



Filière Directeur d'Hôpital

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Octobre 2016**

**Le développement de la chirurgie
ambulatoire au Centre Hospitalier
Intercommunal de Cornouaille : un enjeu
majeur de transformation
organisationnelle**

Camille PAGE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les membres du trinôme de pôle Chirurgie, qui m'ont associée à ce projet :

- Matthias ABALLEA, mon maître de stage, directeur référent du pôle ;
- Annie LE FAILLER, cadre supérieure de santé du pôle ;
- Docteur Olivier SPARFEL, chef du pôle.

Mes remerciements s'adressent ensuite à Loïc LE MENN, chef du bloc opératoire, pour le travail mené en étroite collaboration sur la chirurgie ambulatoire au cours de ces quelques mois.

Je remercie également l'ensemble des professionnels avec lesquels j'ai eu l'opportunité d'échanger sur le développement de la chirurgie ambulatoire au CHIC, des échanges qui ont nourri ma réflexion pour l'élaboration de ce mémoire :

- Sébastien Vonwyl, cadre du DIM, pour les nombreuses analyses de données fournies, nécessaires à la préparation des rencontres avec les praticiens ;
- Le Docteur Gilles Cuvelier, médecin coordonnateur de l'Unité Chirurgicale de Jour ;
- Marie Floc'h, cadre de santé de l'Unité Chirurgicale de Jour ;
- Les praticiens rencontrés.

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des sigles utilisés.....	5
Introduction.....	7
1- La chirurgie ambulatoire : un mode de prise en charge dont l'intérêt n'est plus à démontrer mais confronté à de nombreux freins.....	11
1.1) Pourquoi faut-il développer la chirurgie ambulatoire ?.....	11
1.1.1 – Un mode de prise en charge avant tout au bénéfice du patient.....	11
1.1.2 - ...qui présente des avantages pour les établissements de santé.....	13
a) <i>Intérêt organisationnel.....</i>	<i>13</i>
b) <i>Intérêt financier.....</i>	<i>14</i>
1.2) Etat des lieux général de la chirurgie ambulatoire au CHIC.....	15
1.2.1- Une organisation chirurgicale ayant dû faire face à une transformation majeure : la mise en place du Bloc Opératoire de Cornouaille	15
1.2.2- Une Unité Chirurgicale de Jour au fonctionnement peu optimal.....	17
a) <i>Un ambulatoire forain conséquent.....</i>	<i>18</i>
b) <i>Une UCJ mobilisée pour des patients ne relevant pas de la chirurgie ambulatoire.....</i>	<i>18</i>
c) <i>Un dossier patient insatisfaisant.....</i>	<i>19</i>
1.2.3- Des disparités entre spécialités et praticiens.....	19
1.3) Les principaux freins au développement de la chirurgie ambulatoire.....	21
a) <i>Les freins organisationnels.....</i>	<i>22</i>
b) <i>Les freins matériels.....</i>	<i>23</i>
c) <i>Les freins psychologiques.....</i>	<i>23</i>
2- La déclinaison du plan triennal au CHIC : opportunité d'insuffler une nouvelle dynamique au projet interne de chirurgie ambulatoire.....	26
2.1) L'élaboration d'un plan d'actions visant à encadrer la démarche.....	26
2.2) L'identification du potentiel de développement par spécialité.....	27
2.2.1- La méthodologie adoptée.....	27
2.2.2- Les échanges avec les praticiens.....	28
2.3) La réflexion sur l'optimisation du parcours patient.....	30

2.3.1- Un changement organisationnel important : la sortie des actes externes de l'Unité chirurgicale de jour et du bloc opératoire.....	30
a) Des actes externes engorgeant l'UCJ et le bloc opératoire.....	30
b) Des actes désormais réalisés dans une salle de consultations dédiée.....	32
2.3.2- Des circuits distincts envisageables selon le profil des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire.....	33
2.3.3- Une nouvelle logique de programmation.....	36

3- Un projet cristallisant les enjeux majeurs des hôpitaux pour les années futures. 38

3.1) La chirurgie ambulatoire, moteur de la recomposition capacitaire.....	38
3.1.1- Le virage ambulatoire : un tournant à saisir.....	38
3.1.2- Penser l'hôpital de demain à travers le projet médical 2016-2020 du CHIC....	39
3.2) Quels outils à l'avenir pour accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire ?.....	41
3.2.1- L'indicateur de performance de la chirurgie ambulatoire : nouvel outil d'évaluation des progrès réalisés.....	41
3.2.2- L'articulation avec d'autres modes de prise en charge	42
a) <i>La récupération rapide après chirurgie : un mode de prise en charge également centré sur le patient</i>	42
b) <i>L'hospitalisation à domicile : une alternative à l'hospitalisation complète compatible avec la chirurgie ambulatoire ?</i>	44
3.3) L'importance d'une démarche projet solide pour accompagner le changement....	45

Conclusion	48
Bibliographie	50
Liste des annexes	53
Annexe 1.....	54
Annexe 2.....	56

Liste des sigles utilisés

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BOC : Bloc Opératoire de Cornouaille
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS : Durée Moyenne de Séjour
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
HAD : Hospitalisation A Domicile
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IP-DMS : Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjour
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GRR : Gestion de Réserve des Ressources
IPCA : Indicateur de Performance de la Chirurgie Ambulatoire
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur
MSAP : Mise Sous Accord Préalable
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
RRAC : Récupération Rapide Après Chirurgie
RSA : Résumé de Sortie Anonyme

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

TOVA : Transformations Organisationnelles et Virage Ambulatoire

UHC : Union Hospitalière de Cornouaille

Introduction

En 2014, 48,8% des opérations chirurgicales ont été réalisées en ambulatoire en France, soit 3,1 millions d'interventions¹. Ce taux cache des disparités importantes entre régions (de 46% en Bourgogne-Franche-Comté à 53% en Corse) et entre établissements publics et privés (32% pour les premiers contre 53% pour les seconds).

Bien que le taux de chirurgie ambulatoire français continue à accuser un certain retard par rapport à certains de ses voisins européens, la France occupe en chiffres bruts le deuxième rang derrière le Royaume-Uni en matière de nombre d'interventions en ambulatoire. De plus, si l'on considère les 5 interventions les plus réalisées en ambulatoire (cataractes, varices, extractions dentaires, arthroscopie du genou, adéno-amygdalectomie), le taux a connu un accroissement important puisqu'il est passé de 36% en 1998 à 84% en 2014². Outre cette évolution, les pratiques ambulatoires se développent en matière de chirurgie lourde depuis quelques années avec des interventions telles que prothèses totales de genou et hanche ou les hystérectomies totales.

En France, la chirurgie ambulatoire n'était régie par aucun cadre juridique avant la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, qui a créé les structures de soins dites alternatives à l'hospitalisation. Depuis lors, la place occupée par la chirurgie ambulatoire au cœur des débats sanitaires n'a cessé de croître pour devenir un enjeu majeur. Elle est désormais considérée comme la pratique de référence et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle³, ce qui se traduit par la recherche des éléments motivant l'hospitalisation complète plutôt que la chirurgie ambulatoire et non l'inverse. Les créations d'Unités de Chirurgie Ambulatoire (UCA) se sont multipliées dans les établissements de santé et les incitations au développement de ce mode de prise charge également. Par ailleurs, depuis le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, la

1 Analyse des données de la base PMSI, présentées le 28/01/2016 lors du Congrès européen de chirurgie ambulatoire à Marne-la-Vallée.

2 Dr Gilles BONTEMPS, directeur associé de l'ANAP, au Congrès européen de chirurgie ambulatoire à Marne-la-Vallée.

3 Instruction DGOS/R3 n°2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.

définition de la chirurgie ambulatoire est stabilisée : l'hospitalisation ambulatoire est définie par une prise en charge dont la durée doit être inférieure ou égale à 12 heures, indépendamment des heures d'ouverture de l'UCA. Cette définition n'est pas identique selon les pays : à titre d'illustration, aux Etats-Unis, une hospitalisation en ambulatoire peut inclure une nuit d'hospitalisation à partir du moment où elle n'excède pas une durée de 23 heures et 59 minutes. Comme le précise l'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du 28 septembre 2015⁴, le périmètre des actes inclus dans le calcul du taux de chirurgie ambulatoire a quant à lui récemment évolué, afin de refléter davantage l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales. Les objectifs chiffrés ont donc été actualisés au regard de ce nouveau périmètre : à l'échelle nationale, le taux de chirurgie ambulatoire à atteindre en 2020 est de 66,2%. Un rythme de progression en deux temps a été établi :

- Les années 2015 et 2016 correspondent à une phase de transition et d'adaptation des organisations : une progression de 2,2 points par an à l'échelle nationale est attendue.
- Les années 2017 à 2020 doivent être marquées par une phase de progression plus soutenue, soit environ 2,9 points d'augmentation par an au niveau national.

L'instruction précise toutefois qu'il convient de prendre en compte les spécificités de chaque établissement pour fixer les cibles à atteindre : l'environnement externe, les caractéristiques de l'activité de chirurgie (volume, progression observée...) et le degré de maturité des organisations (blocs, UCA).

Lors de sa présentation du plan triennal Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) en février 2015, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Marisol Touraine a annoncé que le développement de la chirurgie ambulatoire permettrait à lui seul 400 millions d'euros d'économies et la réduction des durées d'hospitalisation 600 millions d'euros supplémentaires, soit un tiers des économies exigées de la part des établissements de santé. Dans ces derniers, le plan triennal d'économies a été décliné en différents axes, dont l'un concerne le Virage ambulatoire et les transformations organisationnelles. Il s'agit du premier axe du plan triennal du Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (CHIC - Quimper et

4 Instruction n°DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. De nouveaux GHM sont intégrés au calcul, par exemple les interruptions volontaires de grossesse.

Concarneau), dont le premier thème est la chirurgie ambulatoire, ce qui démontre l'importance accordée à cette problématique dans l'établissement.

Le CHIC est l'établissement de référence du territoire de santé n°2 en Bretagne. Il dispose d'une capacité de 1319 lits, dont 136 lits et places de chirurgie (87 lits en hospitalisation complète, 30 lits en hospitalisation de semaine, 19 places en hospitalisation de jour). La politique de coopération du CHIC avec les établissements publics et privés du territoire est particulièrement active : depuis 2011, l'Union Hospitalière de Cornouaille (UHC) regroupe trois établissements publics (le CHIC, le Centre Hospitalier Michel Mazéas de Douarnenez et l'Etablissement public de santé mentale Gourmelen) et deux Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) (l'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé et le Centre de soins de suite et de réadaptation Jean Tanguy de Saint-Yvi)⁵. Cette coopération s'est notamment concrétisée avec la création de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), dont un GCS de chirurgie ayant pour objet la mutualisation des plateaux techniques de chirurgie et l'organisation du parcours du patient sur le territoire de santé. Les établissements membres du GCS Chirurgie ont en effet connu une évolution majeure en 2014 avec la création du Bloc Opératoire de Cornouaille (BOC), l'activité opératoire des blocs du CH de Douarnenez et de l'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé étant depuis lors intégrée au bloc du CHIC.

L'Unité Chirurgicale de Jour (UCJ) a quant à elle été créée en 1996, ce qui fait du CHIC un établissement public de santé précurseur en la matière car peu d'hôpitaux publics disposaient à l'époque d'une unité dédiée. L'hôpital quimpérois rencontre toutefois des difficultés actuellement dans le développement de son activité de chirurgie ambulatoire. Les facteurs explicatifs sont multiples : organisationnels ; insuffisance de coordination entre les acteurs ; manque d'implication de certains professionnels...

Le taux de chirurgie ambulatoire progresse lentement et les objectifs fixés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ne sont pas atteints. En 2015, le CHIC a ainsi atteint un taux de chirurgie ambulatoire de 41,2%⁶ pour un objectif fixé à 44,6%, après un taux de 36%⁷ en 2014. L'objectif attendu pour l'année 2016 est de 47,2%

5 Depuis le 1^{er} juillet 2016, l'Union Hospitalière de Cornouaille est devenue Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

6 Calculé sur la base du nouveau périmètre.

7 Calculé sur la base de l'ancien périmètre.

(l'objectif global pour la région Bretagne étant de 54,4%). Il semble difficile d'atteindre un tel taux⁸ mais l'augmentation s'est poursuivie au premier trimestre de l'année 2016 puisque le taux de chirurgie ambulatoire était de 42,6% en juin 2016.

Dans sa zone d'attractivité, la part de marché de l'hôpital en chirurgie ambulatoire est de 25,2% contre 35,5% pour la Clinique Saint-Michel et 26,8% pour la Polyclinique Quimper Sud⁹.

Il a donc été décidé en 2016 qu'une réflexion particulière devait être menée pour impulser une nouvelle dynamique à la chirurgie ambulatoire au sein du CHIC, et ce notamment en lien avec la déclinaison du plan triennal en interne. Des cibles à atteindre à court terme ont été fixées mais le projet de chirurgie ambulatoire de l'établissement doit s'inscrire dans une temporalité plus longue que celle du plan ONDAM. En effet ce projet constitue l'un des axes du projet médical 2016-2020 du CHIC, actuellement en cours d'élaboration.

Dans ce contexte, dans quelle mesure le développement de la chirurgie ambulatoire constitue-t-il un enjeu majeur de transformation organisationnelle pour le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille ?

Comment dépasser les freins organisationnels, matériels et psychologiques pour que la chirurgie ambulatoire devienne le mode de prise en charge prioritaire des patients ?

Si la chirurgie ambulatoire est désormais un mode de prise en charge largement préconisé et recommandé par les sociétés savantes, il reste freiné dans son développement au CHIC comme dans de nombreux établissements de santé (1). Le plan triennal représente alors l'opportunité de donner un nouveau souffle au projet interne de chirurgie ambulatoire (2). Un tel projet ne se limite toutefois pas au court terme et doit s'inscrire dans la durée, il est en ça un miroir des enjeux majeurs des hôpitaux pour les années à venir (3).

8 Notamment en raison de la baisse anticipée de l'activité de chirurgie ophtalmologique, forte pourvoyeuse de patients ambulatoires (départs de praticiens de l'établissement).

9 Source : Hospidiag.

A noter que le regroupement des deux cliniques quimpéroises sur un site unique est programmé pour 2019-2020.

1- La chirurgie ambulatoire : un mode de prise en charge dont l'intérêt n'est plus à démontrer mais confronté à de nombreux freins

1.1) Pourquoi faut-il développer la chirurgie ambulatoire ?

La pratique de la chirurgie ambulatoire présente des avantages à la fois pour le patient et pour sa structure d'accueil.

1.1.1 – Un mode de prise en charge avant tout au bénéfice du patient...

La chirurgie ambulatoire constitue une avancée majeure pour le confort du patient pour plusieurs raisons :

- Elle est à l'origine d'une organisation centrée sur sa prise en charge. Le patient est un « *acteur directement impliqué* »¹⁰ car il est responsabilisé d'emblée, notamment car il se doit d'appliquer les consignes préopératoires et postopératoires sans la présence de personnels soignants et médicaux. Cette responsabilisation est accompagnée d'un meilleur respect de son autonomie et de sa dignité, au travers de la marche à pied par exemple.
- Le recours à la chirurgie ambulatoire réduit les risques d'infections nosocomiales, en raison du raccourcissement de la durée de séjour. Pour illustration, en chirurgie ophtalmologique la majorité des opérations sont réalisées en ambulatoire car l'hospitalisation complète expose les patients à de graves risques d'infections post-opératoires.
- Le retour rapide au domicile accélère le retour à la vie sociale et professionnelle.

Pour que le patient bénéficie d'une hospitalisation en ambulatoire, des critères d'éligibilité doivent être remplis. Il n'existe toutefois pas de liste précise arrêtant ces critères. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) considère d'ailleurs qu' « *il est souhaitable qu'il n'y ait pas de liste réglementaire d'actes à réaliser en ambulatoire* »¹¹. La liste des actes ambulatoires pratiqués, évolutive, doit être adaptée à l'expertise des équipes médicales et paramédicales et à l'organisation mise en place dans chaque établissement de santé.

10 BEAUSSIER M., DUFEU N., NICCOLAI P., THEISSEN A., 2016, *Chirurgie ambulatoire : aspects organisationnels*, Editions Arnette, p. 15.

11 SFAR, Recommandations formalisées d'experts – Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29, 2010, pp.67-72.

Une étude de la littérature permet cependant de mettre en avant un certain nombre de critères dont il faut tenir compte : d'une part des critères médicaux, chirurgicaux, anesthésiques, et d'autre part des critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux¹². L'ensemble de ces critères constitue le point de départ de l'analyse du rapport bénéfices/risques pour le patient à opérer.

Pour les sujets âgés et ceux relevant de la chirurgie pédiatrique, des critères spécifiques sont certes à prendre en compte, tel que le contexte parental pour les enfants. Néanmoins, il ne faut pas considérer que les sujets considérés à risques ne peuvent bénéficier de la prise en charge ambulatoire : ce sont en effet eux qui en tirent le plus grand intérêt. Ainsi, le Professeur Marc BEAUSSIER et le Docteur Nicolas DUFEU se sont appuyés sur différents travaux pour démontrer les avantages que présente la chirurgie ambulatoire pour des patients âgés¹³. Les comorbidités étant certes plus importantes pour ces patients, le risque peut être considéré comme élevé. Cependant, la prise en charge étant limitée dans le temps, les équipes soignantes sont davantage présentes et réactives face à la prévention d'une douleur post-opératoire, hypothermie... Par ailleurs, la prise en charge se fait de façon continue, occasionnant une probable diminution de l'angoisse et du stress. Or une étude a souligné qu'un état anxieux peut contribuer à majorer l'existence d'une douleur post-opératoire ou d'un état de fatigue prolongé. La diminution de l'angoisse et du stress est d'autant plus importante que le patient âgé, susceptible d'être perturbé par un éloignement de son cadre de vie habituel, retrouve son lieu de vie le jour-même de l'opération. L'incidence de troubles du comportement post-opératoires serait quant à elle minorée comparativement à une hospitalisation traditionnelle.

Si l'acte opératoire le permet, tout patient satisfaisant aux critères d'éligibilité doit donc pouvoir bénéficier de la chirurgie ambulatoire.

Ce mode de prise en charge présente aussi des avantages pour les établissements de santé où il est pratiqué.

12 Critères répertoriés notamment dans : ANAP, HAS, Rapport d'évaluation technologique – *Eléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient*, Mai 2014, 246p.

13 BEAUSSIER M., DUFEU N., 2013, « Chirurgie ambulatoire : y a-t-il une limite d'âge ? », E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2013, vol.12 (2), pp.79-84.

1.1.2 - ...qui présente des avantages pour les établissements de santé

a) Intérêt organisationnel

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue un levier majeur pour mettre en place des solutions organisationnelles innovantes telles que l'acheminement des patients à pied vers le bloc ; la mise en place d'un salon de sortie...

Par ailleurs, la mise en place d'une UCA incite les établissements à mener une réflexion sur l'optimisation des organisations internes.

En effet, comme pour une hospitalisation en chirurgie conventionnelle, de multiples acteurs sont impliqués dans une hospitalisation ambulatoire, mais dans un temps réduit : brancardage, bloc opératoire, salle de soins post-interventionnelle (SSPI) et UCA (sans compter les consultations pré et post-opératoires ainsi que les consultations anesthésiques). Il s'agit de coordonner le mieux possible ces différents acteurs pour que le patient passe au maximum douze heures entre les murs de l'hôpital.

En outre, la réalisation en ambulatoire d'un nombre croissant d'actes chirurgicaux implique une réflexion sur la qualité et la sécurité des soins d'un patient qui n'est présent dans l'établissement que quelques heures. Toutes les procédures déployées dans ce cadre (sécurisation du patient ; surveillance des indicateurs) peuvent bénéficier aux unités d'hospitalisation conventionnelle.

Le développement de la chirurgie ambulatoire permet également de mener une réflexion spécifique sur l'organisation du travail du personnel soignant. Les pics d'activité quotidienne sont modifiés par rapport aux unités d'hospitalisation conventionnelle : ils sont centrés sur l'arrivée des patients le matin et sur les horaires de sortie, qui peuvent toutefois varier selon les patients et l'heure à laquelle ils ont été opérés. Il faut souligner qu'en termes d'organisation soignante, l'approche qualitative est désormais privilégiée par rapport à l'approche quantitative. Le décret du 20 juin 2012 a en effet introduit la suppression des normes de personnels (par exemple l'exigence du ratio d'un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) pour cinq patients présents dans l'unité). La taille et la composition de l'équipe doivent être adaptées en nombre et en qualifications aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués et aux caractéristiques techniques des soins dispensés¹⁴.

¹⁴ Article 4 du Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

Enfin, l'expansion de la chirurgie ambulatoire implique l'apparition de nouvelles missions pouvant mener à la redéfinition ou la création de nouveaux postes, tels qu'IDE d'information ou de coordination du parcours patient, ce qui constitue l'opportunité de construire de nouveaux parcours professionnels. L'organisation-même des UCA (avec des horaires d'ouverture et fermeture définis) peut constituer un facteur d'attractivité pour les personnels.

b) Intérêt financier

Les établissements de santé ont également un intérêt financier au développement de la chirurgie ambulatoire.

Tout d'abord, la chirurgie ambulatoire implique un raccourcissement des durées de séjour, ce qui induit une réduction des coûts d'hébergement et une baisse des besoins en hébergement. Cette baisse peut mener à des reconfigurations internes, telles que la réduction de la taille des services d'hospitalisation chirurgicaux, allégeant les charges inhérentes à la logistique, à l'hôtellerie et aux ressources humaines.

Plusieurs évaluations de l'impact économique du virage ambulatoire ont été réalisées. Le coût est difficilement estimable¹⁵, mais il est certain que le développement de ce type de prise en charge représente un enjeu économique majeur.

En outre, depuis plusieurs années, les pouvoirs publics accompagnent la politique nationale de développement de la chirurgie ambulatoire de mesures financières incitatives¹⁶. À partir de 2007, des tarifs identiques ont été mis en place entre le séjour en ambulatoire (niveau J) et le premier niveau de sévérité en hospitalisation complète (niveau 1), pour des racines de Groupes Homogènes de Malades (GHM) de chirurgie pour lesquels on observait un contenu médical similaire et une prise en charge réalisable en ambulatoire. Cette politique de tarifs uniques a connu une extension importante (de 5 racines de GHM concernées en 2009 à 111 en 2014), pour finalement être généralisée à tous les GHM de chirurgie ambulatoire en 2014.

15 Comme l'illustrent deux rapports parus en 2013 : un rapport de la Cour des Comptes a évalué à 5 milliards d'euros les économies annuelles ; alors qu'un rapport de la Fédération Hospitalière de France a chiffré ces économies à 570 millions d'euros.

16 Détaillées dans l'Annexe n°8 de l'Instruction n°DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

Le calcul du tarif unique repose sur une moyenne pondérée des tarifs 1 et J. La pondération tient compte de la proportion de chirurgie ambulatoire dans le couple 1 et J, la formule variant à chaque campagne tarifaire et selon le degré de développement de la chirurgie ambulatoire dans le GHM. Ainsi, plus la pondération affectée au tarif J est importante, plus un séjour réalisé en hospitalisation conventionnelle sera pénalisé financièrement. Au-delà de l'incitation à la chirurgie ambulatoire, on peut donc parler d'une « désincitation » claire à l'hospitalisation conventionnelle.

Également en 2014, les bornes basses de tous les GHM de chirurgie de niveau de sévérité 1 ont été supprimées afin de favoriser le développement des prises en charge innovantes en ambulatoire et éviter les incitations à la prolongation médicalement injustifiée des séjours de chirurgie.

Cette politique incitative sur le plan tarifaire s'accompagne par ailleurs d'ajustements réguliers de la classification des séjours de chirurgie afin d'adapter cette dernière aux spécificités de l'ambulatoire et au développement de cette pratique.

Enfin, l'expansion de la chirurgie ambulatoire est accompagnée du développement de techniques anesthésiques, analgésiques et chirurgicales mini-invasives permettant aux patients de quitter l'établissement le jour-même de l'opération. Or, ces évolutions en matière de technique opératoire profitent également à l'activité réalisée pour des actes non ambulatoires puisque cela contribue à la réduction globale des durées moyennes de séjour (DMS) pour ces derniers. La réduction des DMS a à la fois un impact organisationnel et financier : organisationnel car les rotations de patients sur les lits sont plus fréquentes, améliorant la fluidité des parcours ; et financier par exemple dans le cas d'un acte où les bornes hautes étaient souvent dépassées, conduisant à des pénalités financières.

Ces avantages exposés, il convient désormais de présenter un état des lieux de la chirurgie ambulatoire au CHIC.

1.2) Etat des lieux général de la chirurgie ambulatoire au CHIC

1.2.1- Une organisation chirurgicale ayant dû faire face à une transformation majeure : la mise en place du Bloc Opératoire de Cornouaille

Le lancement du BOC a eu lieu en janvier 2014, actant la mise en œuvre de la

nouvelle chirurgie publique de Cornouaille. Le plateau technique du CHIC a alors absorbé l'activité de chirurgie classique du CH Michel Mazéas de Douarnenez (soit environ 215 séjours par an). Le bloc opératoire de l'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé a quant à lui fermé le 6 janvier 2014, à la suite du transfert progressif de son activité chirurgicale tout au long de l'année 2013 (une activité essentiellement orthopédique, environ 4000 actes par an). Depuis lors, l'activité de chirurgie ambulatoire du CH de Douarnenez a également été transférée au CHIC, principalement en raison de la pénurie de médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) à laquelle l'établissement devait faire face, ce qui représente environ 1200 actes annuels (la chirurgie ambulatoire constituait en effet 85% de l'activité chirurgicale du CH de Douarnenez avant la mise en place du BOC). Les consultations pré et post-opératoires et les explorations fonctionnelles ont été maintenues dans ces deux établissements. Des principes organisationnels ont été définis pour le circuit programmé de chirurgie :

- La consultation chirurgicale est réalisée à proximité du lieu d'habitation du patient et la consultation d'anesthésie est organisée sur le même site que la consultation chirurgicale ;
- Toute la chirurgie est désormais pratiquée au sein du bloc opératoire du CHIC, ce qui a représenté en 15 mois une augmentation de 25% du nombre d'interventions.

Les années 2014 et 2015 ont donc été principalement consacrées à l'absorption de l'activité chirurgicale du territoire. Or cette intégration a été réalisée sans aucun investissement, hormis l'ouverture d'une deuxième salle de SSPI. Le bloc est constitué de douze salles d'opération : les vacations des chirurgiens sont programmées sur neuf salles du bloc, deux autres étant centrées sur l'activité de médecine interventionnelle et une sur les urgences. Environ 14 000 interventions par an ont lieu dans ces salles, se décomposant en 70% d'activité programmée et 30% d'urgences. Le bloc fonctionne selon un schéma classique au sens où il est commun aux activités de chirurgie conventionnelle et ambulatoire.

Au total, 71 praticiens y interviennent, dont 18 anesthésistes-réanimateurs. Le taux de remplissage des vacations est de 85%. Selon le responsable du bloc opératoire, il est difficile d'organiser l'activité ambulatoire car il y a très peu de marges de manœuvre, les praticiens se considèrent à l'étroit au vu du nombre actuel de salles (notamment les chirurgiens orthopédiques, dont l'activité est majoritaire : 30% des

interventions relèvent de leur spécialité).

Il n'existe pas de salle dédiée à l'ambulatoire ou de vacations spécifiques, les chirurgiens organisent leur programme comme ils le souhaitent. Par conséquent, la répartition de l'activité ambulatoire tout au long de la semaine n'est actuellement pas lissée et peut être très variable d'une semaine à l'autre.

En outre, il n'existe pas d'outil conjoint de réservation des vacations et des lits. La programmation se fait donc sans aucune lisibilité sur les lits disponibles. Le remplissage des vacations se faisant de façon spontanée, pour une programmation faite à court terme il reste rarement des places disponibles en UCJ. Les patients sont alors placés dans des lits des unités de chirurgie hebdomadaire ou chirurgie conventionnelle, ce qui se traduit par un taux important d'ambulatoire forain (20%, soit environ 1000 patients par an). Il faut toutefois souligner que certaines places de l'UCJ sont pré-réservées pour des spécialités qui auraient un délai de programmation plus court, ce qui leur évite de se retrouver constamment sans place en UCJ et permet à leurs patients de bénéficier de l'accompagnement adapté dispensé dans cette unité.

Le temps de travail dédié en 2013 et 2014 à la préparation de l'intégration de l'activité de chirurgie publique du territoire au bloc du CHIC explique en partie le temps moindre qui a pu être consacré au projet de chirurgie ambulatoire ces dernières années.

Les difficultés organisationnelles énumérées sont également un facteur explicatif d'une augmentation du taux de chirurgie ambulatoire inférieure aux objectifs fixés par la tutelle.

1.2.2- Une Unité Chirurgicale de Jour au fonctionnement peu optimal

L'UCJ est actuellement composée de 19 places (18 lits et 1 fauteuil, dont 2 lits et 1 fauteuil réservés au planning familial). Elle se trouve au même étage que le bloc opératoire (au niveau 1 du bâtiment principal de l'établissement). Il s'agit d'une unité performante grâce aux acquis solides construits tout au long des vingt années de son existence. Peu de patients sont ré-hospitalisés et la majorité d'entre eux sont satisfaits de leur prise en charge.

Le fonctionnement de l'UCJ n'est cependant pas optimal à tous les niveaux.

a) Un ambulatoire forain conséquent

En 2015, environ 20% des patients opérés en ambulatoire n'ont pas été hébergés à l'UCJ. Le taux d'occupation de l'UCJ atteint pourtant à peine 100%, il n'y a presque aucune rotation effectuée sur les 19 places. Le faible taux de rotation s'explique en partie par les habitudes de travail des assistantes médico-administratives (AMA) des chirurgiens qui tendent à réserver un lit pour un patient pour la journée entière. Or pour certains actes le temps de surveillance post-opératoire est court : s'ils ont été opérés le matin, les patients peuvent quitter l'établissement dès l'heure de midi et leur lit reste inoccupé l'après-midi, alors même que des patients ambulatoires sont accueillis en chirurgie hebdomadaire ou ailleurs. La sortie de patients aptes à la rue peut toutefois être retardée pour des raisons d'attente des signatures de validation du chirurgien et de l'anesthésiste. En effet, à ce jour les chirurgiens et les anesthésistes n'ont pas protocolisé les temps de surveillance par type d'intervention, ce qui rend plus complexe la rotation.

Pour contrer cet ambulatoire forain, l'ouverture d'une « UCJ bis » de 12 places avait été décidée en 2012. Cette unité a toutefois fermé au bout de 6 mois car son taux d'occupation était faible.

b) Une UCJ mobilisée pour des patients ne relevant pas de la chirurgie ambulatoire

Par ailleurs, certains patients accueillis à l'UCJ pourraient l'être ailleurs dans l'établissement car les actes dont ils font l'objet ne relèvent pas de la chirurgie ambulatoire.

Il s'agit notamment des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) médicamenteuses ou encore des injections d'améticyne. Cette chimiothérapie anti-cancéreuse injectée par voie intraveineuse pourrait en effet plutôt être réalisée en hôpital de jour.

De plus, des actes externes qui pourraient être réalisés en consultations externes le sont au bloc opératoire, ce qui monopolise également de l'espace et du temps soignant à l'UCJ.

Il existe donc un double phénomène de patients opérés en chirurgie ambulatoire et non hébergés à l'UCJ, et à l'inverse de patients relevant d'autres unités de l'hôpital mais accueillis en UCJ.

c) Un dossier patient insatisfaisant

Un dossier papier spécifique est utilisé pour le suivi des patients opérés en chirurgie ambulatoire. Ce dossier est supposé être successivement complété par les chirurgiens, les secrétaires médicales et les anesthésistes, avant d'être transmis à l'UCJ. Or beaucoup de dossiers sont réceptionnés incomplets (ou non réceptionnés à temps). Le dossier est considéré comme trop exhaustif par les différents acteurs devant le renseigner, qui ne prennent pas nécessairement le temps de compléter de façon manuscrite des informations accessibles via les outils informatiques. La secrétaire médicale et les IDE de l'UCJ en subissent les conséquences car cela entraîne des recherches de renseignements chronophages une fois le dossier parvenu en UCJ : appels passés aux secrétaires médicales des différentes spécialités ; recherche d'informations réparties sur différents logiciels... Les IDE considèrent donc que leur temps est monopolisé par des tâches administratives au détriment de la prise en charge des patients. Par ailleurs, ce dossier incomplet peut avoir un impact négatif sur l'organisation car l'absence d'informations retarde l'appel réalisé par l'UCJ à J-2 ou J-1 avant la venue du patient.

Face à ce constat, l'informatisation du dossier patient en UCJ est envisagée car cela représenterait un gain de temps pour tous les acteurs impliqués dans le processus : l'ensemble des informations seraient accessibles via un outil unique. Toutefois, les contraintes liées au projet informatique de l'établissement n'ont pas encore permis cette informatisation.

Au-delà du dossier patient, il convient de souligner qu'il n'existe pas de passeport ambulatoire au CHIC. Un tel document était pourtant en préparation dès 2008 mais n'a finalement jamais été achevé. Les patients ne se voient donc pas forcément remettre les mêmes documents avant leur intervention selon les spécialités chirurgicales.

Ces différents constats illustrent les principaux dysfonctionnements observés à l'UCJ, contre lesquels il convient de lutter.

1.2.3- Des disparités entre spécialités et praticiens

Les disparités de pratiques sont importantes en matière de chirurgie ambulatoire.

Elles s'observent d'une part entre spécialités (on observe ainsi en 2015 un taux de

chirurgie ambulatoire de 22% pour la chirurgie digestive contre 74% pour l'ophtalmologie). Il faut toutefois souligner que deux chirurgiens ophtalmologistes ont quitté le CHIC au cours du premier trimestre 2016. Il n'en reste désormais qu'un dans l'établissement, qui ne pourra absorber l'intégralité de l'activité des praticiens ne travaillant plus au CHIC, entraînant un taux de fuite des patients vers les cliniques du territoire.

Les disparités s'observent d'autre part entre praticiens (par exemple un taux de 13% de chirurgie ambulatoire pour un chirurgien contre 30% pour un autre praticien de la même spécialité). Ces différences sont mises en exergue par le Département d'Information Médicale (DIM) qui réalise un suivi individualisé des chirurgiens en produisant des tableaux retraçant l'activité ambulatoire de chacun des praticiens. Chaque tableau individuel est transmis au praticien concerné à périodicité régulière : y figurent son taux de chirurgie ambulatoire, celui de sa spécialité, le taux global de l'établissement ; mais aussi son taux de patients placés en UCJ et son taux de chirurgie ambulatoire pour les gestes traceurs.

Ce concept de gestes traceurs a été créé en 2008 par l'Assurance Maladie pour inciter les établissements à développer l'ambulatoire : la liste, validée par les sociétés savantes, est passée de 5 actes en 2008 à 55 en 2015. L'objectif est d'atteindre un taux d'ambulatoire global de 85% pour l'ensemble de ces actes marqueurs. Actuellement le taux de chirurgie ambulatoire du CHIC sur ces actes est de 70% environ.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2008 a également instauré la procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) pour les établissements dont le taux de chirurgie ambulatoire est insuffisant sur certains gestes. Lorsqu'un établissement est placé sous MSAP, la prise en charge par l'Assurance Maladie de la réalisation en hospitalisation complète de certains gestes marqueurs est subordonnée à un accord préalable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), rendu sous 48h. L'accord de la caisse conditionne la prise en charge de l'acte en hospitalisation complète. Le CHIC a été mis sous accord préalable pour trois gestes de chirurgie à compter du 1^{er} mars 2016 : la chirurgie des hernies inguinales, la chirurgie de l'utérus et les cholécystectomies.

Par ailleurs, des écarts existent entre spécialités concernant les gestes innovants : la pratique de ces gestes est globalement peu développée au CHIC, hormis en

urologie.

En 2015, les chirurgiens gynécologues du CHIC ont d'ailleurs opposé leur refus à la candidature de l'établissement à un appel à projet de l'ARS tendant à promouvoir le développement de la mastectomie en ambulatoire. L'un des principaux arguments avancés était le refus probable des patientes qu'une telle opération soit pratiquée en ambulatoire. Selon une enquête menée par la Fédération Unicancer, seules 32 mastectomies avaient en effet été réalisées en ambulatoire en 2014 en France. Toutefois, cette pratique tend à se développer. En 2015, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest à Nantes a ainsi fait le choix de proposer systématiquement les deux options à ses patientes devant faire l'objet d'une ablation mammaire : chirurgie ambulatoire ou chirurgie conventionnelle. Le parcours de soins des patientes a été adapté : une consultation médicale préopératoire, une consultation infirmière d'annonce, un appel du lendemain, une consultation infirmière post-opératoire (à J+3) puis une consultation chirurgicale pour l'annonce des résultats. Des protocoles spécifiques ont également été établis, notamment contre la douleur. 24,4% des 209 interventions ont finalement eu lieu en ambulatoire, avec un taux de satisfaction très élevé¹⁷. Les freins à la pratique d'un tel geste en ambulatoire se situent donc peut-être davantage dans l'esprit des praticiens que chez les patientes.

Cet état des lieux général laisse entrevoir les freins rencontrés par les professionnels pour développer la chirurgie ambulatoire au CHIC.

1.3) Les principaux freins au développement de la chirurgie ambulatoire

L'intérêt de la chirurgie ambulatoire n'est plus à démontrer mais de nombreux freins demeurent, empêchant un développement optimal de ce mode de prise en charge. Ces freins sont organisationnels, matériels et psychologiques ; et concernent aussi bien les praticiens (chirurgiens et MAR) que les patients.

1.3.1- Les freins identifiés par les acteurs concernés

En premier lieu, avant d'exposer les freins rencontrés contre lesquels il convient de lutter, il importe de préciser que le « tout ambulatoire » ne peut être atteint à l'heure actuelle pour plusieurs raisons. Il existe d'une part des limites liées aux techniques médicales en vigueur, nécessitant une surveillance post-opératoire dépassant le

¹⁷ Source : APM News - « Bons résultats pour la mastectomie en chirurgie ambulatoire à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest », 01/07/2016

délai autorisé pour l'ambulatoire, par exemple en raison des risques hémorragiques associés. D'autre part, il existe des limites inhérentes au patient :

- Des limites médicales, par exemple en raison des comorbidités associées.
- Des limites liées à l'environnement social : le patient peut vivre seul et ne pas avoir d'accompagnant pour passer la nuit post-opératoire à son domicile ; ou encore vivre dans un logement aux conditions d'hygiène insuffisantes.
- Des limites géographiques, pour un patient vivant dans un lieu où l'accessibilité rapide aux soins n'est pas assurée.

a) Les freins organisationnels

Les principaux freins décrits par les chirurgiens du CHIC sont de nature organisationnelle. Les praticiens mettent en avant les difficultés de programmation auxquelles ils doivent faire face, liées notamment à l'organisation et la répartition des vacances. Ainsi, les urologues ont des difficultés à réaliser toutes leurs opérations ambulatoires le matin. Or la majorité des actes d'urologie nécessitent une surveillance de plusieurs heures, ce qui n'est pas toujours compatible avec une sortie du patient le jour-même, et ce alors que la sortie aurait pu avoir lieu si le geste avait été pratiqué plus tôt : la résection de vessie est par exemple réalisable en ambulatoire seulement si l'opération a lieu le matin.

Les gynécologues-obstétriciens soulignent également particulièrement les difficultés organisationnelles auxquelles ils sont confrontés. Leur nombre important et la diversité de leurs activités impliquent que leurs plannings changent chaque semaine, notamment les vacances qui ne sont pas fixes. Par ailleurs, appartenant au pôle Femme-Enfant, ils considèrent qu'ils ne sont pas toujours suffisamment associés aux projets du pôle Chirurgie.

Les chirurgiens sont aussi sensibles à l'impact de l'ambulatoire forain. En effet, les patients hébergés ailleurs qu'en UCJ ne bénéficient pas du même suivi : l'unité où ils sont pris en charge ne leur étant pas spécialement dédiée, une attention spécifique ne leur est pas accordée alors qu'ils doivent pourtant quitter l'hôpital le jour-même. Ainsi, lorsque les praticiens souhaitent valider leur sortie, le courrier n'est pas prêt, le patient n'est pas habillé... Il arrive donc que des patients passent finalement une nuit à l'hôpital, et ce non pour des raisons médicales ou personnelles. Par ailleurs, l'ambulatoire forain complique la validation des sorties en raison de la géographie des lieux puisque les praticiens doivent se déplacer dans différents services de

l'hôpital, ce qui est chronophage.

Une amélioration en termes de condition d'accueil a cependant été mise en œuvre récemment dans l'unité de chirurgie hebdomadaire (où la majorité des patients forains sont accueillis) : comme à l'UCJ, un brunch est désormais servi aux patients relevant de la chirurgie ambulatoire, et non plus un repas classique comme c'était le cas auparavant.

b) Les freins matériels

Les praticiens ont également mis en avant l'absence de matériel adapté pour effectuer certains actes en ambulatoire. A titre d'exemple, les chirurgiens digestifs pratiquent actuellement l'hémorroïdectomie, une technique douloureuse pour le patient, difficile à réaliser en ambulatoire. Ils ont exposé leur volonté de pratiquer la technique de la ligature sous doppler¹⁸, moins lourde. L'acquisition du matériel nécessaire permettrait selon les chirurgiens le passage d'un certain nombre de patients en ambulatoire, et éventuellement une augmentation de leur nombre. En effet, les gastro-entérologues libéraux adressent actuellement des patients au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brest pour bénéficier de cette technique.

c) Les freins psychologiques

Ce type de freins peut aussi bien concerner les praticiens que les patients. Certains praticiens ne souhaitent pas modifier leurs pratiques, ils continuent donc à opter pour l'hospitalisation conventionnelle pour des actes pourtant désormais réalisés en ambulatoire par leurs confrères, sans que cela ne représente aucun risque pour le patient. Les praticiens avouent également que ces barrières psychologiques peuvent être liées à des complications à la suite d'opérations pratiquées dans le passé, leur occasionnant des difficultés à « franchir le cap » pour réaliser tel ou tel acte en ambulatoire. Ces freins sont à relier directement à la crainte que soit engagée leur responsabilité médicale en cas de complications post-opératoires. De plus, la programmation en ambulatoire implique une certaine organisation et coordination qui peut freiner certains praticiens, estimant qu'une hospitalisation conventionnelle est plus simple à programmer.

Les patients peuvent également avoir des réticences à sortir de l'établissement de

¹⁸ Technique notamment utilisée au Centre Hospitalier de Saint-Quentin depuis 2014, présentée au Cercle TOVA du 12/05/2016 organisé par l'ANAP comme un élément s'inscrivant dans le développement de la chirurgie ambulatoire au sein de cet établissement.

santé le jour-même en raison de craintes de complications post-opératoires principalement. Toutefois, la majorité est au contraire très satisfaite de pouvoir rejoindre son domicile plutôt que de passer une nuit à l'hôpital.

Ce constat est à relier à ce qui a été évoqué précédemment concernant l'argument principal des chirurgiens gynécologues de l'établissement pour ne pas proposer des mastectomies en ambulatoire : cela interroge sur la perception que les praticiens ont de la réception de l'ambulatoire par les populations.

Les politiques d'information et de communication auprès du public sur l'intérêt de la chirurgie ambulatoire doivent toutefois être poursuivies pour que les avantages de ce mode de prise en charge soient connus de tous.

1.3.2- Les difficultés à mobiliser autour du projet de chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un enjeu qui peine à mobiliser en interne.

Cette absence de mobilisation concerne en premier lieu les anesthésistes-réanimateurs : aucun d'entre eux n'est engagé dans le projet de développement de la chirurgie ambulatoire et il n'y a pas d'effort d'harmonisation des pratiques.

Or, le rôle que les MAR ont à jouer est fondamental puisque les pratiques anesthésiques conditionnent en grande partie l'aptitude du patient à quitter l'établissement dans un délai court.

Certains chirurgiens se caractérisent également par leur manque d'intérêt pour cette thématique. Ce désintérêt semble parfois s'apparenter à une lassitude vis-à-vis d'une pratique qui est au centre de nombreux débats depuis plusieurs années maintenant.

Il existe également des désaccords sur la façon d'aborder le projet. Le médecin coordonnateur de l'UCJ considère que des évolutions organisationnelles sont impossibles avec l'architecture actuelle et qu'il faut envisager rapidement des travaux d'aménagement, bien que la configuration des locaux laisse peu de marges de manœuvre.

Ces désaccords ont pour conséquence un dialogue insuffisant entre le médecin coordonnateur, la cadre de l'UCJ et les praticiens ce qui explique les difficultés à faire avancer le projet de chirurgie ambulatoire.

Les difficultés de mobilisation s'expliquent aussi probablement par le manque de lisibilité de celui-ci. En effet, malgré une volonté institutionnelle de progression de la chirurgie ambulatoire clairement affichée, la communication autour des objectifs à atteindre n'a peut-être pas été assez importante. Ces derniers ont pourtant été clairement formalisés dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec l'ARS pour la période 2012-2016, et désormais dans le plan triennal.

Ces constats s'appliquent au CHIC mais aussi à de nombreux autres établissements de santé. La première table-ronde « Chirurgie ambulatoire » organisée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) dans le cadre du cercle Transformations Organisationnelles et Virage Ambulatoire (TOVA) a en effet permis des retours d'expériences et échanges entre établissements qui témoignaient des mêmes difficultés.

La déclinaison du plan triennal au CHIC représente dans ce contexte une opportunité pour relancer la dynamique interne autour du projet de chirurgie ambulatoire.

2- La déclinaison du plan triennal au CHIC : opportunité d'insuffler une nouvelle dynamique au projet interne de chirurgie ambulatoire

2.1) L'élaboration d'un plan d'actions visant à encadrer la démarche

Le plan triennal (2015-2017) est décliné en grands axes dans chaque établissement de santé (Virage ambulatoire et transformations organisationnelles ; Politique d'achats ; Médicaments ; Masse salariale...), dans une feuille de route opérationnelle.

Comme dans beaucoup d'autres régions, les hôpitaux bretons bénéficient d'un accompagnement de l'ANAP pour la mise en œuvre du plan en interne. Le CHIC fait partie d'un groupe de six établissements de santé de la région, se réunissant à intervalles réguliers pour échanger sur leurs avancées. Une consultante vient également sur site pour apporter son éclairage sur les actions à mettre en œuvre en déclinaison des grands axes de la feuille de route. L'établissement doit aussi transmettre des indicateurs de suivi toutes les 6 semaines. Au total, 52% des actions des feuilles de route des établissements de Bretagne concernent le virage ambulatoire. Au CHIC, le premier thème de l'axe Virage ambulatoire et transformations organisationnelles est de « Développer l'activité de chirurgie ambulatoire par substitution à l'hospitalisation complète », ce thème étant lui-même décliné en six actions¹⁹.

- Travail sur la réorganisation de l'unité de chirurgie ambulatoire afin d'augmenter le taux de rotation des places. La rotation est en effet peu développée actuellement. Elle est pratiquée uniquement pour l'ophtalmologie, les endoscopies et quelques gestes d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL). La cible à atteindre pour 2016 est une rotation de 1,15 et de 1,3 pour 2017.
- Sortie de l'ensemble des actes externes du bloc opératoire.
- Réflexion sur la définition et à la mise en place d'un circuit court.
- Mise en œuvre d'une coordination entre la programmation du bloc opératoire et l'unité d'ambulatoire, tenant compte des contraintes d'une prise en charge des patients en ambulatoire.
- Développement de l'activité de reprogrammation à partir des urgences permettant de prendre en charge certains patients en ambulatoire.
- Définition des actes qui au-delà des actes traceurs pourraient être transférés

¹⁹ Cf détail en Annexe n°1.

en partant des durées des séjours avec une DMS inférieure à deux jours. Chacune de ces actions est agrémentée d'indicateurs de suivi (précisant la situation en 2014 et les cibles pour chaque année du plan triennal) : taux d'occupation de l'UCJ ; nombre d'interventions réalisées au bloc ne donnant pas lieu à la production d'un Groupe Homogène de Séjour (GHS)...

Le binôme composé du chef du bloc opératoire et de l'élève directrice a été nommé co-pilote de la thématique « Chirurgie ambulatoire », en collaboration avec le trinôme du pôle Chirurgie (Cadre supérieur de santé - Chef de pôle – Directeur référent). A partir des actions de la feuille de route du CHIC, une réflexion a débuté sur les modalités de leur mise en œuvre.

Nous reviendrons ici sur les trois points principaux travaillés au cours du premier semestre 2016 : l'identification du potentiel de développement par spécialité (2.2) ; la sortie des actes externes (2.3) et les réflexions concernant l'optimisation du parcours patient (2.4).

Il a été décidé de débiter les travaux par une rencontre avec les principales spécialités chirurgicales afin d'échanger avec les praticiens sur les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire.

2.2) L'identification du potentiel de développement par spécialité

2.2.1- La méthodologie adoptée

Afin de préparer les rencontres avec les praticiens des différentes spécialités, un travail préliminaire a été mené avec le DIM.

Pour chaque discipline, le nombre d'interventions total réalisé pendant l'année 2015 a été comptabilisé, et parmi elles le pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire, en tenant compte du changement de périmètre intégrant à compter de 2015 de nouveaux GHM au calcul du taux de chirurgie ambulatoire. Dans un premier temps, une analyse des taux de chirurgie ambulatoire pour les gestes traceurs a été réalisée, en les comparant avec les taux régionaux. Pour des taux bas, une analyse plus poussée a été menée pour déterminer si des critères spécifiques justifiaient la non-prise en charge en ambulatoire.

Ensuite une étude a été faite sur l'ensemble des gestes réalisés en ambulatoire, pour

déterminer les potentiels de transférabilité lorsqu'un même geste est à la fois effectué en chirurgie ambulatoire et en chirurgie conventionnelle.

Enfin les gestes ne faisant actuellement pas l'objet d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire mais se caractérisant pas des DMS courtes (inférieures à deux jours) ont également été expertisés.

A chaque fois, le niveau de sévérité a été pris en compte, ainsi que d'autres critères comme la provenance géographique des patients ou les comorbidités associées, pour ne pas tenir compte dans le calcul du potentiel de transfert des actes des patients qui n'auraient de toute façon pas pu être éligibles à la chirurgie ambulatoire. Ce travail préalable a permis de déterminer pour quels actes ayant un volume conséquent une progression du taux de chirurgie ambulatoire était envisageable à court terme.

Un document synthétisant l'ensemble de ces éléments a été préparé pour être remis aux praticiens rencontrés.

Pour des perspectives à moyen/long terme, l'instruction du 28 septembre 2015 de la DGOS présente des taux de transférabilité à atteindre à l'horizon 2020 :

Niveau de sévérité	1	1	1	1	1	2	2	2
Durée de séjour	1	2	3	4	>4	3	4	>4
Taux de transférabilité	80 %	70%	20%	10%	10%	10%	5%	5%

Ce tableau constitue un outil intéressant mais il ne semblait pas pertinent de l'utiliser pour avoir une réflexion sur le développement de la chirurgie ambulatoire à court terme dans l'établissement. Au vu des difficultés de mobilisation de certains praticiens autour du projet de chirurgie ambulatoire, il apparaissait plus opportun de dialoguer sur les perspectives du point de vue des praticiens plutôt que de leur présenter d'emblée des objectifs chiffrés.

2.2.2- Les échanges avec les praticiens

Les réunions ont été réalisées en présence des praticiens de la spécialité, du chef du bloc opératoire, du cadre du DIM et de l'élève directrice.

Elles ont débuté par une présentation de la démarche menée, un état des lieux rapide de la chirurgie ambulatoire au CHIC et dans la spécialité concernée. Les tableaux individuels retraçant l'activité de chaque chirurgien leur ont également été remis car la majorité d'entre eux ne prennent pas le temps de le consulter quand il leur est transmis par voie électronique.

Dans un premier temps, le choix a été fait de ne pas présenter les potentiels de développement identifiés dans le cadre du travail préalable, afin que la vision des chirurgiens ne soit pas influencée par ces résultats. Dans un second temps, une discussion a eu lieu à partir des éléments du DIM. La question de la rotation a également été abordée.

Nombre de praticiens ont mis en avant les facteurs organisationnels comme élément moteur dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Ils considèrent que l'organisation les contraint beaucoup et qu'un développement de la rotation dans ce contexte est peu envisageable.

Les discussions se sont orientées différemment selon les spécialités. Les chirurgiens ORL ont ainsi détaillé les gestes sur lesquels un effort particulier allait être fait pour qu'ils soient davantage réalisés en ambulatoire (par exemple la chirurgie endonasale ; la parotidectomie). Les discussions ont également porté sur la thyroïdectomie : la majorité des opérations de la thyroïde donne aujourd'hui lieu à des DMS d'un jour au CHIC, il semblait donc à première vue envisageable de basculer cet acte vers l'ambulatoire. Les chirurgiens ORL ont toutefois fait remarquer d'une part qu'il était difficile de les réaliser en ambulatoire en raison des risques de saignements importants, et d'autre part que le CHIC se situe déjà bien en-deçà de la DMS nationale (2,8 jours). L'Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne a d'ailleurs émis une recommandation à ce sujet allant dans le sens de la pratique dominante au CHIC : la prise en charge de référence est une hospitalisation comportant au moins une nuit postopératoire. L'hospitalisation peut cependant être inférieure à une durée de 24 heures car le risque d'hématome cervical compressif au-delà de ce délai est exceptionnel. Une thyroïdectomie ambulatoire est possible mais uniquement si des critères très stricts sont remplis²⁰. Les chirurgiens ORL du CHIC ont toutefois de plus en plus recours à la chirurgie ambulatoire pour les

20 Recommandations de l'Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne et de l'Académie Nationale de Chirurgie validées lors de la séance commune du 28/11/2012, consultables sur <http://www.academie-chirurgie.fr/>

parathyroïdes car l'évolution des techniques chirurgicales au cours des dernières années a permis de diminuer les risques de saignements et douleurs post-opératoires.

Les chirurgiens urologues qui ont de bons taux de chirurgie ambulatoire ont quant à eux mis l'accent sur les freins organisationnels rencontrés ; tandis que les chirurgiens digestifs ont exposé les contraintes liées au fait que beaucoup de leurs patients sont issus des urgences et viennent s'insérer dans leur programme, rendant la pratique de l'ambulatoire compliquée. Ce dernier point rejoint l'un des axes de la feuille de route du plan triennal selon lequel la reprogrammation à partir des urgences doit être renforcée lorsque les circonstances le permettent.

Au final, les marges de manœuvre apparaissent limitées, notamment concernant les gestes traceurs. Les praticiens ont par ailleurs unanimement souligné l'incohérence du suivi de certains gestes traceurs, tels que la pose d'accès vasculaire. En effet, cette pose est souvent réalisée pendant l'hospitalisation des patients et s'inscrit dans un parcours de soins plus long, elle n'est donc pas comptabilisée en ambulatoire.

Ces rencontres ont été bénéfiques car elles ont permis de créer un espace d'échanges avec les praticiens autour de la thématique de la chirurgie ambulatoire. Les praticiens ont pour plusieurs d'entre eux souligné l'intérêt de la démarche. Ils ont pu exprimer leur point de vue sur l'organisation actuelle et ses défaillances. Cette rencontre dédiée à la chirurgie ambulatoire leur a aussi permis d'échanger entre eux et de questionner leurs propres pratiques.

2.3) La réflexion sur l'optimisation du parcours patient

2.3.1- Un changement organisationnel important : la sortie des actes externes de l'Unité chirurgicale de jour et du bloc opératoire

Le projet de sortie des actes externes du bloc opératoire constitue également l'une des actions prioritaires de la feuille de route opérationnelle du CHIC.

a) Des actes externes engorgeant l'UCJ et le bloc opératoire

Des patients venant pour des actes externes sont actuellement pris en charge à l'UCJ et au bloc opératoire. Les injections intra-vitréennes réalisées par les ophtalmologues, relevant de cette catégorie d'actes, avaient déjà été transférées

hors du bloc opératoire et de l'unité ambulatoire pour être réalisées en consultations externes en 2014.

Les patients sont installés sur des fauteuils (quatre au total) dans une salle de l'UCJ et empruntent ensuite le même circuit que les autres patients de l'unité venant pour une chirurgie ambulatoire classique. Cette organisation a plusieurs inconvénients :

- Une qualité de prise en charge et un confort du patient insatisfaisants.
- Des ressources humaines (personnels soignants de l'UCJ ; brancardiers ; personnels du bloc opératoire...) et matérielles (salle de l'UCJ ; salle du bloc) conséquentes déployées.
- Un coût important relativement aux recettes perçues, en raison des ressources importantes mobilisées. En effet, toute prise en charge qui peut être réalisée dans le cadre des consultations ou actes externes ne doit pas donner lieu à la facturation d'un GHS²¹. Le DIM ne produit en effet des GHS que pour des patients qui ont un statut d'hospitalisés. Les actes externes relèvent d'une facturation à l'acte selon les règles de la CCAM ou NGAP à laquelle peut s'ajouter, le cas échéant, la facturation d'un forfait « Sécurité Environnement hospitalier » ou « forfait Petits matériels ». L'utilisation du bloc et de son personnel pour ce type d'actes engendre alors des coûts supérieurs aux recettes.

Un premier bilan a été fait sur le fonctionnement actuel. En 2015, 580 actes externes ont été réalisés au bloc opératoire, chacun des patients ayant été pris en charge en UCJ. L'objectif est de sortir progressivement ces actes externes de l'UCJ et du bloc : la cible à atteindre pour 2017 est le transfert de 50% de ces actes.

A partir de la liste des 580 actes, une première distinction a été faite entre :

-Les actes pouvant être sortis du bloc opératoire pour être réalisés en consultations externes (51%).

-Les actes devant être maintenus au bloc pour des questions de matériel ou des exigences d'asepsie (23%).

-Les actes sur lesquels plane une incertitude, des éclairages devant être demandés aux médecins (26%).

21 Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Un benchmark a été réalisé auprès des établissements de l'Union Hospitalière de Cornouaille (le Centre Hospitalier de Douarnenez et l'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé). Leur bloc ne fonctionnant plus, les deux établissements ont en effet développé une organisation spécifique pour prendre en charge les actes externes. Les échanges ont permis d'étudier les différentes étapes du circuit patient (de la programmation de l'acte à la remise du compte-rendu opératoire, en passant par le codage) et de déterminer quels aspects de la prise en charge étaient transposables au CHIC.

b) Des actes désormais réalisés dans une salle de consultations dédiée

Le plus opportun pour accueillir les actes externes aurait été d'aménager une salle à proximité du bloc opératoire, afin d'éventuellement déplacer du matériel plus facilement. Aucun local n'étant disponible au même étage, une salle des consultations externes (au rez-de-chaussée) a été identifiée comme pouvant accueillir les actes externes. Une évaluation des différents besoins (humains, matériels et logistiques) a été réalisée et le parcours patient a été élaboré.

Le choix a été fait d'expérimenter la nouvelle organisation avec uniquement les actes d'ORL dans un premier temps, et ce pour plusieurs raisons :

- Un volume conséquent d'actes (30% des actes externes pratiqués au bloc actuellement relèvent de l'ORL) ;
- L'adhésion des praticiens ;
- Le peu de moyens nécessaires. En effet, il n'y a pas de travaux importants envisagés, seule l'acquisition de petit matériel est prévue.

Des vacations spécifiques (demi-journées) seront consacrées aux actes externes.

Le lancement est programmé en septembre 2016, l'action sera étendue ultérieurement à d'autres spécialités. Le transfert de ces actes externes à un autre étage de l'établissement va permettre de désengorger l'UCJ et le bloc opératoire, libérant de l'espace et de la ressource pour prendre en charge d'autres patients, ce qui permettra de fluidifier les parcours.

Des points d'organisation demeurent tout de même à éclaircir par la suite. Ainsi, il est à l'heure actuelle prévu que des infirmiers du bloc opératoire se rendent aux consultations externes pour prendre en charge les patients, comme c'est déjà le cas pour les injections intra-vitréennes. L'objectif étant notamment de libérer des ressources au bloc et de réduire le coût de prise en charge des actes externes, il n'apparaît pas forcément pertinent que les infirmiers du bloc en sortent, d'autant plus

que les IDE auraient les qualifications nécessaires pour prendre en charge les patients bénéficiant des actes externes.

2.3.2- Des circuits distincts envisageables selon le profil des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire

Actuellement, certains patients de l'UCJ sont conduits debout au bloc opératoire accompagnés d'un aide-soignant de l'unité, ce qui évite le recours au brancardage. En dehors de cette pratique, il n'existe qu'un seul type de circuit pour le patient, se découplant schématiquement de la façon suivante :

- Arrivée à l'UCJ et installation dans une chambre.
- Transport en brancard jusqu'au bloc opératoire.
- Passage en salle d'opération.
- Passage en SSPI.
- Transport en brancard jusqu'à sa chambre à l'UCJ.
- Surveillance et sortie de l'UCJ.

Afin de quantifier la durée totale du chemin clinique²², un travail a débuté sur l'identification des temps de surveillance nécessaires après la sortie de la salle d'opération pour déterminer le « délai de remise à la rue » des patients. Un document à remplir conjointement par les chirurgiens et les anesthésistes a été élaboré²³, renseignant le type d'anesthésie préconisé, le temps moyen d'occupation de la salle, la durée de présence en SSPI, le délai chirurgical de remise à la rue (c'est-à-dire la durée minimale de surveillance après la fin du geste chirurgical), le délai anesthésique de remise à la rue (soit la durée minimale de surveillance après la sortie de la SSPI) et enfin les modalités aller-retour d'accès au bloc. Concernant ce dernier point, différentes hypothèses ont été faites : patient « debout-debout » ; patient « debout-assis » ; patient « assis-assis » ; patient « debout-couché » ; patient « assis-couché » ou patient « couché-couché ».

Ce travail a de multiples intérêts :

- Il offre l'opportunité d'une harmonisation des pratiques entre les différents

22 Défini comme « l'ensemble des étapes clairement identifiées, qui mène le patient de l'intention ou de la nécessité de se faire opérer jusqu'à la réalisation de l'acte » par l'ANAP. Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, les quatre phases principales du chemin clinique sont la période préopératoire, la phase opératoire, l'autorisation de sortie et le suivi. Nous entendons ici le chemin clinique de l'arrivée du patient à l'UCJ à sa sortie de l'établissement.

23 Cf Annexe n°2.

praticiens, que ce soit les chirurgiens ou les anesthésistes-réanimateurs. Les temps de surveillance sont bien évidemment modulables selon le profil des patients mais la fixation de délais « standard » de remise à la rue représente un atout pour l'organisation des vacances et de l'UCJ. Par ailleurs, la rédaction de protocoles d'analgésie et d'anesthésie uniformisés est un moyen de limiter les sorties retardées.

- Il permet d'opérer une classification des gestes selon le délai retenu pour la remise à la rue et ainsi définir lesquels pourraient relever d'un circuit court ou d'un circuit long. A partir du moment où les gestes relevant d'un circuit court sont identifiés, la mise en place de rotations est facilitée.

Il convient cependant de souligner que la mise en place de rotations est plus aisée pour des établissements dont l'activité chirurgicale se concentre sur certains gestes opératoires. Ainsi, à la Fondation Rothschild, l'opération de la cataracte, dont la durée post-opératoire est inférieure à une heure, constitue les 2/3 de l'activité ambulatoire de l'établissement. Un circuit dédié à la prise en charge des cataractes a été mis en place, cette organisation étant possible en raison du volume conséquent de cet acte (environ 5000 par an).

Au CHIC, la diversité du case-mix est certes un point fort, mais elle rend plus complexe la mise en place d'un circuit court. Néanmoins, des gestes pouvant relever d'un tel circuit ont d'ores et déjà été identifiés: la cataracte ; la pose de site ; l'endoscopie... Le travail de quantification des chemins cliniques permettra de préciser les gestes potentiellement praticables dans le cadre d'un circuit court.

Pour les patients relevant du circuit court et ne nécessitant pas d'être alités se pose également la question du passage ou non par l'UCA. En effet, certains établissements de santé mettent en place des vestiaires avec casiers, permettant de désengorger l'unité. Ce fonctionnement permet de sortir de la culture du lit et de l'hébergement et de réfléchir davantage en termes de flux, en développant le concept de « marche en avant ». Il s'agit également d'aller encore plus loin dans la responsabilisation du patient et l'implication de celui-ci dans son parcours de soins.

Quoiqu'il en soit, il semble opportun de développer l'acheminement des patients vers le bloc à pied car si l'arrivée en brancard se justifie en cas d'administration d'une sédation préalablement à une opération, cette prémédication n'est pas

systématiquement effectuée pour un acte en ambulatoire. Ce mode d'acheminement se développe de plus en plus dans les établissements de santé en raison des avantages qu'il présente²⁴ :

- L'accompagnement au bloc par les agents de l'UCA permet à l'unité d'être en gestion autonome sans devoir faire appel au brancardage de l'établissement (et à ses éventuels retards). Dans les cas où le brancardage traditionnel était déjà assuré par les agents de l'UCA, la mise en place de l'accompagnement en marche à pied diminue la pénibilité.
- La communication avec les patients est facilitée en marchant, ce qui est valorisant professionnellement pour les agents.
- Le patient est satisfait de cette autonomie et possibilité de déambulation, ce qui réduit son anxiété.

Il convient par ailleurs de souligner qu'un travail est mené depuis début 2016 entre la SFAR et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour faire évoluer le décret « anesthésie » de 1994²⁵ et déroger dans certaines conditions (en l'occurrence les interventions mineures sous anesthésie locorégionale) à l'obligation de passage en SSPI. Ce passage reste actuellement obligatoire pour tout acte ayant nécessité l'intervention d'un anesthésiste, même si l'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques conduit à ce que certains patients remplissent les critères de sortie de SSPI dès la fin de l'acte opératoire. On pourrait donc envisager que ces patients quittent directement le bloc opératoire et se rendent à l'UCA ou à la salle de repos. Pour les patients ne nécessitant pas d'alitement, le salon de sortie est en effet une alternative intéressante : équipé de fauteuils, il permet la déambulation, une prise de collation, le contact avec les accompagnants... L'existence d'un tel salon est un prérequis nécessaire pour le développement de la rotation notamment. Il permet la surveillance des patients sans que ces derniers ne mobilisent des chambres dans l'unité.

La mise en place d'un circuit court se devait d'être expertisée à partir de toutes ces

24 Notamment évoqués dans BOYADJIEV I., *Evaluation de la marche à pied des patients depuis une unité de chirurgie ambulatoire délocalisée vers un bloc opératoire. Le point de vue des soignants*, Mémoire du DIU « Procédures en anesthésie et chirurgie ambulatoire » : étude d'impact à l'UCA de l'Hôpital Nord de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille.

25 Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique.

données, mais également des contraintes architecturales qui conditionnent les évolutions possibles. Le CHIC a déposé un projet auprès de l'ARS portant sur l'ouverture d'une treizième salle de bloc qui serait consacrée à l'ambulatorie, et notamment aux gestes relevant d'un circuit court. Un appel à projets a en effet été lancé par l'agence sur la thématique de l'accompagnement du développement de la chirurgie ambulatoire au sein des établissements de santé de la région Bretagne, visant notamment à soutenir les opérations d'investissement immobilier ou mobilier pour réorganiser et restructurer l'offre (aménagement de locaux ; travaux...).

Comme l'indique la SFAR dans ses recommandations, « *il n'y a pas de modèle, au sens architectural du terme, de structures ambulatoires* ». Pour tout projet, « *l'architecture doit traduire le choix organisationnel* »²⁶.

2.3.3- Une nouvelle logique de programmation

A la suite de ce travail de définition de nouveaux circuits patients, une autre étape est envisagée concernant la programmation de la chirurgie ambulatoire. En effet, l'un des points faibles actuels est l'absence d'outil de gestion conjoint entre la programmation au bloc et les lits/places :

- Dans un premier temps, la date de bloc est fixée selon les disponibilités de l'opérateur parmi ses vacances : le chirurgien ou l'assistante de programmation du bloc fixe la date d'intervention dans le logiciel Online ;
- Dans un second temps, la réservation du lit est effectuée par une secrétaire médicale dans le logiciel Gestion de Réservation des Ressources (GRR) : si l'intervention est programmée en ambulatoire et qu'il reste une place disponible en UCJ, le patient y sera admis, sinon il sera hébergé ailleurs dans l'établissement.

L'alternative envisagée est qu'une date de bloc soit proposée avec une date maximale de réalisation de l'opération. La vérification de disponibilité de place à l'UCJ se ferait ensuite en fonction du délai maximal d'intervention proposé par l'opérateur. La date de bloc serait alors ajustée en fonction de ces paramètres, réduisant l'occurrence de l'ambulatorie forain. Il est prévu que l'assistante de programmation du bloc intervienne sur la gestion de l'hébergement en plus de la réservation des vacances afin que le lien entre les deux outils informatiques soit assuré par la même personne.

²⁶ SFAR, Recommandations formalisées d'experts – Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire.

L'acquisition d'un unique outil informatique permettant à la fois la réservation de la plage

horaire d'intervention et de la place à l'UCJ semblerait pertinente. Elle n'est toutefois pas à l'ordre du jour en raison des contraintes financières de l'établissement et de la redéfinition du projet informatique qui est en cours.

En parallèle, pour accompagner ce changement, des places pré-réservées par spécialité à l'UCJ seraient instaurées, déterminées à partir de l'activité des années précédentes (et ajustées selon les pics ou baisses d'activité observés en fonction des périodes de l'année). Les places pré-réservées non utilisées par chaque spécialité se verraient proposées aux autres spécialités deux semaines avant l'intervention pour assurer un taux d'occupation maximal de l'UCJ.

S'il aboutit, ce travail sera accompagné comme chaque année d'une révision des vacations du bloc afin de garantir une adéquation entre les ressources (les vacations opératoires) et l'activité des praticiens.

L'organisation du parcours patient ambulatoire est encore loin d'être optimale mais la sortie des actes externes de l'UCJ et du bloc opératoire constitue une première étape dans l'amélioration de ce parcours patient et sera suivie d'autres changements, à partir de toutes les réflexions en cours.

L'application du plan triennal ayant débuté en 2015, sa dernière année de déploiement est 2017. Pour autant, le projet de chirurgie ambulatoire ne s'arrête pas à cette date butoir et doit s'inscrire dans la durée. En effet, le plan triennal a été mis en place avec pour objectif premier la réalisation d'économies dans les établissements de santé. Cependant, il constitue également un outil de réflexion sur les organisations actuellement en vigueur dans les hôpitaux et permet d'initier de nouvelles pratiques et/ou expérimentations. C'est le cas pour la chirurgie ambulatoire, dont le projet de développement ne doit néanmoins pas se limiter aux objectifs du plan triennal. Les actions initiées dans le cadre de ce plan doivent non seulement se poursuivre, mais également être accompagnées de nouvelles mesures découlant de la stratégie globale de l'établissement et ayant un impact positif sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

3- Un projet cristallisant les enjeux majeurs des hôpitaux pour les années futures

L'hôpital est confronté à des mutations permanentes, nécessitant une forte capacité d'adaptation. Cela implique des changements fréquents des pratiques et des organisations. En tant que pilier de la transformation organisationnelle, le développement de la chirurgie ambulatoire illustre parfaitement ces enjeux.

3.1) La chirurgie ambulatoire, moteur de la recomposition capacitaire

Les hôpitaux se sont vus confier des objectifs en termes de réduction d'hospitalisation complète : il apparaît en effet nécessaire d'adapter le dimensionnement des unités de soins, de chirurgie comme de médecine, aux nouveaux modes de prise en charge. Il appartient cependant d'utiliser le terme de « recomposition » plutôt que celui de « réduction » car les lits d'hospitalisation complète concernés n'ont pas tous vocation à être supprimés, certains étant destinés à une reconversion en places d'hospitalisation de jour.

3.1.1- Le virage ambulatoire : un tournant à saisir

L'exigence de réduction des lits est à relier au virage ambulatoire que doivent emprunter les établissements de santé. Ce virage ambulatoire consiste principalement en l'accélération de la chirurgie ambulatoire, le développement de la médecine ambulatoire, mais aussi la réduction des DMS et le développement de l'Hospitalisation A Domicile (HAD). Il a pour le moment davantage été amorcé en chirurgie qu'en médecine.

En effet, le développement de la chirurgie ambulatoire se traduit en partie par un transfert des patients de l'hospitalisation conventionnelle vers l'hospitalisation ambulatoire, la croissance de la chirurgie ambulatoire étant plus rapide que celle de l'activité totale de chirurgie.

Le juste dimensionnement capacitaire vise alors à allouer à chaque spécialité les ressources nécessaires à son activité. Cette allocation peut se faire dans le cadre du regroupement des unités de chirurgie entre spécialités, pour optimiser la charge en soins, tout en visant une cible de taille d'unités de soins (28 à 30 lits)²⁷. Le

27 Source : DGOS, Fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière : « L'ambulatoire en chirurgie et en médecine », Mai 2016, Fiche 2-3.

regroupement des unités associé au transfert progressif de l'activité chirurgicale conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire libère donc des lits et permet une redistribution des ressources humaines et des installations hôtelières vers d'autres secteurs d'activité.

Ces changements amènent à réfléchir sur les éventuelles transformations architecturales à réaliser pour que l'hôpital réponde aux nouveaux besoins. La surface prise par les hébergements – souvent près des 2/3 dans les hôpitaux - pourrait connaître une réduction. La chirurgie occupera moins d'espace, en revanche les surfaces consacrées à la médecine devraient stagner voire légèrement augmenter en raison du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques associées²⁸.

Le virage ambulatoire représente donc l'opportunité de réfléchir aux besoins de l'hôpital de demain.

3.1.2- Penser l'hôpital de demain à travers le projet médical 2016-2020 du CHIC

Le projet médical du CHIC pour 2016-2020 étant en cours d'élaboration, les réflexions sur le dimensionnement capacitaire des unités de l'hôpital ont été amorcées, en particulier sur les hôpitaux de semaine. En chirurgie, il existe deux unités concernées :

- L'unité de chirurgie hebdomadaire, composée de vingt lits ;
- L'unité de chirurgie gynécologique, constituée de dix lits. Depuis début 2015, il n'y a plus d'unité d'hospitalisation conventionnelle de chirurgie gynécologique car elle était très peu occupée le week-end (les quelques patientes présentes étaient transférées dans une autre unité afin que celle de chirurgie gynécologique soit fermée).

En 2015, plus de 1000 séjours ambulatoires ont eu lieu dans ces deux unités. A partir de ces données, un potentiel de conversion de quatre lits minimum de ces hospitalisations de semaine vers l'hospitalisation de jour a donc été évoqué dans un premier temps. Du fait de cette conversion, le nombre de places de l'UCJ augmenterait.

Aucun scénario définitif n'a pour le moment été arrêté. Les premiers échanges ayant eu lieu sur l'évolution capacitaire du CHIC démontrent les difficultés des acteurs de

28 HEDEF-CAPELLE V. (d'après l'intervention de S.Gaussin aux 54èmes Journées d'études et de formation des ingénieurs hospitaliers de France, 06/2014), « L'hôpital de demain : vers une reconfiguration des espaces ? », 9 juillet 2014, sur <http://www.cadredesante.com/>.

terrain à concevoir l'hôpital du futur et à se projeter dans ce qu'il pourrait être dans dix ans. Les réflexions sur le volet capacitaire semblent servir de catalyseur pour faire bouger les lignes alors que ce volet capacitaire devrait être la conséquence des réflexions menées et non leur point de départ.

Les chirurgiens pourraient être des éléments moteurs de cette réflexion sur l'hôpital de demain auprès de leurs confrères médecins. En effet, le virage ambulatoire est déjà fortement amorcé en chirurgie, ce qui est moins le cas en médecine. Ce constat s'applique au CHIC et s'illustre notamment par l'intermédiaire des Indices de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS) : celui de chirurgie est inférieur à 1 (0,84), ce qui témoigne d'une DMS inférieure à la moyenne nationale ; alors que celui de médecine est supérieur à 1 (1,03). La réduction de l'IP-DMS de l'établissement est également un objectif établi dans la feuille de route opérationnelle du plan triennal. Pour atteindre cet objectif, il faut augmenter le nombre de sorties avant midi, ce qui permettra d'accroître la rotation des patients sur les lits. De plus, une date prévisionnelle de sortie doit être inscrite dans le dossier patient.

Les enjeux pour les établissements de santé publics concernent principalement la médecine non-technique, dont le taux d'ambulatoire est de 18% à l'échelle nationale. L'activité de médecine interventionnelle est en effet déjà largement réalisée en ambulatoire.

Penser l'hôpital de demain peut sembler difficile, mais cette démarche ne relève pas uniquement de la prédiction. Les médecins et dirigeants hospitaliers se doivent d'anticiper au mieux les évolutions à partir des tendances actuelles, et les transformer en opportunités : innovations médicales et pharmaceutiques ; télémédecine ; plateaux techniques renforcés ; lien avec la médecine de ville... L'hôpital du futur se construit ainsi « hors les murs ». On peut en effet considérer que l'« *on assiste à l'ultime étape du passage de l'hébergement sans soins (naissance des hospices et des hôtels-Dieu au Moyen-Âge) aux soins sans hébergement (lent phénomène depuis les années cinquante)* »²⁹.

Les réflexions sur cette thématique doivent nourrir le projet d'établissement et le schéma directeur qui en découlera.

29 BUBIEN Y., « L'hôpital demain », tribune, What's Up Doc, le Mag, n°18, février 2015.

Au-delà de la recomposition capacitaire, le projet de chirurgie ambulatoire permet de soulever un certain nombre d'autres problématiques afférentes à l'hôpital des prochaines années.

3.2) Quels outils à l'avenir pour accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire ?

3.2.1- L'indicateur de performance de la chirurgie ambulatoire : nouvel outil d'évaluation des progrès réalisés

Jusqu'à il y a peu, les indicateurs utilisés pour comparer les établissements en matière de chirurgie ambulatoire étaient principalement le taux de chirurgie ambulatoire ; le taux de rotation ; le taux d'ambulatoire forain... En lien avec l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et quinze experts nationaux, l'ANAP a construit un nouvel indicateur : l'Indicateur de Performance de la Chirurgie Ambulatoire (IPCA). L'objectif affiché de l'IPCA est d'améliorer le dialogue de gestion. Cet indicateur permet de comparer les établissements entre eux sur des bases objectives. Il constitue une photographie précise du niveau de maturité organisationnelle de la chirurgie ambulatoire d'un établissement.

Il est construit à partir de quatre variables :

- Le volume ambulatoire, qui correspond au nombre annuel de Résumés de Sortie Anonymes (RSA) ambulatoires.
- L'indice d'organisation, qui rapporte le nombre de séjours ambulatoires réalisés par l'établissement sur le nombre de séjours ambulatoires attendus. Un indice d'organisation supérieur à 1 correspond à un nombre réalisé supérieur au nombre attendu, l'établissement est alors plus performant que la moyenne nationale à case-mix d'actes Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) identiques ;
- Le volume d'innovation ambulatoire, correspondant au nombre de RSA ambulatoires avec acte innovant. La définition de l'innovation ne fait pas consensus en chirurgie ambulatoire (ce qui peut être une innovation pour un établissement peut être une pratique courante pour un autre), les experts l'ont donc définie à partir de la double condition statistique suivante : séjours dans la base nationale avec acte CCAM ayant un taux de chirurgie ambulatoire inférieur à 20% et présence d'un nombre d'actes CCAM supérieur à 10. Une liste de 600 actes CCAM innovants a été produite à partir de ces données ;

- Le case-mix des catégories majeures de diagnostic (CMD) ambulatoires (il existe quatre classes, correspondant au nombre de spécialités chirurgicales ambulatoires dans l'établissement).

L'IPCA est constitué du volume ambulatoire pour 50% de son poids, de l'indice d'organisation pour 30% et du volume ambulatoire innovant pour 20%.

Les données disponibles via Hospidiag permettent une comparaison nationale, régionale, par catégorie d'établissements et par classe de case-mix ambulatoire.

L'IPCA du CHIC a progressé au cours des trois dernières années, principalement grâce à l'augmentation du volume ambulatoire. L'indice d'organisation est quant à lui en baisse, tandis que le volume ambulatoire innovant a augmenté en 2014 pour revenir à son niveau de 2013 en 2015. L'établissement se situe cependant dans les 20% d'établissements les plus performants en la matière, ce qui n'est pas le cas pour les deux premières variables, pour lesquels le CHIC se situe dans la catégorie moyenne des établissements : ni les 20% les plus performants, ni les 20% les moins performants. Le volume le plus important d'actes innovants relève des chirurgiens urologues, suivis dans une moindre mesure par les chirurgiens orthopédiques.

Ce nouvel indicateur offre une approche plus globale que les indicateurs utilisés auparavant. Son approche quantitative doit toutefois être complétée par une approche plus qualitative, par exemple au travers d'indicateurs plus spécifiques sur la qualité et la sécurité des soins.

3.2.2- L'articulation avec d'autres modes de prise en charge

a) La récupération rapide après chirurgie : un mode de prise en charge également centré sur le patient

Tout comme la chirurgie ambulatoire, la Récupération rapide Après Chirurgie (RRAC) est un mode de prise en charge centré sur le patient, initié dans les pays nordiques par le Professeur Henrik Kehlet dans les années 1990. De même, elle implique des changements organisationnels.

Ce mode de prise en charge vise à permettre au patient de récupérer plus rapidement ses capacités fonctionnelles après une intervention chirurgicale.

La RRAC se base sur les mêmes principes que la chirurgie ambulatoire :

- Une équipe dynamique et formée, pour sécuriser le parcours de soins ;

- Une information détaillée du patient ;
- Une prise en charge de la douleur avant, pendant et après l'opération ;
- Une alimentation adaptée avant et après l'intervention : le patient peut s'alimenter jusqu'à six heures avant l'intervention et boire une boisson sucrée jusqu'à deux heures avant, la reprise d'une alimentation normale le plus tôt possible est recherchée après l'intervention.

Les bénéfices attendus sont également similaires à ceux de la chirurgie ambulatoire. L'adaptation des pratiques anesthésiques permet une diminution des effets secondaires tels que les vomissements ou nausées. Le retour rapide à domicile permet au patient de retrouver rapidement son environnement, diminuant son stress et les risques de complications post-opératoires et de contraction d'une infection nosocomiale.

Bien que pratiquée depuis une vingtaine d'années dans certains pays voisins, la RRAC en est encore à ses balbutiements en France. Une réunion de lancement a eu lieu au CHIC en avril 2016 : un livret du patient est en cours de rédaction, des personnels vont être formés, et une journée consacrée à la RRAC est organisée en septembre 2016 avec l'intervention de praticiens extérieurs à l'établissement.

La RRAC représente un levier pour la diminution des DMS d'hospitalisation complète, mais également pour la chirurgie ambulatoire, notamment pour les actes complexes. C'est grâce à elle que certaines interventions telles que les prothèses de hanche ou genou sont désormais réalisées en ambulatoire dans des établissements de santé. Ce n'est pas encore le cas au CHIC mais la mise en place de la RRAC devrait permettre d'accélérer le processus. Le développement de ce mode de prise en charge s'inscrit donc en parfaite cohérence avec le développement de la chirurgie ambulatoire.

Toutefois, pour ne pas freiner le développement de la RRAC et de la chirurgie ambulatoire sur ce type d'actes, la tarification doit être adaptée. En effet, si les bornes basses des GHM chirurgicaux de niveau 1 ont été supprimées, cette suppression n'a pas été généralisée aux séjours de niveaux 2, 3 et 4. Or la littérature prouve que la RRAC profite particulièrement aux patients âgés et/ou avec des comorbidités associées, qui correspondent le plus souvent aux niveaux 2, 3 et 4. Les établissements offrant des prises en charge novatrices et écourtées peuvent donc

être pénalisés financièrement par les bornes basses qui persistent.

b) L'hospitalisation à domicile : une alternative à l'hospitalisation complète compatible avec la chirurgie ambulatoire ?

L'hospitalisation à domicile permet également un retour à domicile plus rapide et un recours moindre à l'hébergement hospitalier.

La HAD s'est vue reconnaître explicitement une place en aval de la chirurgie ambulatoire, même si ces interventions ont vocation à rester exceptionnelles, dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF) sur les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire³⁰ : la proposition n°11 du rapport invite à « réserver le recours à l'hospitalisation à domicile en aval de la chirurgie ambulatoire aux patients dont l'état de santé nécessite impérativement une prise en charge coordonnée de soins complexes ».

En effet, la tendance de certains médecins à proposer une prise en charge en HAD après un acte de soins en chirurgie ambulatoire a été observée. Cette pratique est décriée, notamment par l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), selon laquelle HAD et chirurgie ambulatoire sont totalement contradictoires, le cumul des deux annulant les bénéfices de la seconde.

Par ailleurs, la DGOS a lancé début 2016 un appel à candidatures sur la mise en place d'un dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie », dans le cadre duquel les établissements sélectionnés pourront bénéficier d'un accompagnement financier de 20 000 euros. Il porte sur quelques gestes ciblés dans trois spécialités : chirurgie gynécologique, chirurgie orthopédique et chirurgie digestive. Ce dispositif fait l'objet de nombreuses critiques, notamment de la part de l'AFCA et de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). En effet, les critères d'éligibilité des actes et des patients à cette sortie précoce vers l'HAD recoupent pour une partie ceux de l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, en établissant une liste d'actes, le risque est de freiner le développement de la chirurgie ambulatoire, notamment vers des actes « lourds ». De plus, une partie des actes lourds ciblés sont déjà réalisés en ambulatoire dans certaines structures (par exemple les prothèses totales de hanche et du genou ou les hystérectomies pour fibrome). L'AFCA craint que le potentiel de

30 IGAS, IGF, Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, Juillet 2014, 288p.

développement de ces chirurgies en ambulatoire ne soit détourné vers l'HAD, « moins exigeante qu'une sortie le jour-même »³¹.

Cela concerne probablement peu de patients mais ce dispositif peut conduire à brouiller les lignes et instaurer une confusion entre les différents modes de prise en charge, dont les finalités sont bien les mêmes (améliorer le confort du patient ; le dynamiser dans son parcours de soins ; réduire la durée d'hébergement à l'hôpital...) mais dont les modalités d'application sont différentes.

La prise en compte de ces différentes dimensions est importante pour assurer un développement optimal de la chirurgie ambulatoire, de même que la construction d'une démarche projet solide, nécessaire pour accompagner les nombreux changements induits par le développement de la chirurgie ambulatoire.

3.3) L'importance d'une démarche projet solide pour accompagner le changement

Les hôpitaux sont confrontés à des mutations permanentes, nécessitant une forte capacité d'adaptation. Le développement de la chirurgie ambulatoire illustre parfaitement ce phénomène.

Un tel enjeu doit être accompagné par la mise en place d'une démarche projet solide, avec des acteurs impliqués et coordonnés. C'est notamment ce qui fait défaut au CHIC : il y a d'une part un manque de mobilisation de certains praticiens et d'autre part une communication et une coordination insuffisantes entre l'ensemble des personnels parties au projet (chirurgiens, MAR, médecin coordonnateur de l'UCJ, cadre de santé de l'UCJ, direction). Les nombreux enjeux organisationnels liés à la chirurgie ambulatoire impliquent la mise en place d'un partenariat solide entre tous ces acteurs, et particulièrement entre le coordonnateur médical et la cadre de l'UCJ pour assurer le bon fonctionnement de l'unité au quotidien.

Au-delà de ce tandem, il semble nécessaire d'instaurer un comité de pilotage (ou équipe projet) de la chirurgie ambulatoire, appelé à perdurer pour accompagner toutes les évolutions en lien avec ce mode de prise en charge. La structuration d'un tel comité est nécessaire pour cadrer les différentes étapes du projet et communiquer auprès de toutes les équipes concernées (médicales, soignantes, médico-techniques) pour donner du sens aux actions mises en œuvre. En effet, les nouvelles solutions organisationnelles proposées

31 VONS C. et le conseil d'administration de l'AFCA, « Ambulatoire/Sortie précoce, HAD après chirurgie : la grande « confusion », tribune sur <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/>.

peuvent créer des inquiétudes auprès des personnels, notamment si elles viennent perturber les habitudes de travail qu'ils avaient jusqu'alors.

Par ailleurs, le projet doit être débattu institutionnellement : les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire doivent être établies en lien avec la présidence de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et doivent être communiquées auprès des différentes instances du CHIC.

Cette démarche projet autour de la chirurgie ambulatoire a été menée avec succès au CHU de Saint-Etienne, comme le retrace un article rédigé par les acteurs moteurs de ce projet³². La progression du taux de chirurgie ambulatoire y a été très importante ces dernières années (+50% entre 2013 et 2014, de même entre 2014 et 2015). La volonté institutionnelle a été un moteur indispensable pour parvenir à un tel résultat : les décisions ont été portées par la gouvernance dans son ensemble (direction générale ; directoire ; CME et communauté médico-chirurgicale). Le projet de chirurgie ambulatoire du CHU de Saint-Etienne a par ailleurs fait l'objet d'une communication importante, en interne comme en externe : il a été présenté à tous les bureaux de pôles concernés, à la CME et aux instances ; des communiqués et messages de presse ont été diffusés, notamment auprès des médecins de ville.

En outre, une équipe projet a été constituée entre un MAR, un chirurgien, le cadre de l'UCA, le cadre supérieur de santé du bloc et un chargé de mission assurant l'accompagnement et le lien avec la Direction des projets. Cette équipe se réunit de manière hebdomadaire depuis le lancement du projet. Il est souligné que lorsqu'une telle équipe est formée, ses membres doivent être reconnus au sein de l'établissement pour leurs compétences et leurs qualités relationnelles ; ils doivent également constituer des relais auprès des équipes.

La gestion de ces projets peut en outre être rendue plus efficiente s'il y a partage des méthodes et outils employés avec d'autres établissements de santé. En effet, le premier cercle TOVA organisé par l'ANAP a mis en évidence des problématiques communes, mais également des réponses identiques. Ainsi, pour répondre au manque d'harmonisation entre les pratiques anesthésiques, les établissements travaillent sur des protocoles pour les différents gestes pratiqués en ambulatoire. Un travail de mise en commun permettrait un gain de temps car un même geste conduit à un protocole plus ou moins similaire.

Les ingrédients d'une démarche réussie ne sont pas toujours évidents à réunir mais ils constituent une base importante pour donner une visibilité et une légitimité au projet. Ce constat est applicable au projet de chirurgie ambulatoire mais également à tout projet mené

³² BOIRON F., CAILLAUX C., LAROZE G. et al., 2015, « Au commencement était...l'ambulatoire ! », *Gestions hospitalières*, n° 551, pp.589-594.

à l'hôpital, qui implique bien souvent une coopération entre de nombreux acteurs aux identités professionnelles variées.

Conclusion

Pilier du virage ambulatoire, le développement de la chirurgie ambulatoire représente un enjeu majeur de transformation organisationnelle pour le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille comme pour l'ensemble des établissements de santé. En effet, ce développement implique une adaptation des organisations à une prise en charge de courte durée, ce qui a des impacts multiples sur :

- Les organisations soignantes (horaires de jour ; pics d'activité et actes infirmiers différents d'une hospitalisation conventionnelle) ;
- Les organisations chirurgicales (programmation des actes au bloc ; validation rapide des sorties des patients) ;
- Les pratiques anesthésiques (réduction des effets secondaires pour une sortie du patient le jour-même) ;
- Les flux des patients (concentration des flux ; accompagnement des patients au bloc à pied...).

Le développement de la chirurgie ambulatoire incarne par ailleurs un changement de paradigme majeur au sein des établissements de santé : il implique une sortie de la « culture du lit », celui-ci ne devant plus être considéré comme l'unité de référence. Cette nouvelle logique s'inscrit en parfaite concordance avec les exigences de recomposition capacitaire auxquelles sont soumis les hôpitaux. La culture de l'hébergement est encore très présente, et ce même dans les organisations des unités de chirurgie ambulatoire puisqu'au CHIC la réservation d'un lit par patient et par jour demeure la norme. Les solutions alternatives comme la mise en place de vestiaires et casiers représentent alors un premier pas vers un changement d'approche.

Le développement de la chirurgie ambulatoire doit être accompagné en interne d'une démarche projet solide et pérenne. En effet, les marges de progression des établissements publics de santé sont encore importantes en la matière.

Ainsi, une politique de communication et d'échanges réguliers avec les acteurs impliqués est nécessaire pour assurer une évolution des pratiques et favoriser un élargissement du périmètre des actes concernés par l'ambulatoire. Cette politique doit être déployée en interne en étant relayée institutionnellement (présentation dans le cadre des instances) et en externe (communication auprès des patients et

des professionnels de santé de ville).

Tous ces éléments devront être pris en compte au CHIC dans les mois et années futurs pour accompagner au mieux le développement de l'ambulatoire dans l'établissement. Il existe certes des dysfonctionnements mais la chirurgie ambulatoire est une pratique bien ancrée dans l'établissement de part la pérennité de son UCJ qui a déjà 20 ans d'existence. Il faut capitaliser sur cet existant solide pour accompagner les changements en cours et à venir.

Bibliographie

-Textes législatifs et réglementaires

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation. Journal officiel, n°0194 du 22 août 2012, p.13678.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, Instruction n°DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. Bulletin officiel Santé- Protection sociale- Solidarité n°2015/11 du 15 décembre 2015.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2010/7 du 15 août 2010.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE, Instruction DGOS /R3 n°2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. Bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarité n°2011/1 du 15 février 2011.

- Ouvrages

BEAUSSIER M., DUFEU N., NICCOLAI P., THEISSEN A., 2016, *Chirurgie ambulatoire : aspects organisationnels*, Editions Arnette, 161 p.

-Rapports et études

ANAP, HAS, Rapport d'évaluation technologique – *Eléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient*, Mai 2014, 246p.

DGOS, Fiches pratiques sur l'efficience hospitalière :

-« L'ambulatoire en chirurgie et en médecine », Mai 2016, Fiche 2-3.

-« Le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète », Avril 2016, Fiche 2-5.

IGAS, IGF, Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, Juillet 2014, 288p.

SFAR, Recommandations formalisées d'experts – Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29, 2010, pp.67-72.

-Articles de périodique

BEAUSSIER M., DUFEU N., 2013, « Chirurgie ambulatoire : y a-t-il une limite d'âge ? », E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2013, vol.12 (2), pp.79-84, disponible sur Internet : http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2013_12_2_079x084.pdf

BOIRON F., CAILLAUX C., LAROZE G. et al., 2015, « Au commencement était...l'ambulatoire ! », *Gestions hospitalières*, n° 551, pp.589-594.

BELLANGER A., ESPAGNO C., JOHANET S., « La chirurgie ambulatoire préfigure l'hôpital de demain », *Regards*, n°44, Novembre 2013, pp.36-47.

BUBIEN Y., « L'hôpital demain », tribune, What's Up Doc, le Mag, n°18, février 2015.

MARINGUE C., « Le "virage ambulatoire" ou l'effet masse », *Soins cadres*, n°97, Février 2016, pp.22-25.

-Articles

APM News - « *Bons résultats pour la mastectomie en chirurgie ambulatoire à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest* », 01/07/2016

<http://www.apmnews.com/story.php?numero=272366&profil=52771>

DEMESMAY F., « Récupération rapide après chirurgie : pourquoi une diffusion aussi lente en France », 3 novembre 2014, sur <http://www.fhpmco.fr>.

HEDEF-CAPELLE V. (d'après l'intervention de S.Gaussin aux 54èmes Journées d'études et de formation des ingénieurs hospitaliers de France, 06/2014), « L'hôpital de demain : vers une reconfiguration des espaces ? », 9 juillet 2014, sur <http://www.cadredesante.com/>.

VONS C. et le conseil d'administration de l'AFCA, « Ambulatoire/Sortie précoce, HAD après chirurgie : la grande « confusion », tribune sur <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/>.

-Thèses et mémoires

BOYADJIEV I., *Evaluation de la marche à pied des patients depuis une unité de chirurgie ambulatoire délocalisée vers un bloc opératoire. Le point de vue des soignants*, Mémoire du DIU « Procédures en anesthésie et chirurgie ambulatoire ».

- Sites Internet

<http://www.academie-chirurgie.fr/>

<http://www.sfar.org>

-Ressources internes

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens du CHIC

Feuille de route opérationnelle du plan triennal 2015-2017

PMSI- Pilot

Liste des annexes

Annexe 1- Extrait de la Feuille de route opérationnelle du plan triennal du CHIC

Annexe 2- Exemple de document à remplir conjointement par les anesthésistes et chirurgiens

Annexe 1

I Plan d'action du bloc Virage ambulatoire et transformation organisationnelle

Bloc	Thèmes
Virage ambulatoire et transformation organisationnelle	Développer l'activité de chirurgie ambulatoire par substitution à l'hospitalisation complète
	Développer l'activité d'hospitalisation de jour en médecine par substitution à l'hospitalisation complète
	atteindre un IP DMS de 0,9
	Mutualiser et adapter des unités desoins en fonction des variations d'activité

THEME	A Développer l'activité de chirurgie ambulatoire par substitution à l'hospitalisation complète						
Fiche-action	I.A.1.	travail sur la réorganisation de l'unité de chirurgie ambulatoire afin d'augmenter le taux de rotation des places					
Calendrier de la fiche action		Date début 2015	Date fin				
Détail de(s) action(s) permettant d'atteindre l'objectif Moyens et modalités de mise en œuvre		établir la liste des gestes qui permettent de réaliser une rotation sur les lits/ ceux qui ne le permettent pas					
		contractualiser avec les chirurgiens sur les procédures de remise à la rue par gestes et sur l'organisation de la visite de sortie					
		mettre en place l'obligation de fixer une heure de sortie lors de la programmation et dans les dossiers médicaux					
		adapter le processus de réservation des lits de chirurgie ambulatoire					
Indicateurs			Situation 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	
	A.1.1	atteinte des objectifs de taux de rotation			1	1,15	1,3
	A.1.2	taux d'occupation de l'UCJ	88,6		100	115	120
	A.1.3	Indicateur z					

Fiche-action	I.A.2.	sortie de l'ensemble des actes externes du bloc opératoire				
Calendrier de la fiche action		Date début 2015	Date fin			
Détail de(s) action(s) permettant d'atteindre l'objectif Moyens et modalités de mise en œuvre		recensement des actes ne donnant pas lieu à facturation d'un GHS réalisés au bloc opératoire et détermination de ceux ne nécessitant pas d'un environnement de bloc (travail chirurgical/ EOH)				
		détermination des solutions alternatives sur les autres plateaux techniques de l'hôpital (consultations externes)				
		mise en place de l'organisation médico-soignante permettant la réalisation de ces actes hors du bloc opératoire				
Indicateurs			Situation 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017
	A.2.1	nombre d'intervention réalisées au bloc ne donnant pas lieu à la production d'un GHS	557	580	400	250
	A.2.2	Indicateur y				
	A.2.3	Indicateur z				

Fiche-action	I.A.2.	réfléchir à la définition et à la mise en place d'un circuit court				
Calendrier de la fiche action		Date début	Date fin			
Détail de(s) action(s) permettant d'atteindre l'objectif Moyens et modalités de mise en œuvre		établir les critères faisant entrer un patient dans un circuit court afin d'évaluer l'activité potentielle(présence dans l'établissement, brancardage, durée de l'intervention...)				
		étudier les conditions matérielles nécessaires à la mise en œuvre d'un circuit court.				
		mettre en cohérence l'organisation au bloc opératoire avec les gestes retenus, (programmation, salles, personnels et organisation de l'anesthésie)				
Indicateurs			Situation 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017
	A.2.1	définition de l'opportunité d'un circuit court et formalisation de ce circuit en cas de réponse positive	non	non	oui	oui
	A.2.2	nombre de patients admis dans un circuit court			?	?
	A.2.3	taux de rotation en circuit court			?	?

Fiche-action	I.A.3.	mettre en œuvre une coordination entre la programmation du bloc opératoire, l'unité d'ambulatoire tenant compte des contraintes d'une prise en charge des patients en ambulatoire.				
Calendrier de la fiche action			Date début janvier 2016	Date fin avril 2016		
Détail de(s) action(s) permettant d'atteindre l'objectif Moyens et modalités de mise en œuvre		sous l'égide du Chef de bloc, du conseil de bloc et de la cadre responsable de l'UCJ,				
		redéfinir les règles de programmations en s'assurant de la cohérence entre la programmation et les modes de prise en charge anticipés.				
		adapter les vacations opératoires vers de la conception de plages regroupant des interventions ambulatoires.				
		adapter la programmation finale des interventions afin de permettre une meilleure rationalisation des places d'ambulatoire				
		participation du cadre de l'UCJ à la cellule de régulation des programmations du bloc				
Indicateurs			Situation 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017
	A.3.1	redéfinition des règles de programmation	non	non	oui	oui

Fiche-action	I.A.4.	développer l'activité de reprogrammation à partir des urgences permettant de prendre certaines prise en charge en ambulatoire.				
Calendrier de la fiche action			Date début	Date fin		
Détail de(s) action(s) permettant d'atteindre l'objectif Moyens et modalités de mise en œuvre		mettre en place un groupe de travail avec les praticiens des urgences et les chirurgiens pour déterminer les actes pouvant être reconvoqués				
		déterminer les conditions d'accueil de ces patients au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire (réservation de lits ?) et au bloc opératoire (insertion dans le programme d'urgence)				
		formaliser le processus de reconvoication				
Indicateurs			Situation 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017
	A.4.1	nombre de patients reconvoqués en ambulatoire pour une chirurgie en provenance des urgences	353	456	500	550
	A.4.2	taux prise en charge de ambulatoire de ces patients	61%	65%	70%	70%

Fiche-action	I.A.4.	définir les actes qui au-delà des actes traceurs pourraient être transférées en partant des durées des séjours avec une DMS < à 2 jours				
Calendrier de la fiche action			Date début	Date fin		
Détail de(s) action(s) permettant d'atteindre l'objectif Moyens et modalités de mise en œuvre		étudier avec les chirurgiens de chaque discipline le case mix de leur interventions avec une DMS < 2 jours pour déterminer les actes transférables.				
		contractualiser avec les chirurgiens sur les actes retenus.				
Indicateurs			Situation 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017
	A.4.1	taux de chirurgiens ayant contractualisé	0	0	50	100
	A.4.2	taux de chirurgie ambulatoire sur les actes retenus			> 20%	>30%

Annexe 2

Type d'intervention	Type d'Anesthésie	Tps d'occupation de salle d'opération <small>(entrée en salle - sortie de salle) NB : ALR non comptée car hors salle</small> Tps d'occupation de salle d'opération <small>(entrée en salle - sortie de salle) NB : ALR non comptée car hors salle</small> Tps d'occupation de salle d'opération <small>(entrée en salle - sortie de salle) NB : ALR non comptée car hors salle</small>	Durée SSPI en MINUTES si les critères de sortie SSPI sont OK indiquer "S" si "Shunt" de la SSPI possible car les critères de sortie de SSPI sont atteints en salle d'op Durée SSPI en MINUTES si les critères de sortie SSPI sont OK	Délai "chirurgical" remise à la rue en MINUTES après sortie de salle d'op, si les critères de sortie UCA sont OK Délai "chirurgical" remise à la rue en MINUTES après sortie de salle d'op, si les critères de sortie UCA sont OK Délai "chirurgical" remise à la rue en MINUTES après sortie de salle d'op, si les critères de sortie UCA sont OK	Délai "anesthésie" remise à la rue en MINUTES après sortie de SSPI (critères OK) et critères de sortie UCA ok indiquer "I" si immédiat Délai "anesthésie" remise à la rue en MINUTES après sortie de SSPI (critères OK) et critères de sortie UCA ok	Modalité d'accès au bloc ALLER-RETOUR (patient en bon état général et autonome) non prémédiqué DD) Debout-Debout DA) Debout-Assis DC) Debout-Couché AA) Assis-Assis AC) Assis-Couché CC) Couché-Couché Modalité d'accès au bloc ALLER-RETOUR (patient en bon état général et autonome) non prémédiqué	Délai de programmation maximum sans perte de chance (entre consultation et intervention) <1 semaine 1 à 2 semaines 3-4 semaines 5-6 semaines >2 mois >3 mois Délai de programmation maximum sans perte
source ORLINE (1er semestre 2016)	MAR	source ORLINE	MAR	Chirurgien	MAR	MAR / Chirurgien	Chirurgien
ABLATION ATT ENFANT (Bilatéral)							
ABLATION KYSTE SEBACE (A préciser)							
ABLATION SITE (Droit)							
ADENOIDECTOMIE (Bilatéral)							
ADENOIDECTOMIE + ATT (Bilatéral)							
ADENOIDECTOMIE + PARACENTESE (Bilatéral)							
AMYGDALECTOMIE + ADENOIDECTOMIE (Bilatéral)							
AMYGDALECTOMIE + ADENOIDECTOMIE + ATT X2							
BIOPSIE ARTERE TEMPORALE							
BIOPSIE GANGLIONNAIRE (Droit)							
BUCCO PHARYNGECTOMIE INTERRUPTICE							
CURAGE JUGULO CAROTIDIEN UNILATERAL COMPLET (Gauche)							

PAGE	Camille	Octobre 2016
Filière Directeur d'Hôpital Promotion 2015-2016		
Le développement de la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille : un enjeu majeur de transformation organisationnelle		
<p>Résumé :</p> <p>Le développement de la chirurgie ambulatoire, mode de prise en charge dont l'intérêt n'est plus à démontrer, représente un enjeu majeur de transformation organisationnelle pour le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (CHIC) et l'ensemble des établissements de santé.</p> <p>Il implique en effet des changements des organisations en raison des multiples acteurs impliqués qui doivent se coordonner pour répondre aux exigences d'une prise en charge courte (la présence du patient au sein des murs de l'hôpital ne devant pas excéder 12 heures).</p> <p>Le taux de chirurgie ambulatoire du CHIC était de 41,2% en 2016, soit en-deçà des objectifs fixés par la tutelle. Comment faire alors de la chirurgie ambulatoire le mode de prise en charge prioritaire des patients face à l'hospitalisation conventionnelle ?</p> <p>L'application du plan triennal représente l'opportunité d'insuffler une nouvelle dynamique au projet de chirurgie ambulatoire de l'établissement, un projet qui ne doit toutefois pas se limiter au cadre de ce plan d'économies et s'étendre aux années suivantes.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Chirurgie ambulatoire ; Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille ; UCA ; virage ambulatoire ; parcours patient.</p>		
<p><i>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.</i></p>		