
- l'ajustement capacitaire dégrade-t-il les conditions de travail ?

Ce sont les résultats de cette évaluation et les conclusions qui en seront tirées qui feront de l'ajustement capacitaire une démarche vivante et évolutive dépassant la seule contrainte financière de court terme pour instaurer une dynamique d'efficience des organisations et d'amélioration de la qualité des soins.



---

## Bibliographie

---

### Rapports et études

*L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévision*, Stéphanie Dupays, Jean-Philippe Natali, Marine Jeantet, IGAS, septembre 2013

*Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions*, Céline Baud, Christine Kiener, Bénédicte Le Mouel, Audrey Letin, ANAP, collection mettre en œuvre et partager, 2015/03

*Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, Tome 2 : Mise en œuvre et bilan* Céline Baud, Christine Kiener, Bénédicte Le Mouel, ANAP, collection mettre en œuvre et partager, 2016/05

*La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées*, Ketty Attal-Toubert et Mélanie Vanderschelden, DREES, Dossiers solidarité et santé, n°12, 2009

*Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*, Marie-Claude Mouquet et Philippe Oberlin, DREES, Dossiers solidarité et santé, n°4, 2008

*Le panorama des établissements de santé, édition 2014*, Sous la coordination de Bénédicte Boisguérin et Gwennaëlle Brillhault, DREES

*Trame méthodologique pour la mise en œuvre et le développement des hôpitaux de jour de médecine multidisciplinaire*, Dr Iskandar Samaan, Noémie Pierron, Jamel Mahcer, ANAP, mars 2016

*Mission d'appui et de conseil auprès du directeur général de l'ARS concernant le centre hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain*, Dr. Vincent Marsala et Hubert Garrigue-Guyonnaud, IGAS, Janvier 2011

*Refonder la tarification hospitalière au service du patient*, Par MM. Jacky Le Menn et Alain Milon au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, déposé le 25 juillet 2012

*Projections de population à l'horizon 2060, Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans*, Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division Enquêtes et études démographiques, Insee Première N° 1320, octobre 2010

*Recueil de fiches pratiques sur l'efficience hospitalière*, « Fiche 2-5 : Le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète », Direction Générale de l'Offre de Soins, Mise à jour avril 2016

*Tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé*, Février 2003, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie Direction générale de la comptabilité publique

*Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)*, version 2, Direction Générale de l'Offre de Soins

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre V « L'organisation de l'hôpital », p. 116, Cour des comptes, 2009

J.E. Wennberg et al., *Tracking the Care of Patients with Severe Chronic Illness: The Dartmouth Atlas of Health Care 2008*, (Lebanon, N.H.: Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, 2008

## **Articles**

*Recomposition capacitaire et convergence médico-soignante, Un pôle hospitalo-universitaire à la manœuvre*, Philippe Sudreau, Gilles Potel, Philippe Hauet, Luc-Olivier Machon, *Revue hospitalière de France*, n°563, mars-avril 2015

*Les restructurations dans les hôpitaux publics en France*, Michel Agostini, Francis Lavril, Jean-Claude Vaslet, *Hesamag #04*, 2e semestre 2011

Entretien « Il est suicidaire de programmer une réduction du nombre de lits en médecine », Gérard Vincent, *Décision Santé* n°305, mai 2016, p.11, propos recueillis par Gilles Noussebaum

*Does ambulation modify venous thromboembolism risk in acutely ill medical patients ?*, Amin AN, Girard F, Samama MM, *Thromb Haemost*, 2010 Nov 3;104(5):955-61

*Peut-on quantifier les besoins de santé ?*, Chantal Cases et Dominique Baubeau, *Solidarité et Santé*, N°1, 2004

## **Mémoires**

*Le virage ambulatoire au CHU de Nantes : une orientation stratégique moteur de sa recomposition capacitaire*, Yann Lucas, *Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*, 2014



*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, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2014*

### **Documents internes**

Dossier COPERMO, 2016

Comptes rendus des instances et des COPIL Capacitaire



---

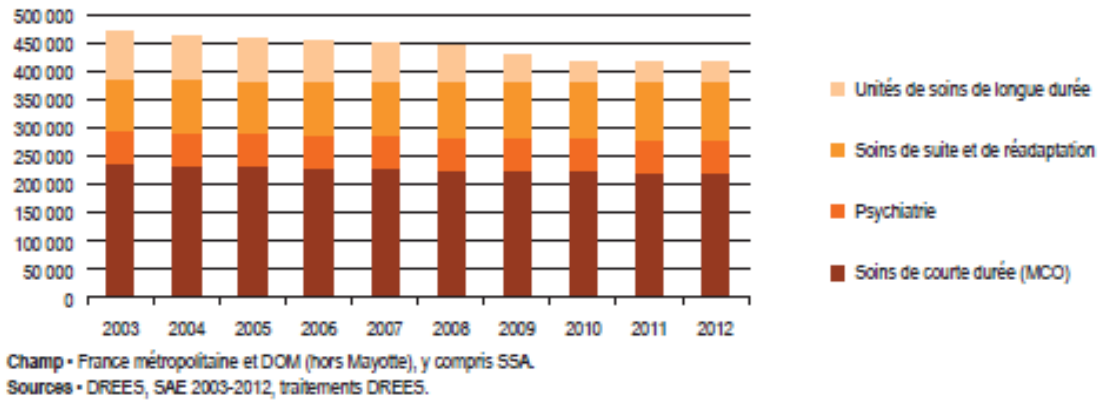
## **Liste des annexes**

---

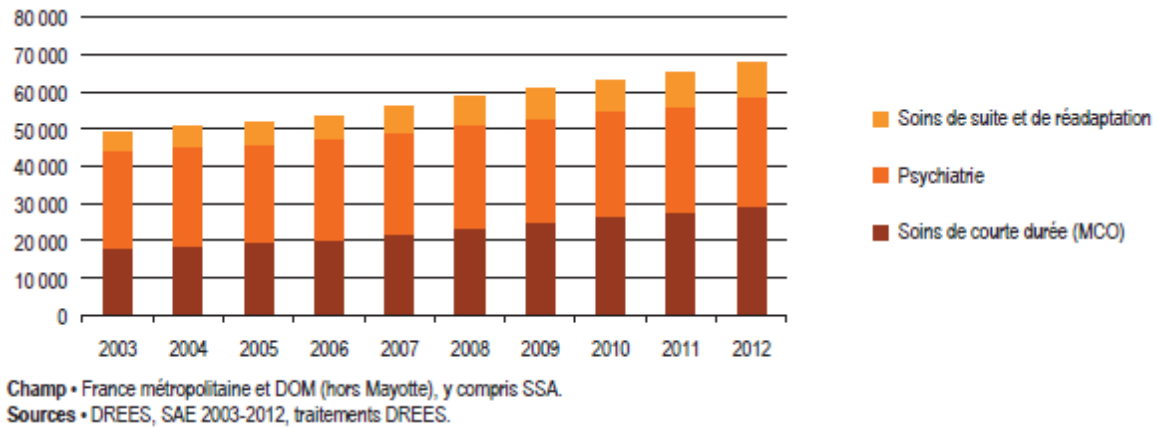
- I- **Evolution du nombre de lits et places entre 2003 et 2012, DREES, Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2000-2012**
- II- **ConvicScan, chirurgie ambulatoire, évaluation de la perception et de la conviction des personnels, 2015**
- III- **Parts de marché sur la zone de recrutement du Centre Hospitalier de Versailles (2014 et 2015)**

## I- Evolution du nombre de lits et places entre 2003 et 2012

Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète entre 2003 et 2012



Evolution du nombre de places d'hospitalisation partielle entre 2003 et 2012



## II- ConvicScan, chirurgie ambulatoire, évaluation de la perception et de la conviction des personnels, 2015

	Oui	Non	Autre
<b>Questions générales</b>			
J'ai été formé spécifiquement à ce mode de prise en charge	44%	56%	
J'ai pu pratiquer l'ambulatoire lors de mon internat	63%	38%	
J'ai pu pratiquer l'ambulatoire lors de mon clinicat/assistantat	63%	38%	
<b>Vos connaissances et perceptions de la chirurgie/anesthésiologie ambulatoire</b>			
L'ambulatoire c'est de la petite chirurgie	6%	81%	13%
L'ambulatoire ce n'est que pour l'activité programmée	13%	81%	6%
Quel pourcentage de l'activité chirurgicale est-il réalisé en ambulatoire en Ile-de-France, toutes activités confondues ?			100%
Quel pourcentage de l'activité chirurgicale l'ambulatoire pourrait-il représenter à terme en Ile-de-France, toutes activités confondues ?			100%
Je connais les critères d'inéligibilité à l'ambulatoire	100%		
La distance de l'établissement ou le temps de transport sont des facteurs d'exclusion	63%	38%	
L'absence de moyen de transport personnel est un facteur d'exclusion	25%	75%	
L'absence d'une personne présente au domicile la première nuit est une contre-indication formelle	73%	20%	7%
Des recommandations issues des sociétés savantes ou de la réglementation imposent un délai de quelques heures avant la sortie du patient	50%	31%	19%
La reprise d'une alimentation liquide et solide est-elle un critère d'aptitude à la remise à la rue ?	50%	44%	6%
La survenue d'une miction est indispensable, en l'absence de facteur de risque, pour autoriser la sortie ?	13%	81%	6%
L'absence de levée d'un bloc périphérique est-elle une contre-indication à la sortie du patient ?	38%	44%	19%
<u>Quelle est selon vous la proposition la plus juste ?</u>			
L'ambulatoire est insuffisamment payé pour couvrir les charges	11%		
L'ambulatoire génère moins de charges que le même geste en hospitalisation complète	63%		
L'établissement génère une meilleure marge en ambulatoire qu'en hospitalisation complète	26%		
<u>A votre avis, pour un établissement, quelles sont les 4 barrières les plus importantes au développement de l'ambulatoire ?</u>			
L'investissement nécessaire que doit consentir l'établissement	13%		
Le manque d'incitativité de la tarification	4%		
Les contraintes que font peser l'organisation aux acteurs de la prise en charge	15%		
La difficulté de mettre en place l'organisation pertinente	16%		
Le manque de volonté des patients	7%		
La non éligibilité des patients ou des gestes	7%		

Le manque de conviction des anesthésistes	1%		
Le manque de savoir faire des anesthésistes	1%		
Le manque de conviction des chirurgiens	10%		
Le manque de savoir faire des chirurgiens			
La crainte de perdre des moyens	9%		
Le manque de dynamisme institutionnel, le poids de la routine	15%		
<b><u>A votre avis, pour un établissement, quels sont les 2 leviers les plus importants pour le développement de l'ambulatoire ?</u></b>			
La pression des patients	11%		
La pression de la concurrence	11%		
La pression économique	31%		
Le besoin de libérer de la place en hospitalisation complète	23%		
La conviction que c'est la meilleure façon de faire	23%		
<b>La chirurgie/anesthésiologie ambulatoire et vous</b>			
Aujourd'hui, je pratique la chirurgie/anesthésiologie ambulatoire	100%		
Je pense être au maximum de ce que je peux faire en ambulatoire, eu égard à ma patientèle	21%	71%	7%
Je souhaite, autant que faire se peut, substituer mes prises en charge en ambulatoire	71%	21%	7%
Je souhaite, autant que faire se peut, développer un recrutement supplémentaire ambulatoire	71%	14%	14%
Je ne souhaite pas faire évoluer ma pratique		100%	
Pour permettre le développement de l'ambulatoire je suis disposé à étudier les données concernant ma pratique	100%		
Pour permettre le développement de l'ambulatoire je suis prêt à accepter une réorganisation du bloc opératoire	100%		
Pour permettre le développement de l'ambulatoire je suis prêt à accepter une réorganisation des consultations externes	100%		
Pour permettre le développement de l'ambulatoire je suis prêt à accepter une réorganisation des services d'hospitalisation	100%		
Pour permettre le développement de l'ambulatoire je suis prêt à renoncer à la permanence des soins (gardes)	17%	75%	8%
Pour permettre le développement de l'ambulatoire je suis prêt à aller me former	92%	8%	
<b>Vos préférences concernant la programmation de votre activité au bloc opératoire</b>			
Je suis prêt à consacrer une ou plusieurs vacation(s) opératoire(s) à des interventions de chirurgie ambulatoire	88%	6%	6%
Je préfère alterner des opérations lourdes et des opérations plus légères	38%	56%	6%
Je préfère débiter mes vacances opératoire par les interventions les plus lourdes	31%	69%	
Je n'ai pas de préférence	56%	44%	
Je suis prêt à m'impliquer dans une réflexion sur l'organisation du bloc opératoire	87%	7%	7%

	Raison sociale	Séjours des habitants de la zone		Part de marché	
		2015	2014	2015	2014
1	CH DE VERSAILLES	33 311	31 119	19,40%	18,20%
2	AP-HP	20 626	19 717	12,00%	11,50%
3	HÔPITAL PRIVÉ OUEST	19 228	19 459	11,20%	11,40%
4	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL DE PARLY II	10 981	11 350	6,40%	6,60%
5	CLINIQUE DU CHATEAU DE LA MAYE	10 800	11 394	6,30%	6,70%
6	CLINIQUE DES FRANCISCAINES	10 524	10 841	6,10%	6,30%
7	CHIC DE POISSY ST-GERMAIN	9 768	10 211	5,70%	6,00%
8	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL EUROPE	7 949	8 809	4,60%	5,20%
9	CH DE RAMBOUILLET	3 603	3 619	2,10%	2,10%
10	CLINIQUE SAINT GERMAIN	3 568	3 447	2,10%	2,00%
11	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL FOCH	3 130	2 944	1,80%	1,70%
12	CH DES QUATRE VILLES	2 614	2 554	1,50%	1,50%
13	CLINIQUE MEDICALE PORTE VERTE	2 105	1 964	1,20%	1,10%
14	CLCC INSTITUT CURIE	1 897	1 783	1,10%	1,00%
15	HÔPITAL PLAISIR GRIGNON	1 606	1 762	0,90%	1,00%
16	CLINIQUE LES MARTINETS	1 549	1 460	0,90%	0,90%
17	CLINIQUE DE MEUDON LA FORET	1 382	1 400	0,80%	0,80%
18	GROUPEMENT HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH	949	857	0,60%	0,50%
19	HÔPITAL PRIVÉ D ANTONY	825	786	0,50%	0,50%
20	HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES PERCY	783	766	0,50%	0,40%
21	Autres Finess	24 891	24 584	14,50%	14,40%





LE GUILLOU

Yannick

Octobre 2016

**Directeur d'hôpital**

Promotion 2015 – 2016

## **L'Ajustement capacitaire au Centre Hospitalier de Versailles**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, Rennes

### **Résumé :**

Dans un contexte de forte contrainte financière et de capacité d'investissement limitée, le Centre Hospitalier de Versailles doit réinterroger l'allocation de ses moyens matériels et humains. Engagé dans un plan de retour à l'équilibre financier visant à restaurer le taux de marge brut de l'établissement à court terme, l'établissement se lance concomitamment dans une démarche d'ajustement capacitaire afin de renforcer son positionnement en adaptant sa structure aux besoins de santé présents et futurs sur son territoire.

Il ne s'agit donc pas seulement d'une mesure d'économie, l'ajustement capacitaire est un projet stratégique de réorganisation pour une réponse plus pertinente aux besoins de la population, une plus grande efficacité des organisations et une amélioration de la qualité des soins. Cette démarche nécessite d'importantes restructurations et engage l'établissement pour une longue période.

Ce mémoire explore comment l'établissement mène des projets structurants pour l'avenir et porteurs de progrès pour le patient, tout en composant avec les contraintes économiques et la nécessité d'un retour rapide à l'équilibre financier. L'ajustement capacitaire devient alors davantage qu'une mesure d'économie : c'est une démarche de réorganisation de l'ensemble des composantes de l'établissement qui devient une part entière du projet médical. Alors qu'il semble subi par certains acteurs, l'ajustement capacitaire doit devenir un élément positif vecteur d'innovation et d'amélioration des prises en charge.

### **Mots clés :**

Ajustement capacitaire, recomposition de l'offre de soins, restructurations, projet médical, schéma directeur immobilier, plan de retour à l'équilibre financier, territoire de santé, besoins de santé, prévision

*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.*