



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2004

**Projet de réorganisation de la chirurgie
au Centre Hospitalier de Martigues
avec mise en place d'une unité de
chirurgie ambulatoire**

Catherine ROUX

Remerciements

Je tiens à remercier mon maître de stage et Directeur de l'Établissement, Mr Christian BULOT pour son accueil, sa disponibilité et ses conseils.

L'équipe de direction du Centre Hospitalier de Martigues, les personnels médicaux, paramédicaux et administratifs pour leur collaboration.

Joël CLEMENT, mon directeur de mémoire pour ses conseils et son soutien.

Frédéric pour son aide technique et sa patience.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 DESCRIPTIFS DES CARACTERISTIQUES DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	3
1.1 Un concept organisationnel centré sur le patient	3
1.1.1 Des critères de sélection drastiques.....	4
1.1.2 Les actes en chirurgie ambulatoire.....	5
A / Les spécialités concernées	5
B / Les limites des interventions	6
1.2 L'exigence d'une réelle capacité à s'organiser.....	7
1.3 La qualité, un élément essentiel de la prise en charge en ambulatoire.....	8
1.3.1 Les critères incontournables de qualité en chirurgie ambulatoire.....	8
A / Au niveau administratif	8
B / Au niveau structurel	9
C / Sur le plan de l'organisation des soins	10
1.3.2 La démarche qualité est au cœur de la prise en charge en ambulatoire.....	11
1.3.3 Les moyens pour évaluer la chirurgie ambulatoire.....	12
A / Les actes marqueurs.....	12
B / Le rappel téléphonique du lendemain	12
C / La déclaration d'incident après le retour à domicile	12
D / Les enquêtes de satisfaction.....	13
E / Les indicateurs de suivi	13
1.4 Le contexte international	14
1.4.1 Les pratiques de la chirurgie ambulatoire dans les autres pays	14
A / L'étude de l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire (IAAS)	14
B / Les résultats.....	15
1.4.2 Une chirurgie attractive y compris pour les pays ne disposant pas d'un système de santé performant	16
1.4.3 Les limites des comparaisons internationales.....	17
A / Des définitions différentes	17
B / Des modèles culturels et institutionnels différents	17

2	ANALYSE DE L'OFFRE CHIRURGICALE AU CH-MARTIGUES	19
2.1	Analyse de la chirurgie ambulatoire sur le plan local	19
2.1.1	Le contexte sanitaire.....	19
	A / Situation géographique	19
	B / Environnement de l'établissement.....	20
	C / Une insuffisance en lits de chirurgie ambulatoire dans le secteur public	20
2.1.2	Positionnement de l'établissement.....	21
	A / Historique de la situation.....	21
	B / Intérêts du développement de la chirurgie ambulatoire	24
	D / Spécialités concernées dans l'établissement.....	26
2.2	Analyse des forces en présence	26
2.2.1	Bilan de l'existant.....	26
	A / Le modèle de Harvard.....	26
	B / Actions à entreprendre selon le diagramme d'Ishikawa.....	27
2.2.2	Les difficultés rencontrées avec certains acteurs de l'établissement	29
	A / Difficultés rencontrées au bloc opératoire	29
	B / Le Département de l'Information Médicale (DIM)	29
	C / Les relations avec les médecins de ville	29
	D / Les relations avec les usagers	31
2.3	Les sources d'informations	31
2.3.1	Centres de chirurgie ambulatoire visités.....	31
2.3.2	Des entretiens individuels avec les chirurgiens	31
2.3.3	Analyse des questionnaires envoyés aux médecins.....	32
	A / Objectifs.....	32
	B / Analyse des résultats	32
2.3.4	Analyse de l'activité ambulatoire	34
2.3.5	L'analyse des durées de séjour.....	39
	A/ Présentation des résultats	39
	B/ Eléments à prendre en compte.....	50
2.3.6	Des évaluations financières peu rassurantes	51
2.4	La conduite de projet relative à la chirurgie	52
2.4.1	Une délégation limitée des compétences.....	52
2.4.2	La concertation engagée.....	52

3	PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION	56
3.1	Les réactions aux différents scénarii.....	56
3.1.1	Le premier scénario : la création conjointe de l'unité de chirurgie ambulatoire et de l'hôpital de semaine	56
	A / Contenu du scénario.....	56
	B/ Les réactions des chirurgiens.....	59
3.1.2	Un deuxième scénario plus consensuel respectant le Plan Directeur	59
	A / Contenu du deuxième scénario.....	59
	B / Les réactions à l'étude.....	62
3.2	Vers la recherche d'un modèle de décision partagée.....	62
3.2.1	La recherche d'une baisse d'asymétrie des positions des partenaires.....	62
3.2.2	Propositions pour renouveler le débat	63
	CONCLUSION	68
	BIBLIOGRAPHIE	70
	LISTE DES ANNEXES.....	73

Liste des sigles utilisés

ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AFCA :	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CREDES :	Centre de Recherche et d'Étude et de Documentation en Economie de la Santé
DDASS :	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DIM :	Département d'Information Médicale
ETP :	Equivalent Temps Plein
IADE :	Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'État
IAAS :	International Association For Ambulatory Surgery
IBODE :	Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'État
IDE :	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
OCDE :	Organisme de Coopération et de Développement Economique
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SFAR :	Société Française d'Anesthésie Réanimation
UCA :	Unité de Chirurgie Ambulatoire

INTRODUCTION

Le rapport¹ sur « *La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions* » s'inquiétait de la situation de la chirurgie française. Cette discipline concentre beaucoup d'inquiétudes et d'interrogations quant à son devenir. Pour de multiples raisons : financières, sociologiques, organisationnelles ou autres, la chirurgie publique est menacée, condamnée à faire face et à s'adapter. L'une des préconisations de ce rapport concernait la poursuite et le développement de la chirurgie ambulatoire. La mise en place de ce type d'unité était soumise à un taux de change de lits de chirurgie traditionnelle pour lits de chirurgie ambulatoire ce qui représentait déjà une contrainte. Cette dernière était accentuée aussi par le manque d'incitation financière. Une revalorisation du point Indice Synthétique d'Activité (ISA) apparaissait capitale pour que les chirurgiens mais également les gestionnaires s'orientent vers ce type de prise en charge. Il semblerait que la cause soit entendue puisque depuis le début de l'année les séjours classés en Catégorie Majeure de Diagnostic 24 (CMD 24) intègrent les coûts de moins de 48 heures dans les séjours en ambulatoire ce qui se traduit par une revalorisation de 6 à 12 % par rapport à l'Échelle Nationale des Coûts. L'enquête du Programme National Inter-Régimes (PNIR) réalisée en septembre 2003 incite elle aussi à développer ce type de structure car les enjeux économiques sont considérables tant pour les établissements que pour la collectivité. Selon cette enquête, il ressort que pour les deux secteurs public et privé et uniquement pour les cinq activités chirurgicales ciblées de l'étude (chirurgie de la cataracte, arthroscopie du genou et canal carpien, extractions dentaires et chirurgie des varices), les économies potentielles à partir des données 2001 sont estimées entre 64 et 101 millions d'euros pour la collectivité.

La chirurgie Martégale n'échappe pas à cette problématique mais la prise de conscience existe et s'est manifestée par un renforcement des secteurs clés tels que la chirurgie orthopédique et la chirurgie urologique. Les effectifs des médecins anesthésistes réanimateurs sont aujourd'hui au complet avec neuf postes à temps plein. Les salles du bloc opératoire central ont été entièrement rénovées en 2002 et 2003. Un nouveau bloc obstétrical est en construction et sera livré en début d'année 2005. Dans le domaine du cancer du sein et de la gynécologie, les équipes chirurgicales et radiologiques vont désormais disposer d'équipements de très haut niveau.

¹« La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions » du Pr. Jacques DOMERGUE et du Pr. Henri GUIDICELLI, février 2003.

Toutefois, l'énumération des différents points d'amélioration ne permet pas à ce jour d'avoir une organisation de la chirurgie entièrement satisfaisante tant en ce qui concerne la gestion du bloc opératoire que la prise en charge traditionnelle dans les unités de soins. L'absence de répartition des patients selon la lourdeur de leur pathologie compliquent en particulier les organisations de travail du personnel paramédical. La chirurgie ambulatoire est par ailleurs insuffisamment développée dans un établissement qui est un des plus importants du bassin de santé et dont le mode ambulatoire constitue un élargissement de l'offre de soins ainsi qu'une amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Ce point est un élément primordial alors que la deuxième version de l'Accréditation se penche tout particulièrement sur la qualité de la prise en charge du patient.

Par ailleurs, la Direction a saisi l'opportunité de la création de cette unité de chirurgie ambulatoire pour réfléchir de manière plus globale à l'organisation de la chirurgie. C'est pourquoi, dans le cadre de mon stage, il m'a été demandé de travailler sur ces deux aspects. A cette occasion, j'ai pu mesurer l'importance et toutes les difficultés de la négociation. Ce mémoire en retrace les différentes étapes.

Pour mieux appréhender le sujet, le Centre Hospitalier de Martigues est un établissement de 512 lits avec un budget annuel de 85 millions d'euros. L'établissement a été accrédité en 2003, compte 1 374 agents et médecins et accueille chaque année près de 16 000 patients hospitalisés, 60 000 consultants externes et 31 000 patients aux urgences.

Je traiterai plus spécifiquement de la chirurgie ambulatoire et des principes auxquels elle se réfère, ensuite, j'aborderai la conduite de projet puis je terminerai par les propositions et les perspectives d'évolution.

1 DESCRIPTIFS DES CARACTERISTIQUES DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

La création d'une unité de chirurgie ambulatoire obéit à certaines règles de fonctionnement général qu'il convient ensuite d'adapter au modèle que l'on veut développer. Il apparaît essentiel que l'organisation tient une place capitale mais qu'elle est aussi évolutive en fonction du moment, des progrès scientifiques et des chirurgiens mais aussi des usagers puisque ces derniers seront amenés à collaborer de plus en plus avec les professionnels de la santé dans la mise en place des organisations. Il convient donc d'étudier les principes que tout promoteur d'une unité de chirurgie doit respecter et faire respecter ; le dispositif réglementaire dans ce domaine encadrant chacune des étapes de la prise en charge.

1.1 Un concept organisationnel centré sur le patient

La chirurgie ambulatoire pourrait laisser penser qu'il s'agit d'une chirurgie moins qualifiée, très simple et ne nécessitant pas de moyens spécifiques. Or, il est important de balayer cette vision simpliste. Bien au contraire, la limitation de la durée de séjour à moins de 12 heures signifie la nécessité d'une maîtrise absolue de l'organisation. Le patient y gagne essentiellement en simplicité. La chirurgie ambulatoire repose sur :

- La maîtrise des procédés
- La gestion des flux
- La mise sous contrôle des risques opératoires
- Un objectif de sécurité puisque le patient retourne à son domicile le jour même.

L'organisation centrée sur le patient doit permettre de mieux travailler, donc plus vite en procurant plus de sécurité, de confort au malade et en réduisant les coûts pour la collectivité. Ce concept distingue le mode ambulatoire de l'hospitalisation en unité de chirurgie traditionnelle où le patient se confond avec les autres. La chirurgie ambulatoire rend le patient unique. Tout est fait pour qu'il n'y ait pas d'attentes aussi bien lors des examens précédant l'hospitalisation que dans l'unité et au bloc opératoire. Le respect du timing demeure un facteur clé du succès. A ce titre, les équipes de soins doivent expliquer le déroulement de la prise en charge afin de réduire les éventuelles angoisses du patient. Car si la chirurgie ambulatoire tend à gommer beaucoup de contraintes, il n'empêche qu'elle reste une intervention sous anesthésie avec les risques que cela comporte.

Les conditions régissant la chirurgie ambulatoire imposent donc une sélection des patients. Cette formulation n'ayant pas dans ce cas de connotations négatives. Il s'agit plutôt de garantir le bon déroulement de l'intervention.

1.1.1 Des critères de sélection drastiques

La sélection du patient pour la chirurgie ambulatoire s'effectue lors de la consultation chirurgicale selon des critères médicaux, environnementaux mais aussi et surtout psychosociaux.

- L'âge est un élément discriminant lorsqu'il s'agit d'un enfant de moins de un an sinon tout individu est un candidat potentiel à la chirurgie ambulatoire si les autres critères sont remplis.
- Les critères médicaux ont été élaborés par l'American Society of Anesthesiologists (ASA) qui distingue cinq groupes de patients (ASA 1 à 5) classés selon le risque anesthésique. Seuls les trois premiers groupes répondent à la prise en charge en ambulatoire :
 - ASA 1 : patient en bonne santé n'ayant d'autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical.
 - ASA 2 : patient souffrant d'une perturbation modérée d'une grande fonction vitale.
 - ASA 3 : patient souffrant d'une maladie générale sévère mais non invalidante.
- Les critères psychosociaux sont essentiels et conditionnent la prise en charge en ambulatoire car ils permettent de garantir la sécurité du patient lors de son retour à domicile. En 1990, la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) a élaboré les recommandations suivantes :
 - Le patient doit être accompagné à sa sortie par une personne qui s'engage à demeurer à ses côtés lors de la nuit suivant l'intervention.
 - L'interdiction de conduire dans les 24 heures qui suivent l'intervention.
 - Le patient doit disposer d'un téléphone.
 - Le domicile du patient doit être inférieur à une heure d'avec un centre de soins (qui n'a pas l'obligation d'être celui où l'intervention a été réalisée).
 - Le patient doit disposer de certaines dispositions psychologiques.

La multiplication des mesures de sécurité à l'égard des patients rend délicate l'organisation de la chirurgie ambulatoire. Une réflexion de l'ensemble des acteurs concernés est impérative pour qu'elle réussisse. C'est pour cela que l'on décrit la chirurgie ambulatoire comme un concept organisationnel complexe, multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelles, administratives, médicales, soignantes et économiques. Chacun des intervenants est un maillon essentiel du processus. Tout doit être anticipé et prévu.

1.1.2 Les actes en chirurgie ambulatoire

Bien qu'une liste des principales techniques ou indications médicales en chirurgie ambulatoire ait été dressée et que toutes les interventions en ambulatoire soient strictement encadrées, il existe des limites à la chirurgie ambulatoire.

A / Les spécialités concernées

La réalisation de l'acte en ambulatoire dépend de la nature de l'intervention. A ce jour, il n'existe pas encore de liste véritable des interventions.

Principales techniques ou indications médicales en chirurgie ambulatoire

Spécialités	Indications et techniques
<i>Examens endoscopiques</i>	Laryngoscopie en suspension Coelioscopie, cystoscopie, Côlonoscopie Arthroscopie du genou
<i>O.R.L.</i>	Otoplastie, rhinoplastie, polype, fracture du nez Incision du phlegmon, dilatation oesophagienne Amygdalectomie adulte pour certains ORL
<i>Orthopédie</i>	Kyste arthro-synovial, canal carpien, Maladie de Dupuytren, Syndactylie, Ténolyse Réduction de fractures, de luxation... Ablation de matériel d'ostéosynthèse, d'exotose

Spécialités	Indications et techniques
<i>Stomatologie</i>	Extractions dentaires multiples Canine incluse, Germectomie
<i>Urologie</i>	Circoncision, dilatation urétrale, méatotomie
<i>Ophtalmologie</i>	Sonde bi-canaliculaire, hernie de l'iris, Ablation d'éponge, entropion, pterygion, Strabisme, cataracte, dacryo-cysto-rhinostomie, Certains ptosies
<i>Gynécologie</i>	Curetage, conisation du col Interruption volontaire de grossesse
<i>Chirurgie générale</i>	Sutures de plaies, de tendons, chirurgie plastique de surface, ... Exérèses cutanées avec ou sans greffe, kyste sacro-coccygien Biopsies diverses, adénome du sein, prothèse mammaire Ablation de corps étrangers, Hernie, éveilage unilatéral, Chiva

Source : Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé, 1997.

B / Les limites des interventions

La chirurgie ambulatoire bouleverse les habitudes et bouscule les mentalités puisque la prégnance de l'acte chirurgical disparaît au profit de la place du patient.

Pour autant, la chirurgie ambulatoire n'est pas sans limites.

Elles sont au nombre de quatre :

- L'absence de conditions locales et concrètes d'exercice de la chirurgie.
- La capacité à gérer le risque postopératoire à savoir le risque hémorragique, la douleur non contrôlée, les complications possibles...
- La durée de l'intervention doit être inférieure à 90 minutes.
- Les limites liées au patient lui-même et à son contexte psychosocial. Selon les chirurgiens, ce critère discriminant est amené à devenir le plus important.

Cependant, ce n'est pas parce que ces quatre limites paraissent maîtrisées que l'on fait bien de la chirurgie ambulatoire. L'essentiel est de travailler bien pour que le patient retourne rapidement à son domicile.

1.2 L'exigence d'une réelle capacité à s'organiser

Vouloir s'organiser est une chose mais y parvenir en est une autre. La réussite organisationnelle repose sur deux principes :

- Une logique de responsabilité.
- Une organisation pluridisciplinaire.

Les textes réglementant la chirurgie ambulatoire sont nombreux et définissent de manière précise les fonctions et les champs de responsabilité des acteurs. Le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement d'une structure alternative à l'hospitalisation précise qu'un médecin coordonnateur doit être nommé. Cependant, ce coordonnateur n'a pas pour objectif d'être systématiquement obéi. Il doit, en effet avoir une légitimité auprès de ses confrères sans pour autant faire preuve d'une véritable autorité. Sa capacité à fédérer, à faire travailler des équipes pluridisciplinaires, à coordonner et à rester neutre suivant les situations lui permettront d'acquérir la reconnaissance des autres professionnels. Des compétences relationnelles sont donc forcément nécessaires en plus des compétences techniques pour exercer cette fonction.

Ce mode de fonctionnement vaut pour l'ensemble des autres professionnels. Car au-delà de leur capacité à travailler ensemble, les professionnels doivent se faire comprendre des patients et s'assurer de leur degré de compréhension pour que les prescriptions données soient respectées. En chirurgie ambulatoire plus qu'ailleurs, le patient est écouté de manière à ce que les équipes puissent corriger leurs «erreurs» et procéder à des réajustements. En plus du patient, le rôle de l'accompagnant ne doit pas être négligé car il est celui qui veille à ce que le patient respecte les consignes de sécurité.

Finalement, plus l'équipe jouera ce rôle d'écoute, plus elle considérera le patient comme un acteur à part entière dans le processus de chirurgie ambulatoire, mieux elle saura améliorer son organisation et être au plus près des attentes des usagers. La chirurgie ambulatoire est peut-être l'organisation qui illustre le mieux la phrase maintes fois répétée dans tout discours sur le système de santé à savoir que *«le patient est au cœur du système»* et qui est représentative d'une certaine forme de démocratie sanitaire.

La capacité à s'organiser évoque dans le même temps une logique de qualité. Cet aspect est indissociable du concept de chirurgie ambulatoire.

1.3 La qualité, un élément essentiel de la prise en charge en ambulatoire

Depuis le début de la chirurgie ambulatoire en France, les questions relatives à la qualité et à l'évaluation de la prise en charge se sont posées. Ceci fait preuve d'un certain bon sens puisqu'il s'agit d'une chirurgie très encadrée sur le plan réglementaire où la notion de risque doit tendre vers zéro. C'est pourquoi la qualité tient une place à part. Si l'organisation des pratiques en chirurgie ambulatoire est bien menée, elle n'est pas plus à risque que celle effectuée dans le cadre d'une chirurgie traditionnelle. Il est même probable que la prégnance de la législation ainsi que les exigences dans ce domaine contribuent à plus d'attention.

1.3.1 Les critères incontournables de qualité en chirurgie ambulatoire

Chaque phase de la mise en place d'un projet de chirurgie ambulatoire est encadrée par la réglementation.

A / Au niveau administratif

Comme il l'a été dit précédemment, la législation est profuse. Les créations d'unité de chirurgie ambulatoire sont soumises à l'autorisation de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ainsi qu'au Comité Régional de l'Organisation Sanitaire (CROS) comme le précise la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 : « la carte sanitaire détermine la nature et l'importance des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population (...) y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation et notamment celles nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire ». Ces autorisations sont données pour cinq ans et la demande de renouvellement doit intervenir un an auparavant. Une fois que l'établissement reçoit l'accord, il s'engage :

- Sur un volume d'activité
- À mettre en place une évaluation périodique
- À communiquer ses résultats.

La référence permanente à ces autorisations demande aux équipes de ne jamais relâcher leurs efforts en matière d'amélioration de la prise en charge. Il s'agit d'une recherche permanente de la satisfaction des patients à travers laquelle la structure est soumise à une obligation de résultats mais aussi de moyens.

Il faut remarquer que l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation accordera des créations d'alternatives à l'hospitalisation en fonction des objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé (article L.6121-2, 1°).

B / Au niveau structurel

Il existe plusieurs types de structures pouvant répondre aux exigences de la chirurgie ambulatoire :

a) Les centres intégrés

Ils sont situés dans la structure hospitalière. Ils représentent un secteur de l'activité hospitalière. Ce type de centre est largement répandu dans les hôpitaux car il est souvent difficile d'octroyer un lieu exclusif à l'exercice de la chirurgie ambulatoire comportant un espace pour l'accueil, un secrétariat et un personnel spécialement affecté.

En outre, les salles d'opération sont bien souvent communes à l'activité ambulatoire et traditionnelle.

b) Les centres satellites

Ils constituent la plupart des centres ambulatoires. Ils sont situés au cœur de l'hôpital et ont un fonctionnement indépendant. Ils permettent d'apporter une réponse spécifique à la prise en charge en ambulatoire comme une meilleure gestion des flux (transfert rapide du patient de la structure au bloc opératoire), un personnel véritablement formé.

c) Les centres indépendants

Ces centres font office de structures pionnières en chirurgie ambulatoire. Elles ont vu le jour aux Etats-Unis dans les années 1970. En France, on retrouve ces centres dans la chirurgie spécialisée telles que la chirurgie de la main (Strasbourg et Angers), l'ophtalmologie (Nice et St-Jean-de-Luz) et la gastro-entérologie (Reims). Ces établissements sont autonomes et appartiennent le plus souvent au secteur privé. Leur ouverture est conditionnée par l'obligation de passer une convention avec au moins une structure d'hospitalisation.

A côté de cette typologie de structures, le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du code de la santé publique en application de l'article L.712-9 (3°) de ce même code fixe les règles dans le domaine des locaux mais également dans le domaine organisationnel :

- Ces unités disposent de leurs propres locaux. «Les unités doivent garantir l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné ». En plus, d'une identification aisée, les conditions régissant l'accès au plateau technique sont avancées dans l'Article D. 711-30 « Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients ».
- En ce qui concerne les salles d'interventions : « Les secteurs pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire utilisent un secteur opératoire conforme à des caractéristiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ».
- En matière de sécurité : « Les structures doivent avoir les moyens nécessaires pour prendre en charge immédiatement une complication médicale éventuelle. Les locaux, le matériel et les médicaments propres à y répondre doivent être disponibles et utilisables sans délai.»

Chacun des articles répond expressément aux différents cas de figure qui pourraient se présenter.

C / Sur le plan de l'organisation des soins

Le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 met aussi l'accent sur la permanence des soins. Pendant les heures d'ouverture de la structure, la liste du personnel présent est fixée comme suit :

- Un médecin qualifié
- Un infirmier pour cinq patients présents
- Un médecin anesthésiste réanimateur et deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

Mais la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture y compris les dimanches et jours fériés est également encadrée. Un dispositif médicalisé doit être instauré de manière à répondre immédiatement aux patients. Si la structure elle-même ne peut pas assurer

cette continuité, elle est tenue de passer une convention avec un autre établissement de santé public ou privé qui pourrait l'accueillir et lui dispenser les soins adaptés.

C'est pour cette raison notamment que la délivrance d'un bulletin de sortie est obligatoire avant le départ du patient. Ce bulletin est signé par l'un des médecins de la structure et mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en ce qui concerne la surveillance postopératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

Ce décret mentionne un élément très important pour l'organisation des soins : le règlement intérieur. Ce dernier est sensé fixer la majeure partie des règles de fonctionnement de la structure. Il est une référence pour chacun des intervenants quelques soient leurs niveaux de compétence et leurs logiques de métiers. Ce règlement apporte une cohérence au regard des exigences de la chirurgie ambulatoire. Il s'inscrit aussi dans une démarche qualité.

1.3.2 La démarche qualité est au cœur de la prise en charge en ambulatoire

La chirurgie ambulatoire a été considérée comme une innovation parce qu'elle oblige à modifier les comportements et à reconsidérer l'approche du travail pour chacun des professionnels. Les apports des progrès chirurgicaux favorisent et incitent au développement de l'ambulatoire. Les méthodes chirurgicales sont de moins en moins invasives ce qui ouvre au fur et à mesure des perspectives d'évolution. La prise en charge en ambulatoire récente de certaines pathologies comme l'hernie inguinale par des équipes entraînées à la chirurgie ambulatoire était impensable il y a encore peu de temps. Par conséquent, ce mode de prise en charge contribue indirectement à l'amélioration des pratiques chirurgicales. La qualité des pratiques est un point crucial car le développement de la chirurgie ambulatoire s'est inscrit dans un contexte de ressources limitées. Et, cette raréfaction des moyens oblige à rechercher en permanence l'efficacité. Cette chirurgie apporte aussi la preuve s'il en est encore besoin que c'est la non qualité qui coûte chère à la collectivité.

Des outils d'évaluation ont été mis en place pour évaluer les actes potentiels relevant de la chirurgie ambulatoire et apprécier la prise en charge du patient.

1.3.3 Les moyens pour évaluer la chirurgie ambulatoire

A / Les actes marqueurs

L'AFCA a été la première société savante à développer un outil d'évaluation médicale commun à toutes les structures médicales : les actes marqueurs.

Un acte marqueur est un indicateur d'un niveau de pratique en matière de chirurgie ambulatoire. Cet instrument de mesure a pour finalité de repérer et de « marquer » dans les pratiques ambulatoires ce qui est réellement qualifié et substitutif. Ils doivent être adaptés c'est-à-dire renvoyer une image fidèle de la pratique (spécialité, organe ou pathologie), peu manipulables et facilement identifiables, selon une même définition applicable à tous les établissements de santé peu générateurs d'effets pervers et capables de servir de comparaison avec les pratiques étrangères.

Trois types d'actes et donc trois niveaux de pratiques ont été définis :

- Niveau 1 : actes toujours réalisables en ambulatoire (sauf conditions indépendantes de l'acte) avec un impératif organisationnel et de sécurité relativement faible (exemple : la chirurgie du phimosis).
- Niveau 2 : actes réalisables régulièrement en ambulatoire mais nécessitant une bonne organisation, un bon entraînement, une maîtrise pluridisciplinaire nécessaire à un bon niveau de sécurité et une bonne prise en charge (exemple : chirurgie de la cataracte)
- Niveau 3 : actes de pointe réalisables en ambulatoire uniquement sous conditions d'une bonne prise en charge par une équipe d'excellence et pour un nombre limité de patients (exemple : la cholécystectomie).

Le relevé de l'activité selon les trois types d'actes décrit le degré de maîtrise atteint par l'établissement en chirurgie ambulatoire.

B / Le rappel téléphonique du lendemain

Il fait partie intégrante du suivi postopératoire. Une infirmière la plupart du temps contacte le patient le lendemain pour s'assurer de son état de santé.

C / La déclaration d'incident après le retour à domicile

Elle contribue à la gestion des risques.

D / Les enquêtes de satisfaction

Il existe d'une part des enquêtes de satisfaction globale des patients et d'autre part des enquêtes de satisfaction ciblées des patients dont les questions permettent d'apprécier la prise en charge de la douleur. Enfin, viennent les motifs de non satisfaction, c'est-à-dire de non gestion des plaintes des patients comprenant l'attente à l'accueil, l'attente à la sortie...

Ces enquêtes doivent être construites avec rigueur car elles constituent un critère d'évaluation pertinent.

E / Les indicateurs de suivi

Un indicateur est une donnée objective qui décrit une situation du point de vue quantitatif et qui constate un résultat par rapport à un objectif.

C'est une grandeur mesurée à intervalles réguliers et représentative de l'efficacité du système d'assurance qualité ou d'une partie de ce système.

La détermination des indicateurs français s'est appuyée sur les travaux réalisés par l'Association Australienne de Chirurgie Ambulatoire qui avait établi et expérimenté des indicateurs médicaux spécifiques applicables aux unités de chirurgie ambulatoire.

Ces indicateurs sont au nombre de 8 et concernent 5 domaines d'application :

- **Annulation des interventions programmées**

Indicateur 1 : Le patient ne se présente pas dans l'unité de chirurgie ambulatoire

Indicateur 2 : Annulation de l'intervention programmée après l'arrivée du patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire

- **Réintervention**

Indicateur 3 : Retour non planifié au bloc opératoire dans la même journée

- **Admission imprévue**

Indicateur 4 : Transfert en hospitalisation à la suite d'une intervention

Indicateur 5 : Transfert en hospitalisation dans un autre établissement

- **Modification de la sortie du patient**

Indicateur 6 : Sortie retardée

- **Continuité des soins**

Indicateur 7 : Défaut d'organisation altérant la prise en charge du patient en dehors de l'unité de chirurgie ambulatoire

Indicateur 8 : Retour imprévu d'un patient au sein de l'établissement

Ces indicateurs de suivi sont extrêmement simples à utiliser et peu coûteux ce qui facilite l'implication des professionnels.

Après avoir présenté le principe de la chirurgie ambulatoire, il convient de s'attarder sur la chirurgie ambulatoire au plan international.

1.4 Le contexte international

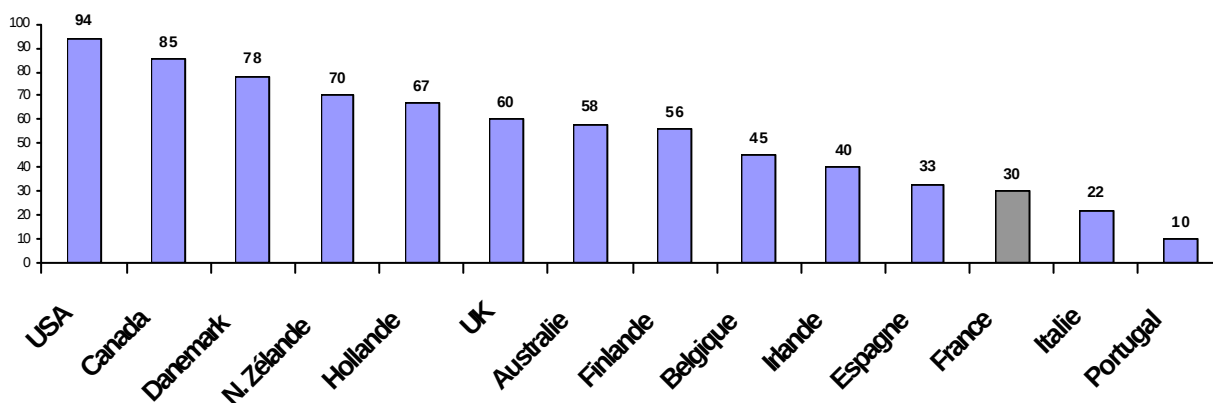
La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a permis le développement de la chirurgie ambulatoire en France. Malgré son développement tardif, cette pratique a évolué grâce aux progrès techniques chirurgicaux et anesthésiques. Cependant, il est encore difficile d'établir des comparaisons car les caractéristiques des pratiques sont propres à chacun des pays.

1.4.1 Les pratiques de la chirurgie ambulatoire dans les autres pays

A / L'étude de l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire (IAAS)

La mise en perspective des résultats de la France avec les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) font apparaître encore des écarts significatifs. Les derniers chiffres datent de 1997. Le principe était de retenir des actes significatifs dont la nature est suffisamment homogène dans les pays (20 interventions traceuses). Le tableau ci-dessous en donne une représentation.

Comparaison internationale au niveau des pays de l'OCDE entre les taux moyens d'actes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire en 1997 et inscrits sur une liste significative d'actes chirurgicaux



B / Les résultats

a) L'Amérique du Nord

L'Amérique a un indicateur très élevé (94 %) grâce à une politique de santé très favorable à la chirurgie ambulatoire. Le Canada avec 85 % est également bien placé. Cependant, ces chiffres ne doivent pas nous faire oublier que leur définition de la chirurgie ambulatoire est très différente de la notre. A l'inverse de ce qui se passe en France, ces pays intègrent très souvent une nuit d'hospitalisation dans le concept de chirurgie ambulatoire. De plus, une pression financière existe en ne remboursant que les actes chirurgicaux effectués en ambulatoire.

b) L'Europe

A l'instar du continent Nord Américain, certains pays d'Europe du nord ont aussi favorisé le développement de ce mode de prise en charge. Ainsi, le Royaume-Uni, le Danemark et la Hollande ont atteint des taux supérieurs à 60 %. Et, bien que ces résultats soient inférieurs à ceux des Etats-Unis et du Canada, il n'en demeure pas moins largement supérieurs à la moyenne européenne. La principale raison de cette supériorité réside dans la mise en place par les pouvoirs publics de ces pays de politiques incitatives. L'exemple de l'Angleterre, traduit bien la nécessité d'une volonté politique affirmée puisque le dernier objectif proclamé est d'atteindre 65 % de chirurgie programmée en ambulatoire dans les deux ans dans chaque secteur sanitaire grâce notamment à la coopération entre la British Association for Day Surgery (BADs) et le National Health Service.

Par ailleurs, le Danemark bien qu'il soit un petit pays a su voir les avantages de la chirurgie ambulatoire.

L'Allemagne, a un parcours original. Contrairement à l'Angleterre qui concentre ce mode de pratique dans le secteur public, elle a vu sa chirurgie ambulatoire se développer dans le secteur privé avec la création de centres autonomes payés sur les honoraires des chirurgiens et des anesthésistes. Or, la contrainte de l'obligation de résultats a permis un essor favorable.

En juillet 2003, un accord entre la Société Allemande des Hôpitaux, l'Association des Médecins Conventionnés et la Fédération des Caisses d'Assurance Maladie en Allemagne a été signé permettant ainsi aux hôpitaux et aux praticiens de ville d'effectuer des interventions chirurgicales en ambulatoire rémunérées selon un barème unique. L'accord contient 307 prestations de base, dix-sept actes complémentaires et douze types

d'anesthésie qui devront dorénavant être effectués en ambulatoire. La nouveauté réside dans l'obligation de justifier une intervention réalisée en milieu hospitalier et non en ambulatoire.

Par ailleurs, il faut souligner que l'Allemagne est le premier pays où un patient a porté plainte auprès des tribunaux pour manque de chance et privation de l'accès aux données acquises de la science : il avait été opéré en hospitalisation traditionnelle et s'est rendu compte après qu'il aurait pu l'être en chirurgie ambulatoire.

La France se retrouve au 3^{ème} rang aux alentours de 30 %, avec un taux moyen en comparaison avec ses voisins européens. La politique incitative que viennent de mettre en place les pouvoirs publics devrait encourager les établissements de santé à créer des places de chirurgie ambulatoire. Une de ses mesures consiste à revaloriser les séjours en ambulatoire dans le but de promouvoir cette activité. En effet, jusqu'à présent faire de la chirurgie ambulatoire rapportait peu de points ISA, et n'incitait pas les décideurs hospitaliers à s'orienter dans cette voie.

1.4.2 Une chirurgie attractive y compris pour les pays ne disposant pas d'un système de santé performant

Les motivations qui poussent à développer ce type de chirurgie peuvent paraître quelquefois surprenantes ou tout au moins non directement en lien avec les objectifs premiers de la chirurgie ambulatoire.

C'est le cas notamment de la Russie qui souhaite s'orienter vers cette prise en charge pour principalement faire diminuer le taux d'infections nosocomiales. La chirurgie ambulatoire représente pour eux un moyen rapide, simple, efficace et peu coûteux pour atteindre leurs buts.

En Inde, pays pauvre, un chirurgien d'un grand hôpital spécialisé peut opérer jusqu'à 80 cataractes par jour dont la plupart sont réalisées en ambulatoire.

Au vu de l'ensemble de ces expériences, la chirurgie ambulatoire a connu un essor plus ou moins rapide dans certains pays. La France appartient au dernier tiers des pays. Il reste donc encore une grande marge de progression comme l'a montré l'enquête PNIR. Cependant, les résultats montrent aussi que les expériences sont variées, qu'elles reposent avant tout sur des professionnels convaincus de l'apport de cette chirurgie non seulement pour le patient mais aussi pour la collectivité.

1.4.3 Les limites des comparaisons internationales

A / Des définitions différentes

Si la France donne une définition restrictive des séjours en ambulatoire avec une durée inférieure à 12 heures, ce n'est pas le cas dans tous les pays. Les Etats-Unis pratiquent cette activité sur 24 heures la « *one day surgery* ». Par ailleurs, les pays anglo-saxons et le Canada intègrent les explorations fonctionnelles dans la chirurgie ambulatoire. Ces variabilités des définitions entraînent donc des difficultés dans les codages des actes et par extension dans les comparaisons.

B / Des modèles culturels et institutionnels différents

Toute comparaison entre la France et les Etats-Unis est délicate. Les systèmes de soins sont en effet différents et les incitations financières sont très variables. C'est pourtant ces dernières qui favorisent ou freinent le développement de la chirurgie ambulatoire. A titre d'exemple, le remboursement des honoraires des chirurgiens est partiel si l'intervention est réalisée dans le cadre d'une intervention traditionnelle alors qu'il y a un remboursement à 100 % si elle est réalisée dans le cadre ambulatoire. Medicare a été à l'origine de ces actions. Mais les Health Maintenance Organizations (HMO), mutuelles médicales ont elles aussi établi des listes d'interventions pouvant être effectuées en chirurgie ambulatoire. Cette liste recense près de 2000 interventions.

2 ANALYSE DE L'OFFRE CHIRURGICALE AU CH-MARTIGUES

2.1 Analyse de la chirurgie ambulatoire sur le plan local

Martigues appartient au secteur sanitaire n°7 de la zone ouest des Bouches-du-Rhône. Ce bassin comprend les communes de Fos-sur-mer, d'Istres, Carry-le-Rouet, Port-de-Bouc, Châteauneuf-les-Martigues, Marignane, Miramas, Vitrolles pour les principales. Afin de comprendre les enjeux, il convient de situer la ville dans son contexte.

2.1.1 Le contexte sanitaire

A / Situation géographique

La carte ci-dessous permet de visualiser l'offre de soins du bassin.



Le CH-Martigues a été construit en 1974 suite à une explosion démographique en lien avec le développement industriel de l'étang de Berre. Le bassin comprend 44 communes et le nombre d'habitants est estimé à 375 355. L'établissement se trouve dans une zone géographique qui se compose de trois pôles distincts tournés vers l'extérieur du secteur sanitaire lui-même pour rechercher une complémentarité avec des centres hospitaliers importants :

- Arles en direction d'Avignon et Nîmes
- Salon vers Aix-en-Provence
- Martigues vers Marseille.

Le Centre Hospitalier de Martigues a donc vocation à desservir, en qualité d'établissement de proximité, une zone géographique spécifique d'une population de l'ordre de 200 à 220 000 habitants, et doit conforter dans un premier temps ses complémentarités locales avec le secteur libéral et dans un deuxième temps avec les pôles marseillais. Cette population connaît une hausse significative en période estivale. La population couverte est actuellement globalement plus jeune que la moyenne nationale. Elle présente en revanche un vieillissement relatif plus important que d'autres zones sanitaires puisque les communes de Martigues et Port-de-Bouc ont vu leur proportion des plus de 60 ans passer de 16,2 % à 20,5 % entre 1990 et 1999. Il est en outre important de rappeler qu'une frange non négligeable de la population se trouve dans une situation sociale difficile et appartient à un milieu modeste.

Il est à noter que la zone d'attraction se caractérise par un bassin industriel classé en zone Seveso comportant des technologies à risques appartenant au domaine pétrochimique (Fos-sur-mer). L'établissement occupe donc une place déterminante en matière de veille sanitaire.

C / Une insuffisance en lits de chirurgie ambulatoire dans le secteur public

L'hôpital est situé dans une zone où le secteur privé est prépondérant.

Ville	Secteur	Nombre de lits en chirurgie ambulatoire	Nombre de lits de chirurgie	Nombre de lits de la structure
Martigues	Public	4	109	512
Martigues	Privé	16	61	76
Istres (1)	Privé	7	71	185
Miramas	Privé	7	28	47
Salon-de-Provence	Public	6	73	338
Salon-de-Provence	Privé	8	54	54
Arles (2)	Public	0	88	488
Arles	Privé	14	80	143
Vitrolles	Privé	6	32	64
Marignane	Privé	14	85	146

Ville	Secteur	Nombre de lits en chirurgie ambulatoire	Nombre de lits de chirurgie	Nombre de lits de la structure
<i>TOTAL</i>	<i>Secteurs confondus</i>	82	681	2053
TOTAL	Public	10	270	1338
TOTAL	Privé	72	411	715

Données SAE 2003

- (1) Les cliniques d'Istres et de Miramas ont été rachetées par la Générale de Santé. Cette fusion a favorisé le regroupement de leurs lits de chirurgie sur le site d'Istres. La clinique double ainsi ses places de chirurgie ambulatoire (il faut savoir qu'Istres n'est située qu'à 13 km de Martigues).
- (2) Arles devrait également ouvrir 10 places de chirurgie ambulatoire selon les prévisions du SROS.

La lecture de ce tableau montre que le secteur privé représente près de 88 % des lits en chirurgie ambulatoire. De ce fait, la zone est très concurrentielle et peu occupée par le secteur public.

2.1.2 Positionnement de l'établissement

A / Historique de la situation

Le Centre Hospitalier dans le cadre de son Projet d'Établissement a élaboré un Projet Médical pour la période 2001-2005. Le Contrat d'Objectifs et de Moyens a été signé en 2002. En janvier 2004, un Plan Directeur a été concrétisé. En ce qui concerne les autorisations pour les lits de chirurgie ambulatoire, un arrêté du 31/03/1994 a attribué 4 lits. Le renouvellement a eu lieu le 27/01/2001 et le prochain doit intervenir le 27/01/2006. Six lits supplémentaires de chirurgie ambulatoire seront créés avec l'unité de chirurgie ambulatoire portant à un total de 10 lits. Cette capacité peut sembler importante compte tenu de l'activité annuelle. Selon le calcul théorique en vigueur, une place = 365 actes/an soit 3650 actes à réaliser. Le Centre Hospitalier en 2003 en a réalisé 1412 hors IVG et 1760 avec IVG par conséquent 3,87 ou 4 places seraient nécessaires. Avec 10 places, l'activité de chirurgie ambulatoire peut doubler. Il faut garder à l'esprit que ce type d'unité fermera de manière fixe à certaines périodes de l'année.

D'un point de vue architectural, l'hôpital est composé de plusieurs bâtiments construits à des dates différentes.

Les bâtiments d'origine sont composés :

- D'un bâtiment de 9 niveaux (sous-sol, rez-de-chaussée et 7 étages) appelée « bâtiment central »

- D'un vaste bâtiment en simple rez-de-chaussée regroupant le plateau médico-technique
- D'un bâtiment de deux niveaux situé au sud de la bâtiment accueillant aux services généraux.
- En outre, il existe :
 - Un bâtiment situé dans le prolongement Nord du bâtiment central hébergeant la dialyse et la gynécologie sociale
 - Un bâtiment destiné aux ateliers et aux services administratifs
 - Un bâtiment à l'usage quasi exclusif du laboratoire.

Suite au Schéma Directeur, une tour de 4000 m² accolée au bâtiment central a été envisagée. Cette tour doit permettre la réorganisation de l'ensemble des services de soins, d'augmenter le nombre de chambre à un lit et de mettre l'établissement en conformité avec le SROS. Par ailleurs, la construction de cette tour permettrait de situer l'unité de chirurgie ambulatoire au rez-de-chaussée, à proximité des blocs opératoires. La phase terminale de cette extension est fixée pour 2007.

Au préalable, je devais dans le cadre de mon stage travailler sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire. A cette commande s'est ensuite greffée, l'étude sur une réorganisation de l'ensemble de la chirurgie.

Dans le courant du mois d'août, suite aux premiers résultats obtenus, une réunion avec l'ingénieur programmeur a permis de faire de nouvelles propositions qui remettaient en question la place de la chirurgie ambulatoire au rez-de-chaussée. Le service du 3^{ème} étage Nord pourrait transitoirement ou à plus long terme héberger cette unité ce qui offrirait des perspectives d'agrandissement que ne prévoyait pas la situation antérieure.

Les raisons en faveur de ce changement sont diverses :

- Tout d'abord, l'impossibilité d'augmenter les capacités en lits de l'unité
- Ensuite, la désorganisation des circuits de la stérilisation qui est actuellement en voie de restructuration
- Enfin, un des points essentiels était l'insuffisance de budget pour finaliser la tour. Aucune solution n'était trouvée pour combler le manque de 1 million d'euros.

A contrario, cette nouvelle solution présente :

✓ **Des avantages financiers certains**

Le positionnement de la chirurgie ambulatoire à l'étage permet d'éviter les travaux du rez-de-chaussée autrement dit les crédits (500 000 euros) qui étaient destinés à ces derniers et budgétés en 2006 viendront abonder le plan de financement de la tour.

Par ailleurs, l'unité contraignait à une extension du restaurant du personnel de 350 m². Or, seuls 150 m² seront nécessaires. Ceci n'empêchera pas de modifier les sols, la décoration et de changer le matériel. Cette opération permettrait de surcroît la récupération de 300 000 euros sur les 600 000 euros prévus au budget 2005. Enfin, si la ville octroyait à l'hôpital 200 000 euros de subvention, le financement de la tour serait finalisé. Ou autre éventualité, les 300 000 euros d'économies du restaurant seront gardés en réserve technique et une demande de crédits sera réalisée auprès de l'ARH ou de la DDASS.

Moyennant, cette solution permet aussi d'éviter l'installation d'un monte-charge pour la stérilisation soit 75 000 euros. Cette non installation ne gênera en aucune manière les flux logistiques car ils seront maintenus au rez-de-chaussée tout en organisant la réservation des monte-malades. En effet, deux monte-charges seront réservés à la logistique :

- Un au bloc opératoire.
- Et l'autre aux déchets.

✓ **Des avantages en terme d'espaces**

A la fin des travaux de la stérilisation en 2005, les locaux initialement attribués à la chirurgie ambulatoire seront récupérés soit 80 m². Cet aspect n'est pas négligeable compte tenu du manque de place sur l'hôpital.

La récupération de cet espace permettrait de créer les vestiaires de la stérilisation au rez-de-chaussée et non plus au sous-sol. Cette solution présente l'avantage d'améliorer considérablement les circuits de la stérilisation.

Les locaux initialement prévus pour les vestiaires de la stérilisation pourraient être attribués à la blanchisserie afin d'augmenter la capacité actuelle des vestiaires. La zone libérée par les anciens vestiaires pourrait alors être utilisée pour accroître l'espace de stockage des armoires de linge propre qui est insuffisant aujourd'hui.

✓ **Des avantages en terme de ressources humaines**

Les ressources humaines pourraient être optimisées car le personnel de l'unité ne serait pas entièrement affecté à l'unité de chirurgie ambulatoire comme le scénario du rez-de-chaussée l'envisageait.

La chirurgie ambulatoire a pour objectif de répondre à une demande croissante de la population, de mettre en œuvre de nouvelles indications permises par les progrès technologiques, de réaliser une prise en charge avec un contenu adapté de manière à rendre l'établissement plus compétitif et enfin de mettre les lits de chirurgie de l'établissement en conformité avec le SROS.

Cette réorganisation doit tenir compte des missions d'un établissement public de santé. Et pour l'hôpital, il s'agit aussi d'affirmer ses intérêts et de se fixer des objectifs.

a) Exercer sa mission d'établissement public de santé

▪ **Elargir l'offre de soins**

Grâce aux progrès de la chirurgie, le patient peut légitimement escompter lorsque les conditions le permettent et s'il le désire, limiter au maximum sa durée d'hospitalisation.

b) Intérêts pour le CH-MARTIGUES

▪ **Dynamiser la chirurgie Martégale**

La chirurgie ambulatoire provoque souvent un effet d'appel à la chirurgie traditionnelle.

▪ **Décloisonner l'hôpital**

La chirurgie ambulatoire en particulier repose sur un fonctionnement transversal et donc sur une coordination entre les services concernés. Il s'agit de bousculer les cultures.

▪ **Optimiser les moyens disponibles**

Les salles de bloc opératoire et les unités de soins doivent avoir une plus grande activité.

▪ **Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité entreprise au CH-Martigues**

L'Établissement s'est déjà beaucoup impliqué dans la démarche d'Accréditation et la chirurgie ambulatoire représente un secteur prédestiné pour le domaine de la qualité.

c) Objectifs pour l'hôpital

▪ **Améliorer le circuit de la prise en charge du patient**

- Orienter l'usager selon son problème de santé identifié et les possibilités techniques disponibles vers l'un des trois modes de prise en charge :
 - Hospitalisation en ambulatoire,

- Hospitalisation de semaine pour les hospitalisations inférieures ou égales à cinq jours,
- Hospitalisation traditionnelle pour les séjours supérieurs à cinq jours.

▪ **Améliorer la qualité de la prise en charge pendant le séjour**

- La mise en place de ces trois modes d'hospitalisation différenciés permet de mieux organiser l'ensemble des soins requis. En effet, actuellement, ces modes se chevauchent dans les unités de soins alors que chacun obéit à des fonctionnements différents et à des contraintes parfois antagonistes.
- En ce qui concerne l'ambulatoire, diminuer la fréquence des infections nosocomiales.

▪ **Equilibrer les possibilités d'accueil des services**

Il apparaît déterminant d'arriver à constituer des unités de soins comprises entre 24 et 26 lits. Le découpage actuel met en évidence des écarts plus importants (de l'ordre de 23 à 29 lits). Cette situation ne permet pas de tendre vers un équilibre en ce qui concerne les ressources humaines affectées à ces unités. De plus, toutes ne nécessitent pas un nombre de lits si élevé au regard des taux d'occupation.

▪ **Optimiser les ressources humaines**

Les effectifs sont calculés en tenant compte de la charge en soins identifiée grâce aux Soins Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS), des variations d'activité et des possibilités de regroupement de services à certaines périodes de l'année (principalement en été).

▪ **Améliorer les conditions de travail**

Les conditions de travail pourront être améliorées grâce à un meilleur circuit du patient et à une meilleure répartition des lits. Cette restructuration permettra également de mieux utiliser le personnel paramédical avec une redistribution de temps agent avec la récupération en temps, notamment le week-end.

▪ Améliorer le fonctionnement du bloc opératoire central

Le fonctionnement du bloc opératoire doit être redéfini en tenant compte des trois modes de prise en charge. Les créneaux des chirurgiens devront être calés en fonction de l'activité ainsi que des variations saisonnières identifiées.

D / Spécialités concernées dans l'établissement

L'hôpital a de nombreuses spécialités dont certains actes sont déjà réalisés en ambulatoire :

- La stomatologie
- L'ORL
- La chirurgie urologique
- La chirurgie orthopédique
- La chirurgie viscérale
- L'ophtalmologie
- La chirurgie gynécologique
- Les interruptions volontaires de grossesse
- Les endoscopies digestives

2.2 Analyse des forces en présence

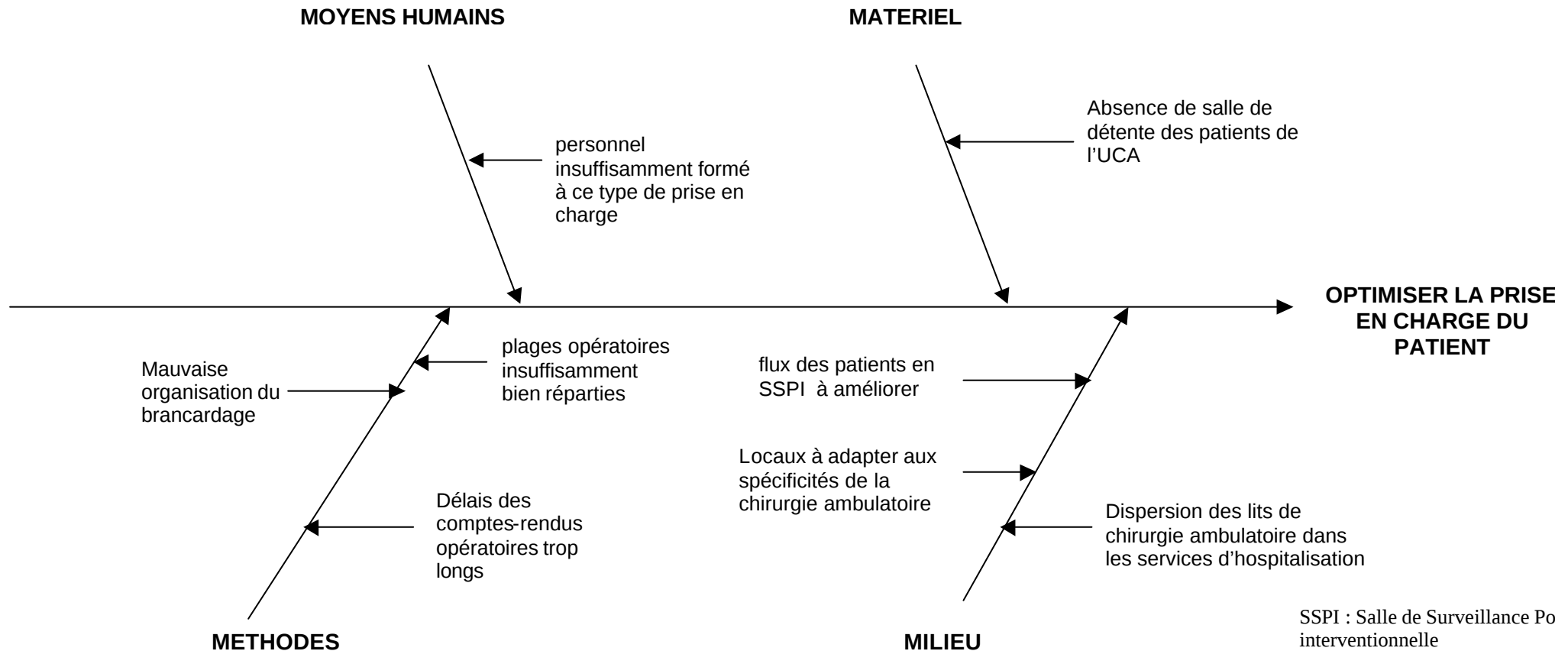
2.2.1 Bilan de l'existant

A / Le modèle de Harvard

L'analyse synthétique du projet de chirurgie ambulatoire sera faite à l'aide du modèle de Harvard². Cet outil permet d'évaluer les forces et les faiblesses d'une structure ou d'une organisation. Ce modèle est une aide précieuse pour les décideurs, car il a pour principal objet d'éviter les erreurs d'analyse. Sa lecture page suivante donnera ainsi une vision globale et pertinente de cette étude.

² Modèle issu du cours de DESS « management des organisations et des entreprises de service public » de Mr Roland Garnier, Professeur de management et d'organisation à l'IEP de bordeaux.

DIAGRAMME D'ISHIKAWA



2.2.2 Les difficultés rencontrées avec certains acteurs de l'établissement

A / Difficultés rencontrées au bloc opératoire

Le bloc de l'hôpital comme de nombreux blocs en France rencontrent d'importantes difficultés organisationnelles. La multiplication des «crises » a fini par provoquer un climat relationnel particulièrement difficile entre les anesthésistes, les chirurgiens et le personnel paramédical. L'origine de ces conflits demeurent plus ou moins obscure. Néanmoins, après de nombreux entretiens avec l'ensemble des acteurs il est possible d'identifier quelques uns d'entre eux à savoir : des conflits personnels, des luttes de pouvoirs, des querelles au sujet de l'attribution des plages opératoires ainsi que des désaccords liés à la répartition des tâches de travail notamment en ce qui concerne la Cadre Infirmière Anesthésiste et la Cadre Infirmière de Bloc Opératoire.

Dans ce contexte, toute réflexion induisant un changement quelconque à propos du bloc opératoire conduit à une impasse. Cette atmosphère perturbe considérablement la bonne marche du bloc opératoire conduisant de ce fait à une mauvaise utilisation des salles d'opération et diminuant sa rentabilité.

B / Le Département de l'Information Médicale (DIM)

Pour travailler sur le thème de la chirurgie ambulatoire, il est nécessaire voire même très utile d'appréhender le potentiel de développement de cette activité. Pour ce faire, il faut recueillir les informations à partir du Programme de Médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) et utiliser le Catalogue des Actes Médicaux (CDAM). Malgré des demandes réitérées auprès du médecin responsable du DIM, il n'a pas été possible d'obtenir les informations. Ce dernier a prétexté la mise en place de la tarification à l'activité pour ne pas répondre à la requête. Sa charge de travail à ce moment était néanmoins réelle. Le fait aussi que ce projet était initialement prévu pour 2006 m'a donné l'impression qu'il n'était pas la préoccupation première de certains.

C / Les relations avec les médecins de ville

Une enquête de satisfaction des médecins de ville datant d'avril 2003 montrait que la plupart d'entre eux étaient globalement satisfaits des relations qu'ils entretenaient avec les praticiens de l'hôpital. Néanmoins, un examen plus fin de cette enquête permet de faire ressortir un

élément d'insatisfaction, à savoir : le manque d'information lors de la sortie du patient. Afin d'apprécier leurs attentes dans le secteur de la chirurgie ambulatoire, un questionnaire comprenant 4 questions leur a été soumis au cours d'un entretien téléphonique (annexe n°1). L'objectif n'était pas de consulter l'ensemble des médecins généralistes (cinquante médecins présents sur la commune de Martigues), mais de mesurer à partir d'un échantillon leurs réponses pour avoir une tendance et orienter la communication dans ce domaine.

Les appels se sont déroulés entre la mi-juin et la mi-juillet.

- Médecins contactés : 18
- Médecins ayant répondu : 10
- Taux de réponse : 55,5 %

Au vu des réponses, il n'est pas apparu nécessaire de poursuivre au-delà car les similitudes étaient importantes et les demandes étaient similaires avec celles déjà formulées en 2003.

Résultats du questionnaire

1^{ère} question : « Souhaiteriez-vous être associé à la décision d'une intervention en chirurgie ambulatoire ? »

Ils y sont majoritairement favorables. Toutefois, ils nuancent leurs propos car ils considèrent que la décision appartient au chirurgien et ne souhaitent pas empiéter sur leur champ de compétences. Ils voudraient cependant être consultés sur la connaissance qu'ils ont du patient et de son environnement social (critère essentiel pour une prise en charge en ambulatoire).

2^{ème} question : « Quelles sont vos attentes lorsqu'un patient fait l'objet d'une prise en charge en ambulatoire ? »

L'ensemble des médecins (100 % des réponses) considèrent que le patient doit sortir de l'hôpital muni de son compte rendu opératoire. Mais, au-delà de ce souhait affiché, 70 % d'entre eux se satisferaient de l'envoi d'un document dans les sept jours qui suivent la sortie du patient.

3^{ème} question : « Souhaiteriez-vous recevoir une information spécifique sur la chirurgie ambulatoire ? Et sous quelle forme ? »

- L'intégralité des médecins (100 % des réponses) répondent par l'affirmative et cela quel que soit le domaine.
- 60 % désirent recevoir l'information sous la forme d'un livret mais aussi d'enseignement post-universitaire (EPU).
- 40 % sous la forme d'un livret d'information seulement. Dans ce cas, le manque de disponibilité est évoqué pour participer aux EPU. Deux médecins voudraient connaître

les actes chirurgicaux qui se pratiquent à l'hôpital tout en étant tenus informés des évolutions chirurgicales de manière à adresser leur patient en toute objectivité.

D / Les relations avec les usagers

Une enquête de satisfaction des usagers a été réalisée en mars 2004 mettant en évidence :

- 90 % de satisfaction globale
- 85,6 % de satisfaction concernant les données médicales
- 94,4 % de satisfaction concernant les soignants.

2.3 Les sources d'informations

2.3.1 Centres de chirurgie ambulatoire visités

Au cours de ce projet, trois hôpitaux disposant d'une unité de chirurgie ambulatoire ont été visités avec le Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME), la Cadre Supérieure de Santé de chirurgie et moi-même.

Les sites visités étaient les suivants :

- l'hôpital de La Conception de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille qui est un centre intégré de 7 places.
- l'hôpital Saint-Joseph à Marseille qui est un centre satellite de 25 places.
- l'hôpital de la Seyne-sur-Mer appartenant au Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon – La Seyne qui est à mi-parcours entre le centre intégré et le centre satellite et comprend 5 places.

Au cours de ces visites, nous avons été reçus à chaque fois par des Cadres de Santé et pour l'hôpital de la Conception par un des médecins responsables de l'unité et deux directeurs d'hôpital. Des documents nous ont été remis lors de ces entrevues (Règlement Intérieur, dossier du patient...).

2.3.2 Des entretiens individuels avec les chirurgiens

Entre les mois de mai et août, j'ai réalisé des entretiens avec chacun des chirurgiens (soit 18 chirurgiens praticiens hospitaliers) pour évoquer la mise en place de l'unité de chirurgie ambulatoire et recueillir leur avis sur l'hôpital de semaine.

Si la majorité d'entre eux s'est positionnée en faveur de la création de cette unité, a contrario l'hôpital de semaine éveillait moins d'enthousiasme. Le principal frein est dû à des changements simultanés importants ainsi qu'à une absence de conviction sur l'intérêt à développer ce mode d'hospitalisation. Un chirurgien allant même jusqu'à qualifier « *l'hôpital de semaine comme une régression dans la prise en charge des patients* ».

2.3.3 Analyse des questionnaires envoyés aux médecins

Cf. questionnaire (annexe n°2)

A / Objectifs

Après avoir rencontré l'ensemble des chefs de service et la plupart des chirurgiens, un questionnaire a été envoyé à tous les chirurgiens afin qu'ils mettent par écrit le volume d'actes qu'ils souhaiteraient réaliser en ambulatoire, le type d'actes et leurs attentes.

- questionnaires distribués : 28
- questionnaires retournés : 18
- taux de retour : 64,29 %

Tous ont été exploitables. Le taux de participation a été tout à fait correct ce qui montre leur intérêt pour la mise en place de l'unité. Le questionnaire a permis d'identifier une partie des besoins et d'impliquer par l'écrit les chirurgiens.

B / Analyse des résultats

1^{ère} question : « *Quel volume d'activité hebdomadaire souhaiteriez-vous réaliser ?* »

Le tableau ci-dessous en donne une représentation.

Synthèse de l'activité hebdomadaire envisagée

Disciplines concernées	Nombre de praticiens	< 4 actes	4 à 8 actes	> 10 actes
Gynécologie	5	2	3	
Orthopédie	3	3		
Urologie	1		1	
Stomatologie	3	2	1	
Ophthalmologie	1	1		
Chirurgie vasculaire	1	1		
ORL	2		1	1
Chirurgie viscérale	1	1		
Endoscopie digestives	1			1
TOTAL	18	10	6	2

2^{ème} question : « Pour quels types d'actes ? »

Cette liste devrait permettre au DIM de faire une analyse plus fine de la chirurgie ambulatoire.

Types d'actes de chirurgie ambulatoire au CH-Martigues

Spécialités	Types d'actes
<i>Gynécologie</i>	Hystérosopies, curetages avec biopsies, conisations Aspirations grossesses arrêtées, IVG tardives Petite tumorectomie du sein, petits gestes vulvocène, pose de DIU (stérilet) sous anesthésie générale et retrait, Lasers sous anesthésie générale
<i>Orthopédie</i>	Arthroscopies Ablation de matériel d'ostéosynthèse Canal carpien Petite chirurgie (mains et pieds)
<i>Stomatologie</i>	Extractions multiples Extractions des dents de sagesse Kystectomie, chirurgie buccodentaire
<i>Ophthalmologie</i>	Cataractes Chalazions Chirurgie des paupières
<i>ORL</i>	Végétations, amygdales, drains transtympaniques certaines chirurgies plastiques endoscopies
<i>Chirurgie viscérale</i>	Kystes, abcès, lipomes, petite chirurgie générale
<i>Urologie</i>	Traitement de l'incontinence par bandelette sous urétrale Cystoscopies et ablation de sondes double J Ponctions biopsies prostatiques Posthécotomie (circoncision) et plastie du frein Pose d'endoprothèses urétrales Coagulation de polypes vésicaux Coagulation de papillomes génitaux
<i>Gastroentérologie</i>	Fibroscopies gastriques Coloscopies

3^{ème} question : « Qu'attendez-vous d'une telle structure en terme d'amélioration de vos pratiques actuelles ? »

Synthèse des réponses/observations :

- La plupart d'entre eux souligne l'apport qualitatif de cette prise en charge avec des gestes effectués plus rapidement.
- Un chirurgien profite de la chirurgie ambulatoire pour demander que le bloc opératoire commence plus tôt.
- La sécurité est ensuite abordée en évoquant une plus grande réactivité des équipes et donc un plus grand professionnalisme.
- Par ailleurs, deux chirurgiens citent les développements possibles de cette chirurgie.
- Un chirurgien souhaite que les patients soient mieux pris en charge par les infirmières. Cette réflexion est à relier avec l'aspect relativement apaisant que doit avoir une unité de chirurgie ambulatoire.
- Enfin, l'un d'entre eux évoque la nécessité d'une communication à la presse sur la création de cette unité.

Il semblerait que les attentes en matière de qualité et d'organisation sont réelles. Les chirurgiens sont convaincus par les apports positifs qu'ils pourraient retirer notamment dans le domaine de l'organisation.

2.3.4 Analyse de l'activité ambulatoire

Cette réflexion a été initiée à partir des tableaux de bord envoyés par le service financier. L'activité ambulatoire a d'abord été étudiée pour l'année 2003 et l'année 2004.

L'activité au 31 décembre 2003 relative à la chirurgie ambulatoire a permis de dresser un état de la situation. Des travaux ont été effectués au bloc opératoire au cours de l'année 2003 mais il semble au regard des chiffres que l'activité n'ait pas significativement diminuée sur cette période puisque il y a eu 4657 interventions au bloc opératoire en 2002 contre 4669 en 2003. Les départs ainsi que les arrivées de certains chirurgiens ont affecté plus significativement certaines spécialités.

Le tableau qui suit donne le nombre de séances réalisées en ambulatoire pour 2003.

ACTIVITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PAR SPECIALITE EN 2003

Spécialités	Activité sur 365 jours
Endoscopies digestives	236
Chirurgie orthopédique	147
Chirurgie digestive	133
Chirurgie urologique	65
ORL	292
Ophtalmologie	28
Stomatologie	325
Chirurgie gynécologique	186
Interruption volontaire de grossesse	348
Total	1760

**RÉPARTITION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PAR RAPPORT A LA CHIRURGIE
SUR L'ANNÉE 2003 (Sources : Service Financier)**

SPECIALITES	Nombre d'interventions	Interventions hors chirurgie ambulatoire	Interventions hors chirurgie ambulatoire en %	Séance de chirurgie ambulatoire	Chirurgie ambulatoire en %	Représentation de la spécialité /activité ambulatoire (en %)	
						Avec IVG	Sans IVG
Maladies de l'appareil digestif	432	196	45,37	236	54,63	13,41	16,71
Chirurgie orthopédique	801	654	81,65	147	18,35	8,35	10,41
Chirurgie viscérale	707	574	81,19	133	18,81	7,56	9,42
Chirurgie urologique	200	135	67,50	65	32,50	3,69	4,60
ORL	619	327	52,83	292	47,17	16,59	20,68
Ophtalmologie	50	22	44,00	28	56,00	1,59	1,98
Stomatologie	352	27	7,67	325	92,33	18,47	23,02
Gynécologie	724	538	74,31	186	16,64	10,57	13,17
Interruption volontaire de grossesse				348		19,77	
TOTAL SANS IVG	3885	2473		1412			100,00
TOTAL AVEC IVG				1760		100,00	

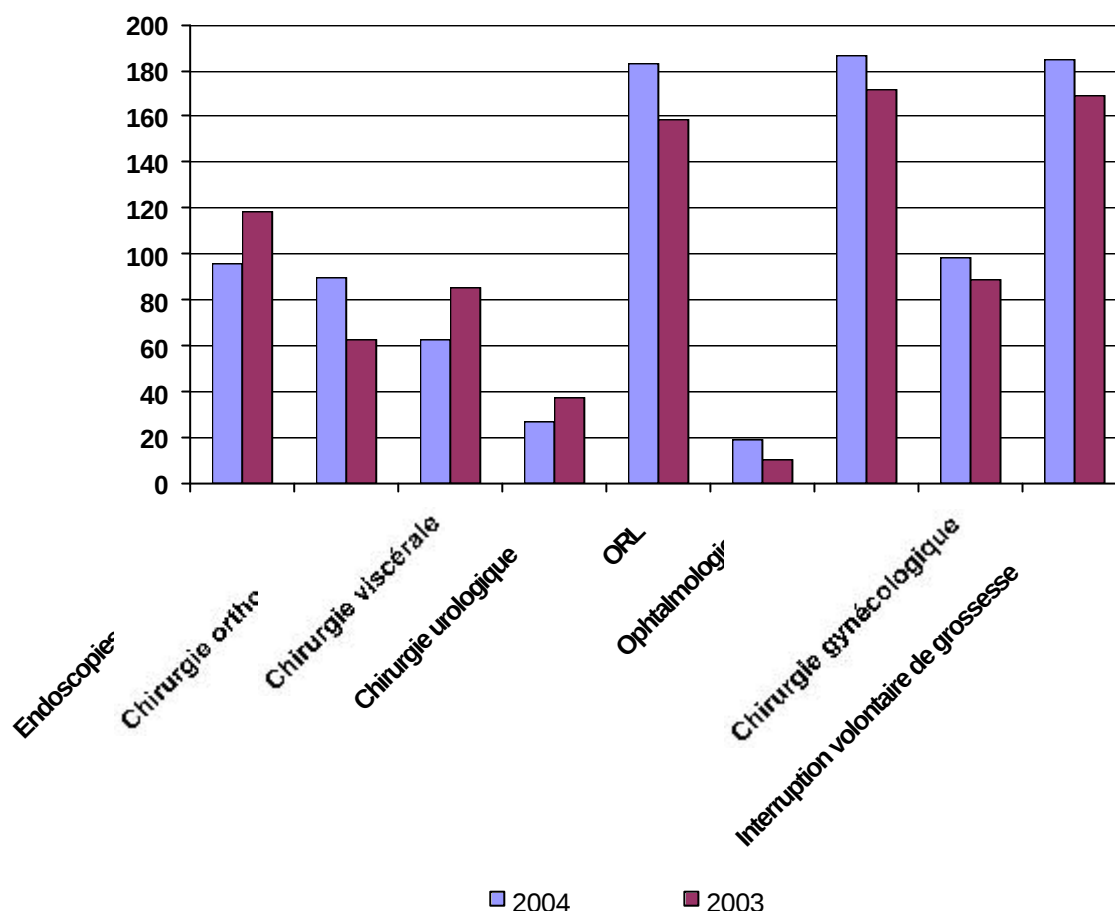
RÉPARTITION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PAR RAPPORT A LA CHIRURGIE
DU 1^{ER} AU 30 JUIN 2004 (Sources : Service Financier)

SPECIALITES	Nombre d'interventions	Interventions hors chirurgie ambulatoire	Interventions hors chirurgie ambulatoire en %	Séance de chirurgie ambulatoire	Chirurgie ambulatoire en %	Représentation de la spécialité /activité ambulatoire (en %)	
						Avec IVG	Sans IVG
Maladies de l'appareil digestif	211	115	54,50	96	45,50	10,12	12,57
Chirurgie orthopédique	509	419	82,32	90	17,68	9,48	11,78
Chirurgie viscérale	417	354	84,89	63	15,11	6,64	8,25
Chirurgie urologique	106	79	74,53	27	25,47	2,85	3,53
ORL	389	206	52,96	183	47,04	19,28	23,95
Ophtalmologie	33	14	42,42	19	55,58	2,00	2,49
Stomatologie	189	2	1,06	187	98,94	19,70	24,48
Gynécologie	421	322	76,48	99	15,62	10,43	12,96
Interruption volontaire de grossesse				185		19,49	
TOTAL SANS IVG	2275	1511		764			100,00
TOTAL AVEC IVG				949		100,00	

COMPARAISON DE L'ACTIVITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE
DU 1^{ER} AU 30 JUIN 2004 ET 2003

SPECIALITES	SÉANCE DU 1^{ER} AU 30 JUIN 2004	SÉANCE DU 1^{ER} AU 30 JUIN 2003	Ecart en % 2004/2003
Endoscopies digestives	96	119	-22,16
Chirurgie orthopédique	90	63	42,19
Chirurgie viscérale	63	86	-15,05
Chirurgie urologique	27	38	-32,50
ORL	183	159	14,90
Ophtalmologie	19	11	66,67
Stomatologie	187	172	8,67
Chirurgie gynécologique	99	89	20,20
Interruption volontaire de grossesse	185	169	9,47
TOTAL AVEC IVG	949	906	4,74
TOTAL SANS IVG	764	737	3,66

COMPARAISON DE L'ACTIVITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DU 1^{ER} AU 30 JUIN 2004 ET 2003



La stomatologie et l'ORL ont des activités importantes ainsi que les IVG. Les endoscopies digestives connaissent une baisse de l'activité en 2004 du fait de l'arrêt maladie d'un gastroentérologue. Il y a une baisse l'activité viscérale alors que l'équipe est composée de trois chirurgiens.

2.3.5 L'analyse des durées de séjour

A/ Présentation des résultats

Cette partie concerne l'étude sur les durées de séjour en vue de déterminer l'intérêt de développer un hôpital de semaine. Cette demande a fait suite au constat suivant :

- Un faible taux d'occupation en semaine d'environ 65 %
- Un taux d'occupation le week-end d'environ 58 %

Cette situation a pour conséquence une dispersion des lits.

Le service informatique a édité un état qui d'une part exclut les entrées par les urgences et d'autre part sélectionne les séjours dont la durée n'excède pas 6 jours et dont la sortie a lieu avant le week-end. Il a également complété cet état par la prise en compte de l'ensemble des séjours incluant donc les week-ends et le mode d'entrée par les urgences. Les séjours en pédiatrie n'ont pas été pris en compte.

Les tableaux des pages suivantes sont présentés par spécialités chirurgicales pour l'année 2003 et les 7 premiers mois de l'année 2004, et synthétisent les deux requêtes mentionnées *supra*.

Durées de séjour de la Chirurgie Vasculaire en 2003

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	1	0	1	0	2	0	2	0	1	0	7	0	27	3	48	6	54
février	0	0	5	0	2	0	1	0	0	2	1	0	9	2	19	2	38	6	44
mars	1	0	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	5	1	21	10	44	34	78
avril	0	0	1	0	3	0	6	0	2	0	0	0	12	0	26	1	59	8	67
mai	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	18	0	28	2	30
juin	0	0	5	0	3	0	1	0	1	0	1	0	11	0	18	2	49	4	53
juillet	0	2	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	1	7	2	25	8	56	64
août	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	16	1	37	38
septembre	0	0	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	5	1	32	5	53	6	59
octobre	0	0	2	0	1	0	3	0	4	0	0	0	10	0	24	0	50	2	52
novembre	0	0	2	0	3	0	0	0	2	0	1	0	8	0	22	0	47	2	49
décembre	0	0	5	0	2	0	2	1	2	0	1	0	12	1	15	7	48	19	67
Sous-total (1)	1	2	24	1	18	2	20	5	15	3	5	0	83	13					
Total (1)	3		25		20		25		18		5		96						
Sous Total (2)	4	8	74	25	35	22	38	11	44	19	54	26	249	111	224	71	473	182	
Total (2)	12		99		57		49		63		80		360		295		655		655

Durée de séjour du 1^{er} janvier au 31 juillet 2004

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	13	0	0	0	1	0	1	0	0	0	15	0	23	0	51	3	54
février	2	0	9	1	2	0	1	0	0	0	0	0	14	1	7	0	34	2	36
mars	1	0	11	0	1	0	1	0	0	0	0	0	14	0	13	0	39	0	39
avril	0	0	12	0	1	0	0	0	1	0	0	0	14	0	9	0	34	0	34
mai	1	0	10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	12	0	10	0	35	1	36
juin	3	0	11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	15	0	8	0	33	0	33
juillet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total (1)	7	0	66	1	5	0	3	0	3	0	0	0	84	1					
Total (1)	7		67		5		3		3		0		85						
Sous Total (2)	14	1	110	2	8	2	8	1	8	0	8	0	156	6	70	0	226	6	
Total (2)	15		112		10		9		8		8		162		70		232		232

P = Patients ayant l'unité fonctionnelle et l'unité de présence communes

H = Patients hébergés

Sous-total (1) en abscisse = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **excluant** les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (1) en abscisse = Somme des P et H pour chaque durée de séjour

Total (1) en ordonnée = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque mois

Sous-total (2) = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **incluant** l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (2) = Somme des P et H incluant l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque durée de séjour

>5 jours = Inclut les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Sous-total (3) = Somme des P seuls et des H seuls incluant les week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque mois

Total (3) = Somme des P et des H du sous-total (3)

Durées de séjour de la Chirurgie Viscérale en 2003

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	1	0	1	0	2	0	2	0	1	0	7	0	27	3	43	5	48
février	0	0	5	0	2	0	1	0	0	2	1	0	9	2	19	2	38	6	44
mars	1	0	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	5	1	21	9	44	27	71
avril	0	0	1	0	3	0	6	0	2	0	0	0	12	0	26	1	59	7	66
mai	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	18	0	28	2	30
juin	0	0	5	0	3	0	1	0	1	0	1	0	11	0	18	2	49	4	53
juillet	0	2	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	1	7	2	25	8	51	59
août	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	16	1	35	36
septembre	0	0	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	5	0	31	5	52	5	57
octobre	0	0	2	0	1	0	3	0	4	0	0	0	10	0	23	0	49	1	50
novembre	0	0	2	0	3	0	0	0	2	0	1	0	8	0	22	0	47	2	49
décembre	0	0	5	0	2	0	2	1	2	0	1	0	12	1	15	7	40	10	50
Sous-total (1)	1	2	24	1	18	2	20	4	15	3	5	0	83	12					
Total (1)	3		25		20		24		18		5		95						
Sous Total (2)	4	6	61	21	35	18	38	0	44	15	54	25	236	85	222	70	458	155	
Total (2)	10		82		53		38		59		79		321		292		613		613

Durées de séjour du 1^{er} janvier au 31 juillet 2004

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (2)		Total (2)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	3	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	11	0	28	4	54	8	62
février	0	0	2	1	3	2	2	0	6	0	0	0	13	3	32	4	62	10	72
mars	0	0	5	0	5	0	3	0	1	1	0	0	14	1	27	4	58	6	64
avril	0	0	3	0	4	1	1	0	1	0	0	0	9	1	27	1	73	6	79
mai	0	0	1	0	5	0	1	0	1	0	0	0	8	0	27	3	60	7	67
juin	2	0	2	0	3	1	0	0	5	0	0	0	12	1	21	2	60	7	67
juillet	0	0	3	1	2	1	2	0	3	0	1	0	11	2	24	2	51	9	60
Sous-total (1)	5	0	18	2	24	5	11	0	19	1	1	0	78	8					
Total (1)	5		20		29		11		20		1		86						
Sous Total (2)	11	1	49	9	48	11	40	2	49	4	35	6	232	33	186	20	418	53	
Total (2)	12		58		59		42		53		41		265		206		471		471

P = Patients ayant l'unité fonctionnelle et l'unité de présence communes

H = Patients hébergés

Sous-total (1) en abscisse = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **excluant** les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (1) en abscisse = Somme des P et H pour chaque durée de séjour

Total (1) en ordonnée = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque mois

Sous-total (2) = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **incluant** l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (2) = Somme des P et H incluant l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque durée de séjour

>5 jours = Inclut les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Sous-total (3) = Somme des P seuls et des H seuls incluant les week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque mois

Total (3) = Somme des P et des H du sous-total (3)

Durées de séjour de la Chirurgie Orthopédique en 2003

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	4	0	5	1	3	0	0	0	0	0	12	1	43	5	88	31	119
février	0	0	5	1	2	1	1	0	1	0	0	0	9	2	25	2	59	14	73
mars	0	0	6	2	2	1	2	0	0	0	0	0	10	3	31	4	80	18	98
avril	0	0	5	0	4	1	2	0	0	0	0	0	11	1	29	0	74	10	84
mai	0	0	3	1	2	0	1	0	1	0	0	0	7	1	17	4	65	17	82
juin	0	0	8	0	1	1	0	1	0	0	1	0	10	2	24	6	67	21	88
juillet	0	0	4	2	2	0	1	0	0	0	0	0	7	2	26	3	70	8	78
août	0	0	4	0	2	1	0	0	0	1	0	0	6	2	19	1	75	14	89
septembre	1	1	4	0	3	0	1	0	0	0	0	0	9	1	34	2	87	8	95
octobre	0	0	8	1	6	1	0	1	0	0	0	0	14	3	31	3	88	16	104
novembre	0	0	3	1	2	1	4	0	0	0	0	0	9	2	26	4	69	13	82
décembre	0	1	1	1	3	1	1	0	1	0	0	0	6	3	30	3	70	21	91
Sous-total (1)	1	2	55	9	34	9	16	2	3	1	1	0	110	23					
Total (1)	3		64		43		18		4		1		133						
Sous Total (2)	19	9	170	62	131	39	103	23	73	10	61	11	557	154	335	37	892	191	
Total (2)	28		232		170		126		83		72		711		372		1083		1083

Durée de séjour en 2004

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	9	1	5	1	1	0	0	0	0	0	15	2	29	3	81	13	94
février	0	0	8	0	6	2	2	0	0	0	1	0	17	2	21	4	86	17	103
mars	1	1	10	0	4	1	2	0	2	0	0	0	19	2	31	4	94	36	130
avril	0	2	6	0	9	0	2	0	1	0	1	0	19	2	26	5	95	20	115
mai	1	0	8	2	6	1	2	0	0	0	0	0	17	3	35	3	97	26	123
juin	2	0	11	0	3	0	1	1	0	0	0	0	17	1	33	4	92	21	113
juillet	2	0	4	2	6	0	1	0	1	0	0	0	14	2	11	1	62	21	83
Sous-total (1)	6	3	56	5	39	5	11	1	4	0	2	0	118	14					
Total (1)	9		61		44		12		4		2		132						
Sous Total (2)	12	13	150	55	115	37	54	15	49	6	41	4	421	130	186	24	607	154	
Total (2)	25		205		152		69		55		45		551		210		761		761

P = Patients ayant l'unité fonctionnelle et l'unité de présence communes

H = Patients hébergés

Sous-total (1) en abscisse = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **excluant** les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (1) en abscisse = Somme des P et H pour chaque durée de séjour

Total (1) en ordonnée = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque mois

Sous-total (2) = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **incluant** l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (2) = Somme des P et H incluant l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque durée de séjour

>5 jours = Inclut les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Sous-total (3) = Somme des P seuls et des H seuls incluant les week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque mois

Total (3) = Somme des P et des H du sous-total (3)

Durées de séjour en ORL en 2003

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	3	1	6	1	2	0	0	0	1	0	0	2	12	1	11	3	33	36
février	0	1	0	4	0	4	0	1	0	1	0	0	0	11	3	6	5	23	28
mars	0	0	1	4	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	1	3	9	18	27
avril	0	0	1	4	0	1	0	0	0	1	0	0	1	6	5	2	10	18	28
mai	0	0	5	2	1	0	0	0	0	1	0	0	6	3	3	2	14	11	25
juin	0	0	8	1	1	0	0	1	0	0	0	0	9	2	4	2	21	10	31
juillet	0	0	2	7	0	1	0	0	0	0	0	0	2	8	2	3	12	21	33
août	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	7	10	17
septembre	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	0	0	4	2	6	5	19	12	31
octobre	0	0	7	3	1	2	2	0	1	1	0	0	11	6	5	2	26	15	41
novembre	0	0	8	0	1	1	0	1	1	0	0	0	10	2	2	3	23	12	35
décembre	0	0	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	5	4	4	3	19	11	30
Sous-total (1)	0	4	38	37	8	13	2	4	4	5	0	0	52	63					
Total (1)	4		75		21		6		9		0		115						
Sous Total (2)	1	6	65	64	24	31	20	18	14	21	5	12	129	152	39	42	168	194	
Total (2)	7		129		55		38		35		17		281		81		362		362

Durées de séjour du 1^{er} janvier au 31 juillet 2004

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	5	5	4	2	0	1	2	1	0	0	11	9	4	6	22	33	55
février	0	0	7	5	0	0	1	0	0	0	0	0	8	5	5	3	17	25	42
mars	0	0	0	3	0	2	0	1	0	1	0	0	0	7	1	5	15	29	44
avril	1	1	0	4	1	0	3	0	1	0	0	0	6	5	1	4	13	19	32
mai	0	0	11	5	2	0	2	1	1	0	0	0	16	6	2	3	22	16	38
juin	1	1	8	4	4	0	1	0	0	0	0	0	14	5	2	2	32	18	50
juillet	0	0	3	2	3	1	0	1	1	0	0	0	7	4	2	2	14	9	23
Sous-total (1)	2	2	34	28	14	5	7	4	5	2	0	0	62	41					
Total (1)	4		62		19		11		7		0		103						
Sous Total (2)	5	8	54	70	25	14	10	17	17	7	7	8	118	124	17	25	135	149	
Total (2)	13		124		39		27		24		15		242		42		284		284

P = Patients ayant l'unité fonctionnelle et l'unité de présence communes

H = Patients hébergés

Sous-total (1) en abscisse = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **excluant** les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (1) en abscisse = Somme des P et H pour chaque durée de séjour

Total (1) en ordonnée = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque mois

Sous-total (2) = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **incluant** l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (2) = Somme des P et H incluant l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque durée de séjour

>5 jours = Inclut les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Sous-total (3) = Somme des P seuls et des H seuls incluant les week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque mois

Total (3) = Somme des P et des H du sous-total (3)

Durées de séjour en Stomatologie en 2003

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	6	2	1	0	0	0	0	0	0	0	7	2	2	0	9	4	13
février	1	1	7	0	1	0	1	0	0	0	0	0	10	1	0	0	12	1	13
mars	0	0	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	5	2	7
avril	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	1	0	11	0	11
mai	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	4	5	9
juin	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	1	4
juillet	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	4	8
août	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	2	4	6
septembre	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	8	8
octobre	0	0	1	3	0	2	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	1	6	7
novembre	0	2	0	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10	10
décembre	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	0	0	2	6	8
Sous-total (1)	1	6	34	21	5	5	1	1	0	0	0	0	41	33					
Total (1)	7		55		10		2		0		0		74						
Sous Total (2)	2	6	38	27	9	7	1	5	0	4	0	0	50	49	3	2	53	51	
Total (2)	8		65		16		6		4		0		99		5		104		104

Durées de séjour du 1^{er} janvier au 31 juillet 2004

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	3	4
février	0	0	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	9	9
mars	0	0	0	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	6	0	1	0	7	7
avril	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1	5	6
mai	0	1	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	1	6	7
juin	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3
juillet	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	3	4
Sous-total (1)	0	1	3	23	0	3	1	1	0	0	0	0	4	28					
Total (1)	1		26		3		2		0		0		32						
Sous Total (2)	0	1	3	25	0	3	1	4	0	2	0	0	4	35	0	1	4	36	
Total (2)	1		28		3		5		2		0		39		1		40		40

P = Patients ayant l'unité fonctionnelle et l'unité de présence communes

H = Patients hébergés

Sous-total (1) en abscisse = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **excluant** les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (1) en abscisse = Somme des P et H pour chaque durée de séjour

Total (1) en ordonnée = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque mois

Sous-total (2) = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **incluant** l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (2) = Somme des P et H incluant l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque durée de séjour

>5 jours = Inclut les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Sous-total (3) = Somme des P seuls et des H seuls incluant les week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque mois

Total (3) = Somme des P et des H du sous-total (3)

Durées de séjour en Ophtalmologie en 2003

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5	3	8
février	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	3
mars	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	3
avril	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
mai	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	1	2	3
juin	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	2	4
juillet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
août	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
septembre	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
octobre	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1
novembre	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2
décembre	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	3
Sous-total (1)	0	0	5	7	1	5	0	1	1	0	0	0	7	13					
Total (1)	0		12		6		1		1		0		20						
Sous Total (2)	1	0	5	9	3	7	0	1	1	0	0	0	10	17	1	2	11	19	
Total (2)	1		14		10		1		1		0		27		3		30		30

Durées de séjour 1^{er} janvier au 31 juillet 2004

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2
février	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	3	4
mars	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
avril	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	4	0	4
mai	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2
juin	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
juillet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total (1)	0	0	5	1	2	2	0	0	0	0	0	0	7	3					
Total (1)	0		6		4		0		0		0		10						
Sous Total (2)	0	0	5	2	2	2	1	0	0	0	0	0	8	4	0	1	8	5	
Total (2)	0		7		4		1		0		0		12		1		13		13

P = Patients ayant l'unité fonctionnelle et l'unité de présence communes

H = Patients hébergés

Sous-total (1) en abscisse = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **excluant** les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (1) en abscisse = Somme des P et H pour chaque durée de séjour

Total (1) en ordonnée = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque mois

Sous-total (2) = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **incluant** l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (2) = Somme des P et H incluant l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque durée de séjour

>5 jours = Inclut les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Sous-total (3) = Somme des P seuls et des H seuls incluant les week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque mois

Total (3) = Somme des P et des H du sous-total (3)

Durées de séjour en Urologie en 2003

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	1	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	0	4	2	14	9	23
février	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	8	9
mars	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	4	2	10	12
avril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	7	7	14
mai	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	4	7
juin	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	6	3	10	8	18
juillet	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	3
août	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	11	14
septembre	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	4	5	9
octobre	0	0	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	3	3	4	1	12	5	17
novembre	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	1	7	3	10
décembre	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	2	5	3	8
Sous-total (1)	1	0	12	9	5	4	0	1	0	1	0	0	18	15					
Total (1)	1		21		9		1		1		0		33						
Sous Total (2)	3	0	15	22	12	12	5	9	4	4	3	9	42	56	26	20	68	76	
Total (2)	3		37		24		14		8		12		98		46		144		144

Durées de séjour du 1^{er} janvier au 31 juillet 2004

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	5	8	13
février	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	3	5
mars	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	5	6	11
avril	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	5	7	8	13	21
mai	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	3	7	10
juin	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1	3	2	8	3	11
juillet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3
Sous-total (1)	0	0	7	5	0	4	0	0	0	0	0	0	7	9					
Total (1)	0		12		4		0		0		0		16						
Sous Total (2)	0	1	9	7	0	6	3	4	1	3	2	1	15	22	17	20	32	42	
Total (2)	1		16		6		7		4		3		37		37		74		74

P = Patients ayant l'unité fonctionnelle et l'unité de présence communes

H = Patients hébergés

Sous-total (1) en abscisse = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **excluant** les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (1) en abscisse = Somme des P et H pour chaque durée de séjour

Total (1) en ordonnée = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque mois

Sous-total (2) = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **incluant** l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (2) = Somme des P et H incluant l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque durée de séjour

>5 jours = Inclut les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Sous-total (3) = Somme des P seuls et des H seuls incluant les week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque mois

Total (3) = Somme des P et des H du sous-total (3)

Durées de séjour en Gynécologie en 2003

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	5	0	12	0	4	0	0	0	0	0	21	0	23	0	64	0	64
février	0	0	11	1	7	0	3	0	0	0	0	0	21	1	18	1	61	5	66
mars	0	0	8	0	4	0	1	0	2	0	0	0	15	0	14	0	61	1	62
avril	2	0	10	0	8	1	3	0	3	0	1	0	27	1	13	0	64	2	66
mai	1	0	17	1	5	0	1	0	0	0	0	0	24	1	12	2	63	6	69
juin	0	1	6	4	3	4	3	1	1	0	0	0	13	10	12	4	47	21	68
juillet	2	0	5	3	6	0	0	0	2	0	0	0	15	3	10	1	55	8	63
août	0	0	4	0	5	0	2	0	0	0	1	0	12	0	9	0	40	0	40
septembre	0	0	12	0	9	0	5	0	1	0	1	0	28	0	19	0	66	0	66
octobre	1	0	3	0	12	0	3	0	1	0	2	0	22	0	12	0	67	1	68
novembre	2	0	8	0	9	0	1	0	2	0	2	0	24	0	15	0	70	0	70
décembre	1	0	6	0	9	0	2	0	3	0	1	0	22	0	12	0	58	0	58
Sous-total (1)	9	1	95	9	89	5	28	1	15	0	8	0	244	16					
Total (1)	10		104		94		29		15		8		260						
Sous Total (2)	24	1	177	15	162	7	84	6	53	4	47	3	547	36	169	8	716	44	
Total (2)	25		192		169		90		57		50		583		177		760		760

Durées de séjour du 1^{er} janvier au 31 juillet 2004

MOIS	< 1 jour		1 jour		2 jours		3 jours		4 jours		5 jours		Sous Total (1)		> 5 jours		Sous Total (3)		Total (3)
	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	P	H	
janvier	0	0	9	0	10	0	5	0	0	0	1	0	25	0	13	0	65		65
février	0	0	11	0	6	0	3	0	1	0	1	0	22	0	15	0	74		74
mars	0	0	9	0	12	0	4	0	1	0	0	0	26	0	21	0	79		79
avril	1	0	12	0	6	0	2	0	0	0	0	0	21	0	15	0	77		77
mai	2	0	17	0	10	0	5	0	3	0	1	0	38	0	12	0	88		88
juin	3	0	12	0	15	0	6	0	1	0	0	0	37	0	8	0	76		76
juillet	3	0	14	0	6	0	4	0	1	0	0	0	28	0	14	0	75		75
Sous-total (1)	9	0	84	0	65	0	29	0	7	0	3	0	197	0					
Total (1)	9		84		65		29		7		3		197						
Sous Total (2)	15	0	148	0	130	0	75	0	35	0	33	0	436	0	98	0	534	0	
Total (2)	15		148		130		75		35		33		436		98		534		534

P = Patients ayant l'unité fonctionnelle et l'unité de présence communes

H = Patients hébergés

Sous-total (1) en abscisse = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **excluant** les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (1) en abscisse = Somme des P et H pour chaque durée de séjour

Total (1) en ordonnée = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque mois

Sous-total (2) = Somme des P seuls et des H seuls pour chaque durée de séjour **incluant** l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Total (2) = Somme des P et H incluant l'ensemble des week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque durée de séjour

>5 jours = Inclut les week-ends et le mode d'entrée par les urgences

Sous-total (3) = Somme des P seuls et des H seuls incluant les week-ends et le mode d'entrée par les urgences pour chaque mois

Total (3) = Somme des P et des H du sous-total (3)

Ces tableaux mettent en évidence qu'en **2003** il y a eu 826 séjours de moins de 6 jours pouvant relever d'un hôpital de semaine sur 3751 séjours soit **la chirurgie programmée de semaine a représenté 22 % du total des séjours de chirurgie.**

Afin de mieux appréhender la situation, un tableau récapitulatif et détaillé des répartitions des durées de séjour a été constitué.

Tableau de répartition des durées de séjours pour 2003

Spécialités chirurgicales	% séjours < 1 jour	% séjours de 1 jour	% séjours de 2 jours	% séjours de 3 jours	% séjours de 4 jours	% séjours de 5 jours	% / total des séjours confondus (1)	% / total des séjours (2)	% des séjours confondus ≤ 5 jours / total des séjours
ORL	57	58	38	16	26	0	41	32	78
Gynécologie	40	54	56	32	26	16	45	34	77
Ophtalmologie	0	86	60	100	100	0	74	67	90
Orthopédie	11	28	25	14	4,8	1,4	19	12	66
Stomatologie	88	85	63	33	0	0	75	71	95
Urologie	33	57	38	7,1	13	0	34	23	68
Vasculaire	84	63	56	35	0	0	55	37	68
Viscéral	25	25	35	51	29	6,3	27	15	55

- (1) cette colonne représente le nombre global des séjours de moins de 6 jours ayant les caractéristiques d'un hôpital de semaine par rapport au nombre total des séjours confondus de même durée.
- (2) Cette colonne représente également le nombre global des séjours de moins de 6 jours ayant les caractéristiques d'un hôpital de semaine par rapport cette fois-ci au nombre total des séjours.

On remarque que la proportion des séjours pouvant relever d'un hôpital de semaine se trouve comprise entre ceux inférieurs à un jour et ceux de 4 jours maximum. En effet, seule la gynécologie avec 16 % de séjours a priori programmés occuperait le cinquième jour.

La stomatologie avec 71 % a presque les trois quarts de son activité en hôpital de semaine. Il en est de même avec l'ophtalmologie avec 67 %. La gynécologie, l'ORL et la chirurgie vasculaire sont elles aux alentours de 30 %.

La programmation est importante pour les disciplines telles que la stomatologie, l'ophtalmologie, la chirurgie vasculaire et l'ORL et la gynécologie puisque leurs durées de séjour intégrant les critères de l'hôpital de semaine dépassent le plus souvent 50 % sur les séjours inférieurs à 2 jours essentiellement.

Par ailleurs, la colonne relative au pourcentage des séjours confondus ≤ 5 jours par rapport au nombre total de séjours montre l'importante représentation des séjours compris entre moins d'un jour et moins de 6 jours. Le pourcentage est au-delà de 50 %. Ces chiffres pourraient

expliquer en partie les difficultés que rencontrent les équipes au quotidien dans leur organisation.

En ce qui concerne **2004**, il y a eu 661 séjours inférieurs à 6 jours présentant les caractéristiques pour un hôpital de semaine contre 2407 séjours **soit l'activité de semaine a représenté 27,44 % du nombre total des séjours** au cours des sept premiers mois de l'année.

Le tableau ci-dessous présente en détail la répartition des durées de séjour.

Tableau de répartition des durées de séjour du 1^{er} janvier au 31 juillet 2004

Spécialités chirurgicales	% séjours < 1 jour	% séjours de 1 jour	% séjours de 2 jours	% séjours de 3 jours	% séjours de 4 jours	% séjours de 5 jours	% / total des séjours confondus	% / total des séjours	% des séjours confondus ≤ 5 jours / total des séjours
ORL	31	50	49	41	29	0	43	36	85
Gynécologie	60	57	50	39	20	9,1	45	37	82
Ophtalmologie	0	86	100	0	0	0	83	77	92
Orthopédie	25	30	29	17	7,3	4,4	24	17	72
Stomatologie	100	93	100	40	0	0	82	80	98
Urologie	0	75	67	0	0	0	43	22	50
Vasculaire	47	60	50	33	38	0	52	37	70
Viscéral	42	34	49	26	38	2,4	32	18	56

(3) cette colonne représente le nombre global des séjours de moins de 6 jours ayant les caractéristiques d'un hôpital de semaine par rapport au nombre total des séjours confondus de même durée.

(4) Cette colonne représente également le nombre global des séjours de moins de 6 jours ayant les caractéristiques d'un hôpital de semaine par rapport cette fois-ci au nombre total des séjours.

Tout d'abord, il faut souligner que la proportion de séjours confondus ≤ 5 jours par rapport au total des séjours reste quasi identique à celle de 2003.

Les spécialités représentatives des séjours programmés pouvant relever d'un hôpital de semaine sont comparables à celles de 2003. Seule la chirurgie vasculaire voit une baisse de ses séjours de moins de 1 jour de 84 % à 47 %.

B/ Eléments à prendre en compte

Il est à noter que pour affiner ces données et les rendre plus précises il pourrait être utile de demander au DIM d'identifier spécifiquement les types de pathologies prises en charge au cours de ces séjours.

Enfin, l'hospitalisation de semaine nécessite que les patients soient pris au bloc opératoire en début de semaine. Pour cela la programmation du bloc doit être révisée. On rejoint dans ce cas les difficultés de la programmation de la chirurgie ambulatoire. Le projet commun permettrait de travailler simultanément sur ce domaine. Dans les deux cas, une grande rigueur devra être exigée. Une évaluation des conséquences de la mise en place d'une telle organisation devra être réalisée.

2.3.6 Des évaluations financières peu rassurantes

Dans le cadre du passage à la tarification à l'activité, une étude conjointe a été menée par le Service Financier et le DIM afin de connaître la répartition des dépenses et des recettes MCO par service pour l'année 2003. Les résultats connus depuis peu confirment les inquiétudes relatives à l'activité de la chirurgie.

Le tableau ci-dessous permet de mieux se rendre compte de la situation.

Evaluation des dépenses et recettes 2003 sur la base des tarifs 2004

Spécialités	Dépenses	Recettes	Ecart	%
Chirurgie digestive	2 804 102 €	2 295 730 €	- 508 372 €	- 22,14
Chirurgie orthopédique	3 261 163 €	3 597 328 €	336 164 €	9,34
Chirurgie vasculaire	2 168 282 €	1 249 321 €	- 918 961 €	- 73,56
Ophtalmologie	362 925 €	165 964 €	- 196 961 €	- 118,68
ORL	1 226 744 €	1 206 174 €	- 20 570 €	- 1,71
Stomatologie	806 824 €	605 674 €	- 201 149 €	- 33,21
Total	10 630 040 €	9 120 192 €	- 1 509 849 €	- 16,56

Spécialités	Dépenses	Recettes	Ecart	%
Gynécologie	2 231 173 €	2 030 461 €	- 200 713 €	- 9,89
Obstétrique	5 994 334 €	7 944 079 €	1 949 745 €	24,54
IVG	184 444 €	159 999 €	- 24 444 €	- 15,28
Total	8 409 951 €	10 134 539 €	1 724 588 €	17,02

Source : Service financier, septembre 2004

Les résultats sont éloquentes et montrent l'urgence d'agir.

La gynécologie-obstétrique se retrouve bénéficiaire mais grâce à l'obstétrique. Seule la chirurgie orthopédique voit ses recettes supérieures à ses dépenses et l'ORL est presque en

équilibre. Le déficit de la chirurgie vasculaire quant à lui confirme à priori toute la difficulté qu'aura l'hôpital à justifier cette spécialité dans l'établissement. Cette discipline très spécialisée représente certainement un service rendu à la population mais en même temps elle oblige l'hôpital à déployer d'importants moyens financiers alors qu'à 40 km de là, l'Assistance Publique de Marseille dispose de compétences et d'un plateau technique performant susceptibles d'accueillir et de prendre en charge tous les types de patients. Par conséquent, l'Etablissement ne pourra pas faire l'économie d'une réflexion à moyen terme sur le devenir de cette spécialité. Mais, au-delà de la chirurgie vasculaire, la quasi totalité de la chirurgie se trouve dans une mauvaise situation financière ce qui pousse à rechercher des solutions palliatives et dont l'hôpital de semaine pourrait être l'une d'entre elles.

2.4 La conduite de projet relative à la chirurgie

2.4.1 Une délégation limitée des compétences

Des mises au point ont été faites avec mon maître de stage au cours des Conseils de Direction, de réunions hebdomadaires et de rencontres plus informelles si nécessaire. Avant le Comité Stratégique de la mi-septembre, une réunion avec l'équipe de Direction a eu lieu afin de préparer le deuxième scénario.

2.4.2 La concertation engagée

Les visites des centres de chirurgie ambulatoire ont été effectuées en présence du Cadre Supérieur de Santé de chirurgie sur proposition du Directeur des Soins. Suite à ces visites, nous avons pu poursuivre notre collaboration ainsi qu'avec les Cadres de Santé de chirurgie pour ce qui concernait l'analyse des durées de séjour. Le but était d'obtenir le maximum d'informations objectives car il nous semblait judicieux de croiser plusieurs éléments à savoir les renseignements du service informatique, les SIIPS (Soins Individualisés à la Personne Soignée). Il s'est avéré que la tâche n'était pas aisée car d'une part des erreurs existaient du fait de SIIPS qui ne sont pas systématiquement renseignés et d'autre part ils ne permettent pas de distinguer les types de séjours.

Ce travail en commun m'a permis de constater la motivation des cadres, d'entendre leurs difficultés quotidiennes et leur aspiration à une meilleure organisation du travail. L'entrechoquement de catégories de patients qui sont au demeurant très différentes ne facilite pas la prise en charge thérapeutique au sein des services. La rotation rapide qu'entraînent des

hospitalisations en ambulatoire s'accommode mal avec la chirurgie traditionnelle en particulier dans le service de chirurgie orthopédique.

En ce qui concerne le bloc opératoire, une rencontre a eu lieu avec la Cadre IBODE et la Cadre IADE afin de les tenir informer du projet. Il faut remarquer que ces deux cadres sont en poste depuis peu (en particulier la Cadre IBODE) ce qui n'est pas un élément facilitateur pour ce type de projet. Par ailleurs, selon elles, deux difficultés se posent :

- La distribution des plages opératoires aux chirurgiens
- La possibilité de travailler sur deux salles. Cette demande émane de quelques chirurgiens afin d'éviter les temps morts. En réalité, cela se passe déjà ainsi quand la disponibilité des salles et du personnel le permettent.

Les secrétariats sont un des maillons incontournables pour la mise en place d'une organisation efficiente puisqu'ils accueillent les patients et assurent le bon déroulement de la phase précédant la sortie avec les remises des comptes-rendus anesthésiques, opératoires et les prescriptions à destination des paramédicaux libéraux. J'ai rencontré à cet effet la responsable des secrétariats médicaux pour qu'elle travaille sur des scénarii de redéploiement des secrétaires.

Ces rencontres professionnelles ont été parfois difficiles parce qu'elles se sont déroulées dans un climat d'incertitude avec des perspectives extrêmement changeantes suivant les avancées du projet. L'absence d'un comité de pilotage me semble-t-il n'a pas permis de travailler dans un climat complètement serein. Ce type de situation a favorisé la résurgence de rivalités au sein d'un même corps professionnel au travers desquelles en tant qu'élève directeur il est difficile de se faire une idée objective de la situation.

Pour finir, bien que les aspects relatifs à la logistique n'aient pas été évoqués dans ce mémoire en raison du caractère prématuré de l'étude, il est certain que la lingerie comme le service de diététique devront être associés à ce projet au cours de la deuxième phase organisationnelle. Il en va de même pour la radiologie et le laboratoire qui sont tous deux fortement impliqués dans le processus de chirurgie ambulatoire. Enfin, il va sans dire que la gestion du brancardage devra être efficiente compte tenu de la place privilégiée qu'il occupe dans ce type d'organisation.

3 PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION

3.1 Les réactions aux différents scénarii

3.1.1 Le premier scénario : la création conjointe de l'unité de chirurgie ambulatoire et de l'hôpital de semaine

A / Contenu du scénario

L'élaboration de ce scénario a fait suite à l'étude de l'activité chirurgicale. Il s'inscrit dans un cadre contraint puisque cette réorganisation devait se faire avec un redéploiement strict en personnel car les premiers résultats des analyses plaidaient en faveur d'une réorganisation globale.

Au départ, ce projet devait se dérouler en deux temps :

- La première phase devait débuter dès le mois de novembre 2004 par la mise en place de l'unité de chirurgie ambulatoire moyennant quelques travaux. Cette solution était réalisable immédiatement grâce à des lits non affectés.
- La deuxième phase était prévue pour mars 2005 avec la chirurgie vasculaire qui serait disposée au 4^{ème} nord. Ce transfert était conditionné par le départ à la retraite d'un chirurgien. Ceci aurait été possible dès novembre mais pour des raisons propres à ces chirurgiens, cette éventualité s'est avérée infaisable.

L'intérêt de ce scénario tenait au fait que le gain en personnel n'était possible que si les deux changements étaient simultanés. C'est pour cette raison, que la mise en place de ce projet a été différée en mars 2005.

Le premier tableau de la page suivante donne une lecture globale de la disposition des services et des lits proposée et le deuxième propose une grille des effectifs.

Disposition des services et des lits dans le premier scénario

Etage	Situation actuelle <i>Septembre 2004</i>	lits par $\frac{1}{2}$ étage	Situation projetée à partir de <i>Novembre 2004</i>	Situation projetée à partir de <i>Mars 2005</i>	lits par $\frac{1}{2}$ étage
4^{ème} sud	8 lits urologie médicale et chirurgicale 10 lits de néphrologie 11 lits d'ORL	29	8 lits urologie médicale et chirurgicale 10 lits de néphrologie 11 lits d'ORL	orientation médicale 15 lits pour l'uro-néphrologie médicale 9 lits de gastroentérologie	24
4^{ème} nord	23 lits de chirurgie viscérale	23	23 lits de chirurgie viscérale	Orientation chirurgicale 15 lits de chirurgie viscérale 3 lits urologie chirurgicale 8 lits de chirurgie vasculaire	26
3^{ème} sud	23 lits d'orthopédie 2 lits d'ophtalmologie	25	25 lits d'orthopédie	26 lits d'orthopédie	26
3^{ème} nord	14 lits de chirurgie vasculaire 6 (à 10) lits comme unité tampon	24	14 lits de chirurgie vasculaire 10 lits de chirurgie ambulatoire	un côté chirurgie ambulatoire : 12 lits stomatologie gastroenterologie orthopédie gynécologie Un côté chirurgie de semaine : 14 lits Orthopédie Viscéral Vasculaire ophtalmologie	26
2^{ème} sud	19 lits de gynécologie 6 lits de stomatologie 2 lits maternité	27	19 lits de gynécologie avec IVG tardives 4 lits de stomatologie 2 lits d'ophtalmologie 2 lits maternité (annexe)	15 lits de gynécologie 2 lits maternité / IVG tardives 8 lits ORL-stomato-OPH	25
2^{ème} nord	4 lits HDJ gynéco-obstétrique consultations		4 lits HDJ gynéco-obstétrique consultations		
1^{er} sud	11 lits maternité	35	11 lits maternité	21 lits maternité (en 2006 ?)	
1^{er} nord	24 lits maternité		24 lits maternité	21 lits maternité (en 2006 ?)	
1^{er} nord	6 lits de réanimation	6	6 lits de réanimation	De 6 à 8 pour la réanimation Et de 0 à 4 pour les soins intensifs	Date ?

TABLEAU DE REPARTITION DES EFFECTIFS

Etage	2ème sud	ETP	3ème sud	ETP	3ème nord	ETP	4ème sud	ETP	4ème nord	ETP
Disciplines gérées	Gynécologie, Stomatologie ORL/Ophtalmologie		Orthopédie		Chirurgie générale		Urologie, Néphrologie Gastroentérologie		Chirurgie : Viscérale, Vasculaire urologique	
Organisation	<i>Hospitalisation Temps plein</i>		<i>Hospitalisation Temps plein</i>		<i>HDJ* HDS*</i>		<i>Hospitalisation Temps plein</i>		<i>Hospitalisation Temps plein</i>	
Nombre de lits	25		26		26		24		26	
IDE matin	1 sur 7 jours	1,84	1 sur 7 jours	1,84	2 sauf SD*	2,62	1 sur 7 jours	1,84	1 sur 7 jours	1,84
IDE décalée ³	1 sur 6 jours	1,57	1 sur 6 jours	1,57			1 sur 6 jours	1,57	1 sur 6 jours	1,57
IDE après-midi	1 sur 7 jours	1,84	1 sur 7 jours	1,84	2 sauf SD	2,62	1 sur 7 jours	1,84	1 sur 7 jours	1,84
IDE nuit	1 sur 7 nuits	2,56	1 sur 7 nuits	2,56	1 sauf VSD*	1,45	1 sur 7 nuits	2,56	1 sur 7 nuits	2,56
Total IDE ETP		7,81		7,81		6,69		7,81		7,81
Dotation actuelle		8,40		7,10		7,00		8,00		7,25
réajustement		-0,60		+0,70		-0,30		-0,20		+0,50
AS matin	1 sur 7 jours	1,84	2 sur 7 jours	3,68	1 sauf SD	1,31	1 sur 7 jours	1,84	1 sur 7 jours	1,84
AS décalée ⁴	1 sur 6 jours	1,57					1 sur 6 jours	1,57	1 sur 6 jours	1,57
AS après midi	1 sur 7 jours	1,84	2 sur 7 jours	3,68	1 sauf SD	1,31	1 sur 7 jours	1,84	1 sur 7 jours	1,84
AS nuit	1 sur 7 nuits	2,56	1 sur 7 nuits	2,56	1 sauf VSD	1,45	1 sur 7 nuits	2,56	1 sur 7 nuits	2,56
Total AS ETP		7,81		9,92		4,07		7,81		7,81
Dotation actuelle		8,40		7,00		7,05		7,00		7,00
réajustement		-0,60		+2,9		-3,00		+0,80		+0,80

* HDJ (hôpital de jour), HDS (hôpital de semaine), SD (samedi/dimanche), VSD (vendredi, samedi et dimanche)

³ Un horaire décalé doit être mis en discussion, notamment pour faire face aux sorties de bloc opératoire.

⁴ Un horaire décalé doit être mis en discussion, notamment pour faire face aux repas du soir – ces 2 horaires décalés ne doivent pas arriver à la même heure. Dans cette hypothèse, le secteur de chirurgie deviendrait autonome en ce qui concerne la gestion des effectifs.

Pour faire face au manque de personnel, la solution consistait à optimiser les effectifs avec l'hôpital de semaine. Cette proposition bien que n'étant pas idéale car elle ne permettait pas d'affecter du personnel propre à l'unité offrait quand même la possibilité de fonctionner. Il faut souligner que lors de la proposition de ce scénario, les évaluations financières par service n'étaient pas encore connues. Elles ont été rajoutées dans ce mémoire au dernier moment.

B/ Les réactions des chirurgiens

Le Président de la CME et certains chirurgiens concernés par la chirurgie ambulatoire ont découvert le contenu de cette étude lors de cette réunion. A l'origine, ce projet devait être considéré comme un document de travail mais lors de la présentation il est apparu comme un projet finalisé. Et ce d'autant plus qu'une communication auprès des différentes instances était prévue sous trois semaines ainsi qu'une réunion à la DDASS avec les Médecins Conseils de la Sécurité Sociale. Les chirurgiens ont donc été d'une certaine manière pris au dépourvu. Il s'en est suivi un rejet de l'hôpital de semaine au motif principal qu'il ne procurerait tout d'abord aucune amélioration dans la gestion des patients, qu'ensuite se posait la question de la désignation du responsable du service (responsabilité répartie par spécialité suivant les jours de la semaine ?). Par contre, un consensus sur le commencement de la chirurgie ambulatoire en mars 2005 a été trouvé.

Lors de la réunion, il a également été question du manque de personnel nécessaire à l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire. Certains chirurgiens se sont proposés de réfléchir à une réorganisation de leur service suivant la lourdeur chirurgicale du patient. Cette démarche permettrait le cas échéant de redéployer des effectifs vers ce service.

3.1.2 Un deuxième scénario plus consensuel respectant le Plan Directeur

A / Contenu du deuxième scénario

La semaine qui a suivi cette réunion c'est-à-dire à la mi-septembre, un Comité Stratégique devait se tenir. L'équipe de Direction a préparé un deuxième scénario qui tenait compte du Plan Directeur et donc de la future organisation des services. Ce scénario avait pour objectif d'être beaucoup plus consensuel et rassurant puisqu'il n'implique quasiment aucun changement. Le problème du personnel restait dans ce cas de figure aussi prégnant. Cependant, le but consistait malgré tout à présenter le premier scénario.

Le tableau de la page suivante rend compte de la disposition du service de chirurgie ambulatoire tel que défini dans le cadre du Plan Directeur.

Centre Hospitalier de Martigues : Plan Directeur

	Extension	Bâtiment central			
	Tour EST	Aile SUD	Aile NORD		Dominante
7 ^{ème}	Hôpital de jour de médecine 13 places	Néonatalogie Consultation pédiatrique 10 lits	Pédiatrie 20 lits Adolescents 2 lits		PEDIATRIE
6 ^{ème}	Consultations de médecine interne Bureaux médicaux	Médecine interne UMA 40 lits	Aile disponible		MEDECINE INTERNE
5 ^{ème}	Consultations et explorations Cardio-vasculaires	Cardiologie 24 lits USIC 6 lits ⇒ 8 lits	Chirurgie vasculaire 14 lits Ophtalmologie 2 lits		CARDIO-VASCULAIRE
4 ^{ème}	Consultations pneumologie Consultations pôle digestif	Pneumologie 22 lits	Gastroentérologie 9 lits Chirurgie viscérale 22 lits		DIGESTIF
					PNEUMOLOGIE
3 ^{ème}	Consultations uro-néphrologie Consultations psychologie médicale Consultations ORL/stomatologie/ophtalmologie	Urologie 7 lits Néphrologie 10 lits ⇒ 19 lits Soins intensifs néphrologie 4 lits	Chirurgie ambulatoire 10 lits	Unité de psychologie médicale	URO-NEPHROLOGIE
2 ^{ème}	Consultations orthopédie Urgences gynéco-obstétrique Hôpital de jour obstétrique 4 places	ORL/stomatologie 10 lits Gynécologie 15 lits 3 lits réservés pour l'obstétrique	Orthopédie 26 lits		ORTHOPEDIE
					GYNECOLOGIE
1 ^{er}	Consultations et bureaux Gynécologie obstétrique	Obstétrique 21 lits	Obstétrique 21 lits		OBSTETRIQUE

Au cours de ce comité, le premier scénario a été à nouveau refusé. Afin de sortir de cette impasse, le deuxième scénario a été présenté et accepté. Pour pallier le manque de ressources humaines, le Président de la CME a évoqué une procédure de contractualisation qui permettrait dans le cas où le volume d'actes chirurgicaux en ambulatoire serait conséquent d'affecter le surplus de moyens à ce service. Cependant, cette hypothèse bien qu'intéressante ne donnera pas de résultats avant quelques mois. Elle s'inscrit donc dans une vision à plus long terme.

L'élaboration du Règlement Intérieur de l'unité de chirurgie ambulatoire a été prévue pour les mois d'octobre/novembre 2004.

Une réflexion plus approfondie sera menée pour ce qui concerne les durées de séjour. Il est apparu que les chirurgiens se sont montrés dans les apparences tout au moins disposés à rechercher des solutions organisationnelles pour dégager des moyens en personnel. La voie est donc ouverte pour une reprise du dialogue.

3.2 Vers la recherche d'un modèle de décision partagée

3.2.1 La recherche d'une baisse d'asymétrie des positions des partenaires

Le monde hospitalier fait intervenir des acteurs aux logiques quelquefois différentes et qui pourtant ont un objectif commun : le service rendu au patient. S'il y a encore peu de temps, ces logiques s'opposaient quasi systématiquement, aujourd'hui, il apparaît nécessaire et juste qu'elles soient complémentaires. Il y a une forme d'autorégulation d'une logique par rapport à une autre. Le système évoluant principalement dans un monde de contraintes, il est bon que chacun entende et surtout comprenne la réalité de l'autre. Le but est en quelque sorte de sortir « gagnant-gagnant » de façon à ce que les uns comme les autres n'aient pas l'impression d'avoir été brimés ou laissés de côté. C'est cette recherche d'un équilibre entre les parties qui garantira la pérennité des relations dans les hôpitaux.

Les raisons qui peuvent pousser parfois vers un début d'asymétrie sont obscures ou relèvent parfois plus d'une impatience à obtenir ce que l'on veut, et/ou sont en lien avec l'échec d'une précédente situation. Plus simplement, c'est lorsque réapparaissent les luttes de pouvoir que la notion de concertation partagée est remise en question. La question est de savoir comment parvenir à instaurer et surtout restaurer un climat de confiance ? Toute la difficulté est là. Comment préserver les identités de chacun ? Comment lorsque l'on est gestionnaire peut-on

trouver un compromis entre les objectifs poursuivis et les moyens pour y parvenir ? Autant d'interrogations qui ne se limitent pas et ne se contentent pas d'une réponse théorique seule.

Il me paraît tout d'abord essentiel de ne pas faire l'économie d'un temps de réflexion plutôt que de compromettre une relation avec des partenaires. Le monde hospitalier, il est vrai, est habitué à fonctionner dans l'urgence et au gré des changements d'orientations politiques ce qui complique considérablement toute gestion et donne une visibilité à long terme parfois bien floue.

Ensuite, réunir les acteurs en présence concernés par l'objectif fixé de manière à ne pas les surprendre et leur donner ainsi l'impression que leur avis est sans importance. Il est aussi certain que l'on peut avoir l'impression ou la certitude qu'un projet provoque des résistances et que sans une décision « choc » il n'existe pas de prise de conscience. C'est une méthode de « passage en force » qui peut donner des résultats mais qui peut aussi altérer durablement les relations.

Le plan « Hôpital 2007 » a fait émerger le concept de « gouvernance » dans les hôpitaux qui repose sur un partage de l'information et une collaboration étroite entre l'équipe de Direction et le Bureau de la CME mais pas exclusivement. Le Comité Stratégique en émane. Il convient donc que ce dernier puisse jouer pleinement son rôle c'est-à-dire réfléchir et décider des orientations importantes de l'établissement. L'avantage de ce Comité est d'apporter une légitimité à la décision de manière à ce qu'elle s'impose d'elle-même à l'ensemble des professionnels. De cette légitimité, la mise en œuvre de la décision s'en trouve facilitée.

Par conséquent, lorsque les relations deviennent tendues, des solutions doivent être rapidement trouvées pour renouer le dialogue.

3.2.2 Propositions pour renouveler le débat

Les difficultés que l'on peut rencontrer et les « crises » qu'elles génèrent parfois sont aussi une source d'enseignement. Une fois les idées de chacun exprimées, il est possible de renouer le dialogue. Dans le cas présent du CH-Martigues, il suffit que les chirurgiens se réapproprient le projet. Leur accord unanime sur la mise en place de la chirurgie ambulatoire en mars 2005 donne l'occasion de repartir sur des bases saines. Ce projet en effet, est loin d'avoir abouti. Les relations avec la médecine de ville sont à penser, le Règlement Intérieur de l'unité est à concevoir et le personnel paramédical doit être choisi et formé aux spécificités de ce mode de prise en charge.

Dans un premier temps, les créations d'un Comité de pilotage et de groupes de travail semblent incontournables pour fixer à la fois la marche à suivre et valider chacune des avancées du projet. L'hôpital concentre bien trop de rivalités pour pouvoir atteindre sereinement ses objectifs, ce que j'ai eu l'occasion de vérifier au cours de la première phase de ce projet. De plus, cela permet de prendre en compte les propositions y compris divergentes des différents acteurs. La légitimité d'une pensée ne provenant pas ainsi systématiquement de la fonction occupée par la personne.

Dans un deuxième temps, proposer aux chirurgiens de prendre en main la communication de la création de l'unité à destination des médecins de ville. L'hôpital manque d'une communication efficace avec l'environnement extérieur. Un guide médical de l'établissement est à l'étude et une trame doit être présentée à la CME courant octobre. Ce dernier pourra donc servir de base de travail. Pour ce faire, les chirurgiens doivent s'impliquer tout en étant accompagnés dans leur démarche. Comme la soulignait l'enquête téléphonique auprès des médecins libéraux, ces derniers ont des attentes très fortes tant en ce qui concerne l'information que la formation. Ce sont deux axes qui méritent d'être approfondis et qui pourraient relancer notamment les enseignements post-universitaires. Or, il manque aujourd'hui un effet d'entraînement.

La communication en interne ne doit pas être ignorée. Elle est déjà réalisée à travers « Infoflash » qui est un bulletin d'information de l'hôpital. Il s'agit donc de maintenir informer les agents sur le déroulement de la situation. Mais elle s'effectue également à travers des réunions de cadres avec l'équipe de Direction tous les trois mois environ et avec les rencontres entre la Direction et les syndicats.

En ce qui concerne le Règlement Intérieur, les heures d'ouverture de la structure, l'exactitude du circuit du patient, le fonctionnement du bloc opératoire, la formation du personnel, la surveillance et les conditions de sortie sont à définir. Cette phase peut s'avérer délicate car elle demande une harmonisation et une définition exacte du bon déroulement attendu de la prise en charge.

Enfin, le manque de ressources humaines pourrait se résoudre tout d'abord à travers une rationalisation des effectifs et grâce à une augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire. Cette dernière est amenée à prendre de l'essor, on peut donc raisonnablement penser que cette chirurgie incitera à réaliser des actes en ambulatoire qui sont aujourd'hui effectués traditionnellement. Ceci permettrait de diminuer l'hospitalisation traditionnelle et de récupérer des moyens en personnel.

Puis, pour que ces actions soient effectuées, un calendrier est nécessaire ainsi qu'une priorisation des démarches. Le Comité de Pilotage réuni à l'initiative du Directeur déterminera qui fait quoi, à quel moment, avec quels moyens, et selon quelle méthodologie. A chaque étape du projet le Comité de Pilotage validera les actions/propositions. Cette validation donnera lieu par la suite à une mise en application sous réserve de l'accord du Directeur et des instances.

CONCLUSION

A ce jour, l'atteinte des objectifs du projet est partielle mais la réflexion se poursuit et les instances seront amenées à se prononcer sur la question.

Le CH-Martigues appartient à cette catégorie d'établissements de dimension moyenne dont la chirurgie est souvent considérée comme le talon d'Achille. Situé dans une zone sanitaire où l'offre de soins est dense, l'hôpital doit trouver les moyens nécessaires pour consolider sa chirurgie et assurer sa pérennité. Toutefois, la conservation voire le développement de la chirurgie ne doit pas se faire à n'importe quel prix. Face à l'excès de confiance que peuvent avoir certains chirurgiens en l'avenir, le Chef d'Établissement doit parfois procéder à des mises au point voire prendre des décisions paraissant peu concertées puisqu'il reste le seul maître à bord quand des risques de dérive deviennent importants. Cet établissement doit donc trouver sa juste place dans un environnement qui est de plus en plus concurrentiel.

C'est pour cela que travailler sur ce thème de la chirurgie fut un sujet difficile à traiter mais enrichissant. En tant qu'élève, ce mémoire m'a permis de mesurer pleinement les difficultés que l'on peut rencontrer dans le recensement d'informations exploitables en vue de les analyser. Et, surtout comment appréhender avec justesse une problématique prêtant à dissensions, comment continuer à s'engager alors que le projet provoque des réactions vives, comment rebondir après et trouver une issue satisfaisant l'ensemble des parties.

Un autre aspect qu'il m'a été donné d'apprécier est cette capacité d'adaptation et de réactivité que l'on doit avoir pour atteindre ses objectifs alors que le monde de la santé est extrêmement changeant. Du jour au lendemain, les orientations nationales évoluent dans un sens autre que celui prévu initialement. C'est le cas de la tarification à l'activité qui sera appliquée dans sa globalité au secteur privé au 1^{er} janvier 2005 alors que le secteur public après avoir élaboré des stratégies se retrouvera au même moment avec seulement 50 % de son budget en tarification à l'activité et l'autre moitié en budget global. Les perspectives envisagées sont donc partiellement à redéfinir. De nombreux Chefs d'Établissement pensaient que cette nouvelle tarification faciliterait la responsabilisation des acteurs et stimulerait les équipes médicales mais chacun de ces revirements de situation agit de manière négative sur les gestionnaires comme sur les soignants au sens large du terme. Ce manque de lisibilité et de visibilité épuise et décourage. Les hôpitaux publics semblent parfois condamner à voir leurs marges de manœuvre toujours plus réduites alors qu'il existe une réelle volonté chez la plupart des catégories professionnelles d'améliorer leurs conditions de travail tout en cherchant à augmenter la rentabilité de l'établissement. Cette exigence de rentabilité doit être d'ailleurs nuancée d'avec celle du

secteur privé car l'hôpital public doit exercer des missions spécifiques qui ne lui garantissent pas toujours un gain financier.

Devant ce discours peu enthousiaste, ce qui me semble évident est la place que l'hôpital public doit prendre dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Cette chirurgie ne peut que se développer car elle est véritablement tournée vers les attentes tant des usagers que de l'ensemble des pouvoirs publics. Les durées moyennes de séjour diminuent, les actes chirurgicaux sont de moins en moins invasifs avec pour conséquence une meilleure récupération des patients. Dans le contexte déficitaire de l'Assurance Maladie, la chirurgie ambulatoire semble promise à un bel avenir !

Bibliographie

OUVRAGES

« La chirurgie ambulatoire, gestion, organisation, économie » sous la direction de Jean-François SCHUHL, 2000, Ed. Sauramps médical

MEMOIRES

« Le développement de la chirurgie ambulatoire et ses conséquences sur la qualité de la prise en charge », Mémoire MIP, Rennes, ENSP 2002, 25 p.

MASSIP, Sébastien «Analyse du développement de la chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse : de l'orientation stratégique aux modalités de mise en œuvre », Mémoire EDH, Rennes, ENSP 2001, 108 p.

DUBOIS LEPAND, Sophie « La chirurgie ambulatoire au CH de Coulommiers : une opportunité à saisir pour l'hôpital public », Mémoire EDH, Rennes, ENSP 2001.

ROBINEL, Viviane « La chirurgie ambulatoire au CH de Lamentin : chronique d'une naissance annoncée, Mémoire EDH, Rennes, ENSP 2000, 77 p.

RAPPORTS

« La chirurgie française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions », Pr J. DOUMERGUE et Pr H. GUIDICELLI, février 2003.

« Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire », Programme National Inter-Régimes, septembre 2003.

ARTICLES

SOURTY LE GUELLEC, Marie-Jo, « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », Questions d'économie de la santé, 2002, n° 50, 6 p.

SALES, JP, L'HUILLIER, MC, « La chirurgie ambulatoire : un espace pour de nouveaux comportements », Revue Hospitalière de France, mai-juin 2000, n° 3, p 48-50.

SALES, JP, « Problématique du taux de change et points ISA », Revue Hospitalière de France, mai-juin 2000, n° 3, p 57-59.

TEXTES LEGISLATIFS

Loi n°91-748 portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991.

Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L.712-10 du code de la santé publique (structures de soins alternatives à l'hospitalisation).

Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du code de la santé publique.

Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-9 (3°) de ce même code.

Arrêté du 12 novembre 1992 explicite les modalités de déclaration des structures.

Arrêté du 7 janvier 1993 définit les caractéristiques du secteur opératoire en chirurgie ambulatoire.

Lettre-circulaire DH/EO 3-101 du 3 février 1994 relative aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Décret n° 97-1165 du 16 décembre 1997 relatif aux conditions de réalisation de l'évaluation prévue à l'article L.712-12-1 du code de la santé publique et modifiant ce code.

Circulaire DGS-SPS1-VS1/DSS-1A/DH-EO-AF2/97-790 du 16 décembre 1997 relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale (priorité de santé publique du développement ambulatoire).

Arrêté du 18 mai 1998 créant un traitement automatisé national d'informations médico-économiques destiné à améliorer la classification de groupes homogènes de malades du programme de médicalisation du système d'information dans sa partie traitant de l'activité d'hospitalisation dite « ambulatoire ».

Décret n°99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 31 mai 1999 relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou de renouvellement d'autorisation d'une structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

SITES INTERNET

www.afca.fr

www.anaes.fr

www.credes.fr

www.sante.gouv.fr

www.chu-montpellier.fr

www.fehap.fr

www.gerhnue.fr

www.ameli.fr

Liste des annexes

Annexe n°1 : Questionnaire relatif aux médecins de ville et à la chirurgie ambulatoire

Annexe n°2 : Questionnaire relatif à l'activité de chirurgie ambulatoire

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE RELATIF AUX MEDECINS DE VILLE ET A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Le Centre Hospitalier de Martigues souhaite mettre en place une unité de chirurgie ambulatoire. Une enquête ayant déjà été réalisée en avril 2003 sur la satisfaction des médecins de ville, celle-ci porte plus précisément sur la chirurgie ambulatoire. Nous vous remercions pour votre participation.

Nom du médecin :

- 1) Souhaiteriez-vous être associé à la décision d'une intervention en chirurgie ambulatoire (principalement lorsqu'il s'agit de personnes en situation peu compatible avec ce type d'acte) ?

Oui ☐ Non ☐

- 2) Quelles sont vos attentes lorsqu'un patient fait l'objet d'une prise en charge en ambulatoire ?

Critères de choix (certitude que l'acte sera bien réalisé par le Dr « x », que le médecin sera facilement joignable, ...) :

.....
.....
.....
.....
.....

Après l'intervention (délai acceptable pour un compte-rendu, fax ...) :

.....
.....
.....
.....
.....

- 3) Souhaiteriez-vous recevoir une information spécifique sur la chirurgie ambulatoire ?

Oui ☐ Non ☐

- 4) Si oui, sous quelle forme ?

- enseignement post universitaire (EPU) ☐
- livret d'information ☐
- livret d'information et EPU ☐

- Autres :

**ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ACTIVITE DE CHIRURGIE
AMBULATOIRE**

CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES
--

Dans le cadre de la mise en place de l'unité de chirurgie ambulatoire, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire qui nous permettra de mieux identifier vos besoins.

Retour de courrier au secrétariat du bloc opératoire avant le 7 SEPTEMBRE 2004.

Quel volume d'activité hebdomadaire souhaiteriez-vous réaliser ?
--

< ou = 4 actes ☐

4 à 8 actes ☐

Autres

Pour quels types d'actes ?

Qu'attendez-vous d'une telle structure en terme d'amélioration de vos pratiques actuelles ?

NOM :

Spécialité :

Date :

Signature