
Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **Octobre 2018**

**L'accélération du virage ambulatoire
en chirurgie au CHU de Bordeaux:
les nouveaux enjeux**

Elodie LAPLANCHE

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie chaleureusement Pascale Henry, ma maître de stage.

Durant ces deux années de formation, tu m'as accompagnée dans mon évolution professionnelle. Grâce à tes conseils, ton écoute, ta disponibilité et ta confiance, j'ai pu évoluer vers mon nouveau positionnement. Dès le premier jour, tu m'as intégrée comme une collègue en me confiant des missions passionnantes et enrichissantes. L'autonomie offerte m'a permis d'apprendre plus vite et de gagner confiance en moi dans ces nouvelles fonctions.

Je remercie aussi l'équipe managériale du pôle Chirurgie du CHU de Bordeaux.

Professeur Vital, mesdames Duclaud et Osella, vous avez été toujours disponibles pour nourrir ma curiosité. Votre accueil bienveillant et professionnel et l'ensemble de nos échanges ont conforté chaque jour les qualités humaines des professionnels de santé et leur engagement au bénéfice du patient.

Carmen, je te remercie pour ton entière disponibilité durant ces huit mois. Nombreux ont été les travaux menés ensemble. Par ta connaissance du pôle et du CHU, l'accès aux informations et aux outils a été tellement facilité. Ta réactivité et ton investissement m'ont été précieux.

Je souhaite également remercier tous les professionnels mobilisés autour de l'unité de chirurgie ambulatoire. Nos échanges ont enrichi mes réflexions décrites dans ce mémoire et m'ont confortée que les professionnels de terrain sont porteurs d'idées novatrices et toujours mobilisés.

Enfin, j'élargi mes remerciements à toutes les personnes avec qui j'ai travaillé au quotidien ces derniers mois et notamment l'équipe de direction du Groupe Hospitalier Pellegrin pour la formidable ambiance de travail. Le terme équipe à tout son sens.

Sommaire

Introduction	6
1 La chirurgie ambulatoire au pôle Chirurgie du CHU de Bordeaux.....	11
1.1 Une unité de chirurgie ambulatoire dédiée qui fera peau neuve au premier semestre 2019.....	11
1.1.1 Le taux de chirurgie ambulatoire est encore loin de l'objectif fixé pour 2020 mais l'augmentation observée ces dernières années est encourageante	11
1.1.2 L'architecture et l'agencement de l'UCA : un nouveau pallier pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire	15
1.1.3 L'étude du dimensionnement capacitaire a conduit le pôle à doubler sa capacité opératoire et son nombre de places	18
1.2 L'analyse stratégique du pôle : éclairage de sa position dans le virage ambulatoire.....	20
1.2.1 L'identification et l'analyse des forces et des faiblesses du pôle Chirurgie .	20
1.2.2 Les opportunités et les menaces extérieures au pôle Chirurgie.....	25
2 Les leviers pour poursuivre le virage ambulatoire et optimiser l'utilisation de l'unité de chirurgie ambulatoire du pôle	29
2.1 Changer de paradigme : « une nuitée à l'hôpital doit être une nécessité médicale ou sociale et non plus une habitude »	30
2.1.1 Orienter les réflexions vers une optimisation des parcours patients	30
2.1.2 Prévoir une augmentation progressive des vacations ambulatoires au fur et à mesure de la montée en charge de l'activité.....	35
2.1.3 Renforcer le pilotage du virage ambulatoire	37
2.2 Une réflexion plus large est nécessaire au regard de l'objectif de 70% de taux de chirurgie ambulatoire	39
2.2.1 Les organisations spatiales et humaines doivent dissocier le soin de l'hébergement	40
2.2.2 La nécessité de se réinterroger sur les besoins du patient à son retour au domicile dans un objectif de taux de chirurgie ambulatoire de 70%.....	42

2.2.3 Les plateformes territoriales d'appui et le numérique peuvent favoriser le suivi des patients et la coordination des acteurs pour les cas les plus complexes43

Conclusion.....	45
Bibliographie.....	47
Liste des annexes.....	I
Annexe 1	II
Annexe 2	III
Annexe 3	IV

Liste des sigles utilisés

AFAC : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ARS : Agence régionale de santé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
GHM : Groupe homogène de malades
GHT : Groupe hospitalier de territoire
HAD : Hospitalisation à domicile
IGAS : Inspection générale des affaires sanitaire et sociales
IGF : Inspection générale des finances
ONDAM : Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
PMSI : Programme médicalisé du système d'information
SSPI : Salle de surveillance post-intervention
TSN : Territoire santé numérique
UCA : Unité de chirurgie ambulatoire

Introduction

Le ministère de la santé, par l'instruction DGOS du 28 septembre 2015, a souhaité préciser les objectifs et les orientations du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020 et ainsi que les attendus pour chaque région. Un rythme de progression de 2.2 à 2.9% par an est défini au niveau national, conduisant à une cible nationale de 66.2% à l'horizon 2020. Malgré l'augmentation constante de l'activité ambulatoire, l'objectif fixé pour 2017 n'est pas atteint. Ce mode de prise en charge des patients représente 54% des chirurgies pour un objectif de 57.6%.

Pour autant, les pouvoirs publics souhaitent que cette transformation de l'offre de soin se poursuive. Lors des entretiens de Bichat du jeudi 5 octobre 2017, la ministre de la santé a annoncé un objectif de 70% d'ici 2022. Comme le titre l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, le « *Taux de chirurgie ambulatoire de 2017 : un ralentissement de sa croissance qui interroge sur l'objectif de 70% en 2022* ». ¹

La cible fixée par les pouvoirs publics est toujours plus ambitieuse d'année en année. Par le développement de la chirurgie ambulatoire, plusieurs objectifs sont attendus. Il y a d'une part l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par la réduction des infections nosocomiales et l'amélioration de la maîtrise des risques. D'autre part, l'organisation optimisée de l'activité et la diffusion de bonnes pratiques qui ont un impact positif par une baisse généralisée des durées de séjour. In fine, il s'agit d'apporter une prise en charge sécurisée et de grande qualité sur une durée maximale d'hospitalisation de 12h avec des moyens dédiés. L'ensemble de ces objectifs conduit nécessairement à une baisse des coûts par une restructuration de l'offre de soin. L'hospitalisation conventionnelle devra devenir une alternative à la prise en charge ambulatoire, et non plus l'inverse. Cette transformation du visage hospitalier vise également à la maîtrise des dépenses de santé dans un contexte économique difficile alors que les besoins de santé progressent.

Certains pays européens comme le Danemark et la Suède ont un taux de 90% de séjours chirurgicaux sans nuitée. C'est vers ce modèle d'offre de soins que la France souhaite évoluer. Le défi est alors de transformer son système de santé, historiquement centré autour de secteurs d'hospitalisation conventionnelle. L'hospitalisation se caractérise par une entrée à l'hôpital la veille de l'acte opératoire et se poursuit jusqu'à que le patient n'ait plus besoin de soins ou se sente en capacité de retourner à son domicile. La contrainte de la durée d'hospitalisation n'existait pas et sa diminution n'était

¹ Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), « Taux de chirurgie ambulatoire de 2017 : un ralentissement de sa croissance qui interroge sur l'objectif de 70% en 2022 », Juin 2018

pas un objectif. Les différents modèles de financement des établissements de santé n'ont pas non plus incité à évoluer. Que cela soit la tarification à la journée ou le budget global, la performance n'était pas recherchée ni par la structure ni par les pouvoirs publics.

Cette transformation implique une révolution culturelle à l'hôpital. Les défis sont alors nombreux à relever. Il y a tout d'abord la résistance au changement fondée sur le sentiment d'une régression de la qualité et de la sécurité des soins au profit d'un objectif de rentabilité. Puis, il y a les freins liés aux organisations historiques au sein des établissements de santé, conjugués à des difficultés financières.

La volonté des pouvoirs publics s'est manifestée dès 1992 avec les premières autorisations sur ce mode de prise en charge. Ce système d'autorisation étant devenu trop rigide, une plus grande liberté est laissée progressivement aux structures sur le nombre de places pour en favoriser la progression. Par ailleurs, pour les établissements de santé autorisés à une activité de soins de chirurgie ambulatoire, outre le principe que cette activité doit obligatoirement être réalisée dans une unité identifiée avec une équipe, des locaux et du matériel dédiés, le cadre réglementaire² s'est largement assoupli pour en favoriser le développement.

L'évolution peu significative de l'activité ambulatoire a conduit les ministres successifs à mettre en place de nouveaux dispositifs, essentiellement financiers. En premier lieu, il y a eu la mise sous entente préalable (MSAP) d'une liste limitative de gestes marqueurs. Pour ces gestes évalués comme des actes relevant d'une hospitalisation en ambulatoire, une demande préalable de prise en charge auprès de l'assurance maladie est nécessaire en cas d'hospitalisation conventionnelle. Ce dispositif s'est accompagné de la mise en œuvre d'une tarification unique sur certains séjours. Pour le même acte opératoire, sans complication ni comorbidité, les séjours ont la même valorisation quel que soit la durée de séjour. Ce dispositif a eu un fort impact financier pour les établissements qui ont vu une dégradation de leur résultat. A iso activité et sans modification des organisations internes en faveur d'une hospitalisation sans nuitée, les recettes diminuent alors que les coûts restent identiques.

Ces mesures nationales voulues incitatives pour poursuivre le virage ambulatoire ont pourtant créé de la confusion auprès des professionnels de santé. L'objectif de l'ambulatoire n'est-il pas purement médico-économique ? La contractualisation d'un objectif de taux de chirurgie ambulatoire avec les agences régionales de santé (ARS) à travers le contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) vient par ailleurs accentuer ce sentiment.

² Articles D.6124-301 à 305 du code de la santé publique

La chirurgie ambulatoire est devenue un des sujets phares des établissements de santé avec une volonté institutionnelle de plus en plus marquée pour transformer l'offre de soins à l'image des pays anglo-saxons. Au CHU de Bordeaux, cette volonté est retranscrite au travers du projet d'établissement et en particulier dans l'orientation stratégique n°3 intitulée « Définir et mettre en œuvre une politique ambitieuse de développement des alternatives à l'hospitalisation et de suppression concomitante de lits d'hospitalisation complète ». Le contrat d'objectif et de moyens (CPOM) fixe un taux global de chirurgie ambulatoire pour le CHU de Bordeaux de 44%³ à l'horizon 2020. Parti d'un taux de 31.4% en 2016, l'évolution annuelle attendue est de deux points par an. Cet objectif a été décliné dans chacun des pôles dans le cadre des contrats de pôle et ajusté au regard des spécialités composant le pôle. Mais aussi de leur niveau d'avancement dans le virage ambulatoire et du potentiel de transférabilité des séjours conventionnels vers l'ambulatoire.

Le pôle Chirurgie, objet de ce mémoire, regroupe l'ensemble des services d'orthopédie-traumatologie, d'urologie, de vasculaire, de neurochirurgie et une partie de digestif du CHU de Bordeaux. Ces spécialités ont une activité d'hospitalisation de près de 18 000 séjours et 52 500 consultations externes en 2017. L'offre de soins du pôle est principalement basée sur une hospitalisation conventionnelle (92% des capacités offertes). En parallèle de ces 296 lits, le pôle dispose de 24 places pour son activité ambulatoire dont 20 sont situées dans une unité de chirurgie ambulatoire dédiée et 4 en hôpital de jour.

Comme au plan national, l'activité ambulatoire est nettement plus dynamique que l'ensemble de l'activité chirurgicale. Et cela témoigne de la transformation des modes de prise en charge au sein de l'établissement. Pour autant, le taux de chirurgie ambulatoire reste relativement faible (20% au premier semestre 2018). A l'image de la dynamique fixée au plan national, le pôle doit poursuivre un rythme de croissance soutenu pour atteindre un taux de chirurgie ambulatoire de 30% à l'horizon 2020.

Pour cela, le CHU de Bordeaux a souhaité accompagner les professionnels de santé en leur offrant les moyens nécessaires à l'accélération du virage ambulatoire. « La prise en charge dans le délai de 12 heures nécessite une organisation nouvelle, centrée autour du patient. Cette nouvelle donne nécessite des locaux repensés et des équipes formées à l'organisation des prises en charge en ambulatoire »⁴. Le récent guide de

³ Taux actualisés en application de l'instruction DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

⁴ Rapport IGAS et IGF, « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », Juillet 2014, page 1

l'ANAP⁵ ainsi que les témoignages des établissements⁶ mettent en évidence le rôle crucial de l'architecture des unités de chirurgie ambulatoire dans le développement de cette prise en charge.

L'accélération du virage ambulatoire conduit les établissements à engager d'importants investissements pour faire évoluer leurs structures d'accueil et ne pas freiner la dynamique. Outre la nécessité d'accroître les capacités d'accueil, les établissements cherchent à optimiser l'aménagement de ces structures pour les adapter aux nouveaux enjeux organisationnels autour des parcours et des circuits patients. Des interventions plus complexes sont aujourd'hui prises en charge en ambulatoire et font émerger la nécessité de dissocier les circuits en fonction de l'autonomie des patients avant et après l'acte chirurgical et les besoins de surveillance post-opératoire que cela soit à la sortie immédiate du bloc opératoire (salle de réveil) ou dans l'espace soins (box, lits). L'objectif est de continuer d'offrir une organisation autour du patient et de l'hospitaliser pour le temps jugé nécessaire médicalement.

L'enjeu architectural répond au nouveau défi organisationnel des unités ambulatoires et le CHU de Bordeaux a acté la transformation intégrale de son unité de chirurgie ambulatoire (UCA) en ce sens. L'enjeu est double : optimiser les circuits patients lors de leur prise en charge et se doter d'un dimensionnement permettant d'accueillir les besoins futurs en termes de volume d'activité. Pour autant, la nouvelle UCA ne permettra pas à elle seule d'accélérer le virage ambulatoire. Pour atteindre l'objectif de 30% des séjours sans nuitée d'ici 2020, le pôle devra poursuivre sa réflexion pour transférer les séjours d'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire. Nécessairement, le pôle devra étendre cette prise en charge à de nouveaux actes et à de nouveaux profils de patients.

Ainsi, dans quelle mesure cette nouvelle unité peut être un levier pour accélérer le virage ambulatoire du pôle ? Comment accompagner la montée en charge progressive du transfert de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire dans un objectif d'équilibre médico-économique ? Quels sont les autres leviers qui permettraient au pôle d'accélérer le virage ambulatoire ? Comment accompagner les professionnels vers cette accélération de la transformation de l'offre de soins ? Et plus largement, quelles sont les conditions nécessaires pour atteindre l'objectif national de 70% de chirurgie en ambulatoire à l'horizon 2022 ?

⁵ ANAP, « Conception et création d'une unité ambulatoire » – Repères méthodologiques, Décembre 2017

⁶ Gestion Hospitalière, « Au commencement était ... l'ambulatoire ! », décembre 2015, N°551

Nous aborderons tout d'abord le projet de transformation de l'unité de chirurgie ambulatoire du pôle chirurgie, en tant qu'opportunité pour repenser ses modes d'hospitalisation et adapter les locaux à une organisation optimale et sécurisée des parcours patients. Enfin grâce à l'analyse stratégique du pôle, aux échanges avec les professionnels de santé et les expériences des autres établissements, nous poursuivrons sur les actions et les projets qui peuvent être nécessaires pour permettre d'accélérer le virage ambulatoire au sein des établissements de santé.

1 La chirurgie ambulatoire au pôle Chirurgie du CHU de Bordeaux

Ce mémoire se fonde sur le projet de reconstruction de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) du pôle Chirurgie dont la réflexion a débuté en 2016. Son ouverture est prévue au premier semestre 2019. Dans ce contexte, il convient tout d'abord de présenter l'activité ambulatoire du pôle et le projet architectural et organisationnel de cette future unité (1.1). La deuxième partie portera sur l'analyse stratégique du pôle dans un objectif d'identifier les leviers et les freins pour poursuivre le virage ambulatoire et optimiser la future unité (1.2).

1.1 Une unité de chirurgie ambulatoire dédiée qui fera peau neuve au premier semestre 2019

L'activité ambulatoire est en constante progression ces dernières années. Elle est prise en charge au sein de l'UCA qui dispose de vingt places et d'un bloc dédié de deux salles d'opération (1.1.1). Le CHU de Bordeaux, soutenu par l'Agence régionale de santé (ARS), s'est engagé dans la restructuration complète de cette unité. Elle a pour objectif de permettre un aménagement des locaux. Ils doivent s'adapter aux nouveaux enjeux organisationnels autour des parcours et des circuits patients (1.1.2). L'étude sur le dimensionnement capacitaire a mis en évidence la nécessité de doubler le nombre de salles d'opération et de places (1.1.3).

1.1.1 Le taux de chirurgie ambulatoire est encore loin de l'objectif fixé pour 2020 mais l'augmentation observée ces dernières années est encourageante

Le pôle Chirurgie du CHU de Bordeaux a pour objectif d'accroître sa part d'ambulatoire afin d'atteindre 30% à l'horizon 2020. Lors du lancement du projet fin 2015, elle était seulement de 14,4%. Nous observons, au même titre qu'à l'échelle nationale, que l'activité totale de chirurgie progresse de 3% entre 2014 et 2017. Dans le même temps, l'augmentation plus rapide de l'activité ambulatoire (38%) démontre un mouvement de substitution de la chirurgie en hospitalisation conventionnelle⁷ par l'hospitalisation sans nuitée. Entre 2016 et 2017, le virage ambulatoire se poursuit avec des taux d'évolution respectifs de 5.4% et 16.6%.

⁷ IGAS-IGF, « Rapport portant sur les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France », Juillet 2014

Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire du pôle poursuit sa progression ; il est proche de 19% en 2017 et se situe à 20% à fin mai 2018. Le contrat de pôle fixe un objectif de 20% à fin 2018. Il sera atteint sans difficulté.

	2015	2016	2017	Evolution cumulée
Taux chirurgie ambulatoire	14.4%	17%	18.8%	
Nombre séjours ambulatoires	1 748	2 072	2 415	
Evolution		+324	+343	+667

Figure 1 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire et du volume de séjour pôle Chirurgie

Les séjours sont classés dans des groupes homogènes de malades (GHM). D'autres variables sont prises en compte telles que les comorbidités ou complications associées et l'âge. Elles permettent d'évaluer la gravité des cas. En fonction de leur effet sur la durée de séjour, quatre niveaux de sévérité ont été établis. Ils sont numérotés 1, 2, 3 et 4. Le niveau 1 correspond au niveau sans comorbidité associée, autrement dit sans sévérité significative. Plus les complications et les comorbidités sont importantes plus le niveau de sévérité est élevé.⁸

Sur les quatre dernières années, l'ambulatoire s'est logiquement substitué aux séjours de faible sévérité (sévérité 1), bien que ce volume reste encore très important. En parallèle, on constate une augmentation significative (10%) des séjours plus complexes classés en sévérité 4. Les séjours classés de sévérité 2 à 4 représentent 39% des séjours en 2017 et ont progressé de 4% depuis 2014.

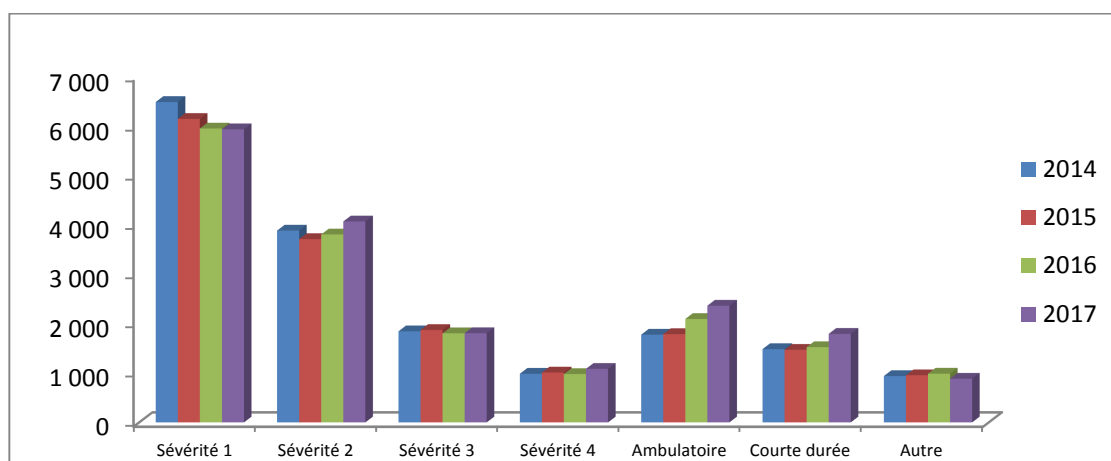


Figure 2 : Evolution du volume de séjour par niveau de sévérité - Pôle Chirurgie 2014 à 2017

Le développement de l'ambulatoire a également eu un impact très positif sur le secteur d'hospitalisation conventionnelle avec une nette baisse des durées de séjour. En quatre ans, alors que le nombre de séjours du pôle progresse de 3%, les nuits

⁸ Source : www.atih.sante.fr

d'hospitalisation ont sensiblement diminué (12%). Cette tendance, observée sur tous les niveaux de sévérité, témoigne d'une diffusion des bonnes pratiques de l'organisation de la prise en charge ambulatoire. Cette évolution avait d'ailleurs conduit à la fermeture de 46 lits d'hospitalisation conventionnelle entre 2014 et 2016.

Par l'analyse du taux de chirurgie ambulatoire⁹, on constate une hétérogénéité entre les spécialités du pôle. Cela varie de 0.15% pour la neurochirurgie à 33.9% pour l'urologie. Le service d'orthopédie et de traumatologie, qui représente le plus grand nombre d'hospitalisations au sein du pôle, atteint un taux encore modeste (19.6%). La chirurgie vasculaire et la chirurgie digestive ont par ailleurs un taux de 10.6%. Cependant, chacune des spécialités connaît une progression annuelle de son activité ambulatoire.

Le rythme du virage ambulatoire que prônent les pouvoirs publics reste spécialité-dépendant. Certaines assurent des interventions chirurgicales complexes et un suivi post-opératoire conséquent. En effet, en raison des risques majeurs de complication, du niveau de douleur et aussi des comorbidités associées, l'ambulatoire n'est pas encore envisageable pour ces types de chirurgie. La neurochirurgie, spécialité de recours, illustre plus particulièrement ce décalage avec les autres spécialités du pôle. Toutefois, chaque spécialité est composée d'un nombre plus ou moins importants d'interventions complexes. Les CHU se caractérisent par une part importante de ces types de séjours.

L'écart de taux de chirurgie s'explique également par les missions des CHU. Ils cumulent une fonction de soins courants vis à vis de la population de leur territoire de santé et une mission de recours vis-à-vis des autres établissements de la région. Le dynamisme actuel de la démographie de la région, qui va se poursuivre d'ici à 2040¹⁰, va impacter l'activité globale du CHU ainsi que les séjours les plus complexes dont il a la compétence exclusive sur certains domaines.

Ces observations nous conduisent à être vigilants sur la comparabilité entre les types d'établissement. Le taux de chirurgie ambulatoire en lui-même paraît peu pertinent lorsque l'on souhaite comparer les structures entre elles. Le taux de chirurgie ambulatoire dit standardisé semble le plus approprié. Il se détermine par le taux de chirurgie ambulatoire qu'aurait la catégorie si elle avait le même case mix¹¹ de séjours que la base nationale (groupes homogènes de malades et âge des patients). Les CHU, souvent qualifiés de mauvais élèves avec un taux brut de 39.1%, auraient un taux standardisé de

⁹ Source : Application PMSI Pilot du CHU de Bordeaux

¹⁰ PRS 2018-2028 Nouvelle Aquitaine, « Diagnostic territorial », (page 9): Projection d'augmentation de la population de la région de 20% entre 2007 et 2040 ; de la population de la Gironde de 27%

¹¹ Anglicisme désignant l'éventail des cas traités, décrits par le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée

51.9% (hors entrée par les urgences)¹². Ces taux sont en progression par rapport à 2015, avec des taux respectifs de 38.5% et de 50%.

Ces constats ne doivent pas justifier une immobilité institutionnelle et/ou des professionnels dans l'évolution des modes de prise en charge. L'enjeu est également de maintenir son positionnement concurrentiel sur la chirurgie programmée au sein de son territoire de santé. La densité de l'offre de soins en métropole bordelaise se traduit par une importante concurrence sur l'activité chirurgicale.

Sur la zone de recrutement¹³ du CHU, l'activité ambulatoire augmente plus rapidement que l'ensemble des séjours chirurgicaux. Les évolutions respectives sont de +7,5% et +1.5%. Le CHU a la part de marché la plus importante sur l'ensemble de la chirurgie en 2016 (12.2%)¹⁴. Néanmoins, son activité chirurgicale est en baisse de 3%. Concernant les séjours chirurgicaux sans nuitée, la répartition des parts de marché est nettement plus déconcentrée. Dans cette catégorie, le CHU perd sa première place, derrière un établissement privé à but lucratif. A noter que la progression de ces séjours ambulatoires est bien inférieure à la dynamique de la zone de recrutement et à celle des autres établissements de la métropole bordelaise.

Pour toute son activité ambulatoire, le pôle a fait le choix d'avoir une unité de lieu excentrée des secteurs conventionnels. L'UCA dispose d'un bloc opératoire au sein de l'unité qui lui permet d'avoir une proximité horizontale avec l'espace soins. Cette organisation spatiale facilite la gestion des flux de patients, limite les ressources nécessaires pour le brancardage et facilite la coordination et le suivi des patients.

En 2017, 96% des séjours chirurgicaux sans nuitée du pôle ont été pris en charge au sein de cette unité. Le nombre de séjours dits forains, c'est à dire pris en charge dans les lits d'hospitalisation conventionnelle est très faible avec seulement 63 séjours dans l'année. Il met en évidence que les opérateurs reconnaissent l'UCA comme la structure de référence pour cette prise en charge. Cela démontre également la confiance et la satisfaction des opérateurs dans l'organisation et la qualité de prise en charge de l'unité. Les rares séjours pris en charge dans le secteur conventionnel s'expliquent principalement par la fermeture estivale d'une partie du capacitaire.

¹² <https://www.fhf.fr/Finances-BDHF/BDHF>, Chirurgie ambulatoire Base nationale par catégories, année 2016

¹³ Définition ATIH : la zone de recrutement autour d'un établissement est construite en classant les codes géographiques des patients ayant fréquentés l'établissement par nombre de séjours décroissant et en ne gardant que ceux qui participent à 80% de l'activité de l'établissement.

¹⁴ <https://www.scansante.fr/>

Même si les patients en ambulatoire sont essentiellement accueillis et suivis au sein de l'UCA, tous ne sont pas pris en charge exclusivement dans l'unité lors de leur venue. L'unité gère aujourd'hui deux parcours patients différents. On distingue le circuit intégré pour les patients opérés dans le bloc dédié à l'ambulatoire et le circuit mixte pour ceux opérés dans les salles d'opération dédiées aux différentes spécialités sur le plateau technique. En 2015, la part du circuit mixte, qui représente tout de même un tiers des patients pris en charge, s'explique par l'absence de certains équipements biomédicaux dans les salles d'opération de l'UCA. Mais aussi, le plafonnement à 13h30 des sorties de bloc pour les interventions sous anesthésie générale empêche d'accueillir d'autres patients. Enfin, certains praticiens expriment le souhait de concentrer leur activité chirurgicale en un seul et même lieu, à savoir vers les blocs de secteurs conventionnels.

Depuis son ouverture en 2008, l'UCA a élargi son accès à d'autres spécialités, que celles du pôle Chirurgie, pour leur activité ambulatoire et leur activité externe comme par exemple les infiltrations. A l'origine dédiée à l'ambulatoire, cet élargissement aux autres spécialités ne présente aucun frein pour le développement de l'activité que cela soit au niveau du planning opératoire ou des places. Au contraire, la sous-utilisation de l'unité par le pôle apporte une solution aux autres spécialités afin qu'elles puissent développer elles-mêmes leur activité ambulatoire. Elle garantit surtout une meilleure occupation du bloc et des dix places avec un taux de rotation supérieur à 100%. En l'absence de cette activité externe et de l'hébergement des patients ambulatoires d'imagerie interventionnelle, le taux de rotation serait très faible et nettement inférieur aux attentes de ce type d'unité.

1.1.2 L'architecture et l'agencement de l'UCA : un nouveau pallier pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire

A l'issue de leur visite en février 2016, les experts de l'Agence Régionale de Santé ainsi que les professionnels de santé du pôle se sont accordés sur la nécessité de faire évoluer l'UCA du pôle. Sur plusieurs points, sa configuration et les moyens actuellement alloués sont un frein à la poursuite du développement de l'ambulatoire et ne permettent en aucun cas d'être performant tant sur la durée de prise en charge que sur le plan médico-économique.

Ainsi, comme d'autres établissements de santé, le CHU de Bordeaux s'est engagé dans d'importants travaux pour repenser intégralement l'unité de chirurgie ambulatoire. L'ouverture d'une unité moderne dans son architecture et dans son fonctionnement acte

le démarrage de la phase 2, dite « phase d'accélération »¹⁵ et conduit l'établissement à fixer une cible plus ambitieuse pour 2020, avec un taux de chirurgie ambulatoire de 30% sur le pôle. A la hauteur des engagements du projet d'établissement, le CHU de Bordeaux a souhaité que toutes les conditions nécessaires au développement de la chirurgie ambulatoire soient réunies, et en particulier sur le plan biomédical. L'investissement global de cette restructuration s'élève à 3 070 000€. Ce projet est validé et financé par l'ARS.



Figure 3 : Répartition des investissements engagés par nature de dépense

Ce projet est l'opportunité pour les professionnels de l'unité de restructurer l'espace foncier afin d'optimiser les conditions d'accueil des patients. Mais aussi dans le cadre de leur exercice professionnel, cela leur donne la possibilité de redéfinir un aménagement des locaux en offrant une meilleure ergonomie et fonctionnalité. La restructuration retenue favorise notamment le principe de marche en avant, inexistant à ce jour. L'aménagement a également été pensé pour permettre de distinguer plusieurs circuits patients en fonction des interventions. L'objectif est de mettre fin aux principaux écueils de la situation actuelle.

En cause, le circuit mixte, l'aménagement et les équipements des locaux.

Le circuit mixte (pour lequel le patient est pris en charge au sein de l'UCA mais dont l'intervention a lieu dans les blocs opératoires du plateau technique) permet certes d'accroître l'activité ambulatoire mais il n'apporte pas une organisation efficiente.

- L'absence de proximité dite horizontale entre le bloc opératoire et l'espace soin mobilise des ressources de brancardage qui seraient évitables et génère un surcoût organisationnel pour le pôle.

- Le circuit mixte mobilise les vacations opératoires du plateau technique et les places en SSPI, à l'origine dévolues aux hospitalisations conventionnelles. Et cela, au détriment des vacations du bloc ambulatoire qui ne sont pas toutes occupées.

¹⁵ IGAS-IGF, « Rapport portant sur les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France », Juillet 2014, page 46

- Enfin, ce circuit augmente le risque que l'ambulatoire soit la « variable d'ajustement » en cas de difficultés à respecter le planning opératoire du plateau technique. Et d'autant plus dans un contexte local où la chirurgie ambulatoire n'est pas majoritaire dans l'activité du pôle.

De nombreux établissements ont fait le choix d'avoir des blocs mixtes (ambulatoire et conventionnel) afin d'avoir une unité de lieu qui permet de faciliter l'organisation médicale, d'avoir tous les équipements à disposition et les personnels de bloc formés à leurs spécialités. Les deux alternatives, bloc « dédié ambulatoire » et bloc « mixte », présentent avantages et contraintes. Le bloc mixte exige tout d'abord une programmation rigoureuse et cohérente des interventions en se pliant à l'amplitude horaire de l'unité ambulatoire. Il doit aussi respecter les délais de surveillance nécessaires après l'acte opératoire. La priorisation des patients du parcours ambulatoire est alors essentielle. Cependant, certaines interventions revêtent un statut prioritaire en raison de l'état de santé précaire et instable du patient (la cancérologie par exemple). Dès lors, la possibilité d'une nuitée croît et sera difficilement réversible.

L'aménagement et l'équipement des locaux de la structure ne permettent pas d'optimiser le parcours des patients au bloc opératoire et dans le secteur de soins.

- En l'état, l'équipement des salles d'opération de l'ambulatoire n'est pas adapté pour accueillir toutes les interventions. La multiplicité des lieux et l'accélération du type d'actes pris en charge nécessitent de dupliquer les équipements pour que les interventions soient réalisées au bloc ambulatoire. L'établissement se heurte alors à sa capacité à investir. Il privilégie l'installation et/ou le renouvellement des équipements coûteux dans les blocs conventionnels, lieux principaux d'exercice des équipes médicales. Le sous-équipement constaté est lié à l'avancée de l'ambulatoire de ces dernières années. Il est aujourd'hui un des freins importants exprimé par les chirurgiens, les obligeant à prendre en charge ces séjours dans le cadre du circuit mixte.

- Enfin, le manque d'espace foncier et de locaux adaptés oblige que tous les patients soient accueillis en SSPI à la sortie du bloc opératoire alors même qu'une grande partie d'entre eux n'y serait pas éligible. L'unité n'est pas aménagée pour adapter les parcours au type d'hospitalisation et ne permet pas de réduire au strict nécessaire la durée de présence. Cette organisation ne permet pas non plus d'améliorer le taux de rotation des 10 places mises à disposition.

1.1.3 L'étude du dimensionnement capacitaire a conduit le pôle à doubler sa capacité opératoire et son nombre de places

L'atteinte de taux élevés de chirurgie ambulatoire nécessite que soit intégrée lors de la conception initiale de l'UCA sa croissance future. Ceci signifie que la structure devrait idéalement être établie en prenant en compte le fait qu'une partie de la chirurgie conventionnelle sera à moyen terme absorbée par la chirurgie ambulatoire¹⁶. C'est dans cette logique que le pôle a choisi de dimensionner ses futurs besoins en ambulatoire.

Ce potentiel a été déterminé selon la méthodologie nationale décrite dans l'instruction de la DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. Par cette méthodologie, on trouve une reprise des préconisations émises par l'IGAS et l'IGF dans leur rapport relatif aux perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Les pouvoirs publics fixent le taux de chirurgie ambulatoire cible à l'horizon 2020.

Elle se base sur un taux de transférabilité variable en fonction de la durée des séjours et de leur niveau de sévérité. Elle précise également un rythme de progression annuelle de 2.9 points jusqu'à 2020, à l'échelle nationale. Cette méthodologie, commune à tous les établissements, détermine un potentiel « personnalisé » de transférabilité en fonction du case mix de chacun. Par ailleurs, cette instruction dote les pouvoirs publics d'un outil de pilotage national sur lequel s'appuie la contractualisation des CPOM entre l'Etat et les ARS mais aussi entre les ARS et les établissements de santé.

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

Figure 4 : Taux de transférabilité par couple – Annexe n°2 Instruction DGOS du 28/09/2015

A fin 2015, l'activité ambulatoire du pôle représente 1 748 séjours. Le potentiel de séjours transférables est évalué à 2 150 séjours supplémentaires à l'horizon 2020, soit une augmentation de 123%. La répartition des séjours est précisée à l'annexe 1.

Son analyse met en évidence que 65% des séjours transférables ont une durée de 1 à 2 jours avec un niveau de sévérité 1 et T, c'est-à-dire sans comorbidité associée. Pour

¹⁶ IGAS-IGF, « Rapport portant sur les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France », Juillet 2014, page 15

un tiers d'entre eux, la durée d'hospitalisation est d'une nuit. Leur transfert engendrerait une augmentation de 80% de l'activité ambulatoire et pourrait, a priori, avoir un impact à court terme.

La plus grande difficulté pour le pôle se situe davantage sur les séjours plus longs. Et en particulier les séjours supérieurs à 4 nuits qui représentent tout de même 20% des séjours transférables. Le taux de transférabilité applicable est plus faible : 10% pour les sévérités 1 et 5% pour les sévérités 2. Mais ces séjours représentent une part significative du périmètre défini par l'instruction (60%). Leur rythme de transfert vers une hospitalisation sans nuitée sera nécessairement plus long, même si on constate depuis 2015 une nette baisse de la durée moyenne de séjour. Ce potentiel n'aura probablement un impact sur l'unité de chirurgie ambulatoire que sur du moyen terme.

Aujourd'hui, les deux salles du bloc opératoire ne sont pas suffisantes pour regrouper toute l'activité ambulatoire. En effet, en prospectant une relocalisation du circuit mixte, le potentiel d'accueil n'est pas suffisant. Il a ainsi été acté que les besoins ambulatoires nécessitent un bloc opératoire de quatre salles.

Avec le doublement de la capacité des blocs opératoires, les opérateurs auront à disposition quatre salles d'opération, neuves et équipées de l'ensemble des matériels biomédicaux. La future UCA sera ainsi en mesure d'offrir une accessibilité plus large au bloc opératoire avec la possibilité d'ouvrir jusqu'à quatre salles tous les matins pour les interventions sous anesthésie générale. Ces modifications majeures devraient permettre de réduire à la stricte contrainte biomédicale (activité robotique et prothétique en chirurgie vasculaire) le nombre de patients pris en charge en circuit mixte. Cela favorisera aussi le développement de nouvelles interventions en ambulatoire. Le nombre de places est également doublé.

A la validation de ce projet il a été décidé que sa mise en œuvre conduirait à une réorganisation interne de l'unité de chirurgie ambulatoire. Un redéploiement progressif d'une partie du personnel des blocs conventionnels vers les secteurs ambulatoires sera primordial. Le transfert des interventions en hospitalisation complète vers des interventions en ambulatoire va augmenter. Et de facto, les vacations correspondantes seront transférées des plateaux techniques conventionnels vers le plateau ambulatoire. Cela permettra ainsi de fixer le personnel des blocs de l'UCA sur le pôle. Ils se retrouveront en effectif constant. Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire doit s'accompagner d'une réduction capacitaire proportionnelle au nombre de nuitées supprimées.

Le dimensionnement futur de l'UCA se traduit par un besoin en termes d'effectifs qui devrait, à terme, être couvert par les fermetures de vacations opératoires traditionnelles et les fermetures de lits.

Les établissements doivent poursuivre leur réflexion et leurs actions sur les leviers qui permettront de tendre vers le virage ambulatoire. La restructuration à elle seule de l'UCA n'est pas suffisante pour atteindre un taux de chirurgie ambulatoire de 30% à l'horizon 2020. Le pôle devra continuer ses efforts et accompagner les professionnels dans ce nouveau virage qui viendra impacter leur organisation actuelle.

1.2 L'analyse stratégique du pôle : éclairage de sa position dans le virage ambulatoire

Le pôle doit relever deux défis. Le premier est d'optimiser le futur bloc opératoire avec le doublement de la capacité en salles. Le second est de poursuivre la transformation de l'offre de soins en développant la chirurgie ambulatoire. L'analyse stratégique du pôle à partir de l'outil SWOT¹⁷ permet de déterminer des axes stratégiques à la réalisation de ses objectifs. Elle débute par un diagnostic des forces et des faiblesses du pôle (1.2.1) et se poursuit par l'identification des opportunités et les menaces de son environnement (1.2.2).

1.2.1 L'identification et l'analyse des forces et des faiblesses du pôle Chirurgie

L'analyse interne au pôle a permis d'identifier ses trois principales forces :

- Le projet de restructuration architectural s'est construit autour d'une équipe projet représentative de l'ensemble des professionnels concernés par la chirurgie ambulatoire. Parmi eux, nous trouvons tout d'abord la directrice référente du pôle, le directeur adjoint en charge des affaires générales du site, la cadre supérieure du pôle responsable des blocs opératoires, la cadre de santé de l'unité et le coordonnateur médical de l'unité. Mais aussi, en appui de ce groupe, il y a un comité de pilotage dans lequel sont présents les membres de l'équipe projet ainsi que tous les chefs de service du pôle. Réuni à minima tous les trois mois, il a pour vocation de communiquer auprès des membres sur l'avancement de tous les aspects du projet (plans à la phase initiale, puis les travaux, les

¹⁷ Définition de la Commission européenne. La matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) est un « outil d'analyse stratégie. Il combine les forces et les faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur (...) avec celle des atouts et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement »

vacations opératoires, les ressources humaines et les équipements). Il est également un espace d'échanges et de validation des différentes étapes du projet.

Le groupe projet a opté pour une démarche participative de toutes les catégories professionnelles. Acteurs et utilisateurs au quotidien, les professionnels de l'unité sont les plus à même de porter la réflexion sur l'aménagement futur. Ils se sont investis au travers de deux groupes de travail impliquant le personnel paramédical pour le secteur de soins ainsi que les deux coordonnateurs de l'unité qui sont un chirurgien et un anesthésiste pour la partie bloc opératoire.

Le premier groupe a mené une veille documentaire sur les expériences des autres établissements disposant d'une unité ambulatoire. Ils ont porté leur réflexion sur les locaux nécessaires et leur aménagement. Cela a concerné à la fois la partie logistique (zone de décartonnage, réserves de dispositifs médicaux, de matériels roulants, de brancards, arsenaux...) et également, les parcours patients (courts, mixtes et longs) en prévoyant les locaux adaptés (vestiaires patients, le salon de convivialité, le salon d'attente).

Le second, travaillant sur la partie opératoire, a pour objectif d'établir les plans des quatre blocs. Il a aussi pour mission d'organiser et planifier les activités qui les entourent comme la salle de pré-anesthésie et la SSPI. Ce groupe de travail a également travaillé sur l'évaluation des besoins en équipements biomédicaux et l'ergonomie des salles.

Cette équipe projet pluri-professionnels est pleinement convaincue du bien-fondé de la démarche et fait preuve d'un engagement important pour que cette restructuration soit un succès.

- L'UCA, déjà reconnue comme le lieu de référence pour la prise en charge ambulatoire, offrira aux professionnels les moyens de venir développer leurs activités sur ce bloc opératoire. La nouvelle configuration architecturale et son aménagement permettront d'accueillir l'ensemble de l'activité ambulatoire et de la développer par le transfert progressif des séjours conventionnels.

Le bloc ambulatoire va accroître sa capacité pour les interventions sous anesthésie générale. Il mettra donc progressivement fin au circuit mixte et permettra d'optimiser le parcours ambulatoire des patients grâce à la proximité horizontale. La concentration de l'ambulatoire au bloc dédié libérera du temps opératoire au plateau technique. Dans la logique du virage ambulatoire, ces vacations pour l'hospitalisation conventionnelle sont vouées à disparaître au fur et à mesure du transfert des séjours sans nuitée. Dès lors, seul l'accroissement de l'activité de recours freinerait cette mutation.

○ Depuis les quatre dernières années, on constate une baisse logique des séjours de faible sévérité (sévérité 1) au profit de l'ambulatoire. L'établissement a encore la capacité d'accroître cette activité grâce au potentiel de séjours d'une durée d'une et deux nuits. Par l'analyse des séjours à partir des données du PMSI, on constate que 45% des séjours en une nuit font suite à un passage aux urgences et ont une sortie à leur domicile. Cela concerne plus particulièrement l'orthopédie avec la chirurgie du membre supérieur et l'urologie avec les lithiases urinaires, les interventions sur les testicules et les prostatectomies. Les autres séjours d'une nuit ont des entrées programmées depuis le domicile. Une partie de ces séjours (qui concerne des actes habituellement pris en charge en ambulatoire) a été considérée comme non éligible à l'ambulatoire par les chirurgiens et médecins anesthésistes en raison de freins sociaux et médicaux. Pour la neurochirurgie, cela concerne uniquement une activité de pose de stimulateur cérébral et médullaire, transférée progressivement en ambulatoire depuis janvier 2018.

L'analyse interne au pôle révèle toutefois des points faibles qui peuvent rendre difficile l'atteinte de certains objectifs.

○ La coexistence de deux circuits ambulatoires (mixte et intégré) a pour conséquence un manque d'optimisation du bloc opératoire de l'UCA. A la veille de l'ouverture de la nouvelle unité, ce constat interroge sur le doublement de la capacité et sur l'efficacité de son bloc opératoire.

Le taux d'occupation¹⁸ qui permet d'évaluer le dimensionnement des vacations opératoires et d'apprécier son optimisation, est un des indicateurs essentiels des blocs opératoires. Il est de 73%¹⁹ en 2017. Malgré qu'il soit en progression par rapport à 2015 (68%), il est encore loin de l'objectif institutionnel de 85%. L'analyse du dimensionnement du bloc opératoire et de sa performance se complète par le taux d'ouverture des vacations. Il permet d'apprécier les vacations réellement ouvertes par rapport aux vacations initialement prévues. C'est à partir de ces dernières que les effectifs paramédicaux (IBODE, IDE, AS, IADE) ont été déterminés. Ce taux est seulement de 78% pour l'année 2017. Autrement dit, l'équipe soignante n'a pas été mobilisée à chaque vacation. La fermeture des plages opératoires est principalement justifiée par un manque de programmation alors que dans le même temps, l'activité opératoire du circuit mixte continue d'évoluer.

¹⁸ Le taux d'occupation résulte du rapport entre les heures de bloc opératoire utilisées et les heures offertes sur la vacation.

¹⁹ Source : Logiciel du bloc opératoire OPERA

Le croisement de ces deux indicateurs accentue la sous-utilisation constatée par le taux d'occupation. Cela interroge sur la pertinence du dimensionnement des vacations et au-delà, sur l'efficacité du bloc opératoire.

- L'analyse spatiale où interviennent les spécialités du pôle met en évidence un éclatement des blocs. En effet, chaque spécialité utilise à minima 3 blocs situés à des niveaux différents : sous-sol pour l'ambulatorio, rez-de-chaussée pour les urgences et 3^{ème} ou 8^{ème} étage pour les interventions conventionnelles. Cet éloignement, même s'il a le mérite de répondre à un parcours patient différent, présente de nombreux inconvénients. Cette dispersion des blocs peut alors créer des tensions sur la capacité des spécialités à s'organiser.

Tout d'abord, la multiplication des blocs complexifie l'organisation médicale des opérateurs. Ils ont l'obligation de mettre à la disposition les moyens nécessaires pour répondre aux urgences. Mais aussi, ils doivent développer la chirurgie ambulatoire et enfin, assurer l'activité de recours. Sans oublier qu'à cette activité opératoire s'ajoutent le suivi des patients dans les lieux d'hébergement et les consultations externes. La taille des équipes médicales pour permettre de couvrir toutes ces activités et aussi les développer est une réelle interrogation. Sans oublier que le CHU accueille de nombreux internes qui doivent être formés.

La multiplication des lieux a aussi pour conséquence de multiplier les équipements ou de réduire leurs possibilités de mutualisation entre les spécialités et les différentes salles d'interventions. Dans un contexte financier contraignant pour les établissements, ces organisations spatiales interrogent sur l'efficacité des investissements et la capacité à terme de pouvoir évoluer technologiquement.

Enfin, la multiplication des lieux implique que les chirurgiens s'adaptent aux différentes salles, équipements mais également équipes paramédicales. Ce dernier point est important à prendre en compte. Les meilleures conditions sont à privilégier pour offrir aux chirurgiens la sécurité exigée. Ce défi sera d'autant plus difficile que les opérateurs ont trouvé finalement un confort dans le circuit mixte. Il leur permet à la fois de développer l'ambulatorio, de rester dans les salles de la spécialité équipée sur le plan matériel mais aussi d'être doté sur le plan humain d'équipes de blocs expérimentées et spécialisées.

- Sans que cela n'ait été encore quantifié mais à l'appui des échanges avec toutes les catégories professionnelles du pôle, nombreux sont les séjours pour lesquels les entrées se font la veille de l'acte chirurgical. Plusieurs éléments expliquent cette situation. En premier lieu, nous retrouvons la « force de l'habitude » qui perdure dans les organisations des secteurs de soins d'hospitalisation conventionnelle. Malgré le succès de l'ambulatorio et de ses pratiques, l'accueil « la veille » demeure une pratique difficile à

circonscire, et ce tant sur le plan médical que paramédical. Il est indéniable que certains patients devront toujours être hospitalisés une nuit avant leur intervention en raison de leur âge, leurs antécédents, leur état de santé ou encore de leur contexte social. A l'inverse, on peut certifier que la grande majorité des patients peut entrer le jour même de l'intervention.

Mais il y a un autre frein important qui ne permet pas une rupture avec les habitudes, c'est l'aménagement des locaux qui n'est pas adapté à ce type d'accueil. Cette organisation accroît la durée de séjours et mobilise une nuit d'hospitalisation durant laquelle aucun soin n'est pratiqué. Le secteur d'hospitalisation est toujours perçu comme un secteur de soins et d'hébergement. Ces lits immobilisés pour cette seule nuitée impliquent d'avoir des personnels de nuit et génère des coûts de logistique (bio nettoyage, restauration).

- Les séjours de sévérité 1 et d'une durée de séjour supérieure ou égale à 3 jours représentent une part très importante de l'ensemble des séjours : 38.5%. Les conditions de transférabilité de ces séjours interrogent sur la faisabilité pour les pôles indépendamment des marges de progression organisationnelle, spatiale et culturelle. La méthodologie de la DGOS bien qu'elle soit personnalisée et plus objective que les précédentes, ne semble pas équitable entre les établissements. Elle ne tient pas compte des différences de case mix selon les types d'établissement (centre hospitalier, centre hospitalo-universitaire, établissements privés à but lucratifs et non lucratifs). Et elle n'intègre pas le contexte territorial très contrasté en France et au sein d'une même région (démographie, densité de population, offre de soins). Sans opposer les types d'établissements entre eux, de nombreuses études mettent en évidence que les structures accueillent des profils de patients différents. Les critères d'éligibilité sont moins favorables aux structures publiques et en particulier pour les CHU. Ainsi pour les séjours de sévérité 1 qui sont a priori les plus propices au virage ambulatoire, le taux et le rythme de transférabilité seront probablement inférieurs à celui fixé au plan national dans l'instruction.

- La marge de progression sur les gestes marqueurs est faible quand on analyse le taux de chirurgie ambulatoire. Un geste marqueur est un geste habituellement réalisable en ambulatoire chez un patient standard. Cinquante-cinq gestes dits marqueurs font l'objet d'une tarification unique²⁰. Vingt-trois de ces gestes concernent le périmètre du pôle dont onze pour l'orthopédie, cinq pour l'urologie, trois pour le vasculaire et pour le digestif et un pour la neurochirurgie. Le taux global de chirurgie ambulatoire sur ces

²⁰ Liste CNAM créée en 2009 et élargie successivement lors de la campagne 2012 avec 38 gestes marqueurs, campagne 2013 avec 43 gestes marqueurs et campagne 2015 avec 55 gestes marqueurs.

gestes est de 56.3% en 2017. Il progresse chaque année (44.5% en 2014 ; 54.7% en 2016) et sur toutes les spécialités. Globalement les spécialités sont très proches des cibles nationales. L'analyse des séjours où les écarts étaient les plus significatifs a permis de justifier la non hospitalisation en ambulatoire. Ces gestes marqueurs sont réalisés dans le cadre d'une hospitalisation plus complexe ou d'une intervention initiale plus lourde²¹.

1.2.2 Les opportunités et les menaces extérieures au pôle Chirurgie

Le diagnostic de l'environnement dans lequel évolue le pôle a mis en exergue quatre opportunités sur lesquelles il pourra s'appuyer pour atteindre ses objectifs.

- Le pôle Chirurgie a accès à des dispositifs qui peuvent l'aider dans l'accélération de son virage ambulatoire et notamment dans la réduction des durées de séjours.

À l'issue d'un appel à projet national, le CHU de Bordeaux fait partie des établissements expérimentateurs sur les hébergements temporaires non médicalisés de patients²². L'établissement a délégué cette activité par voie de convention à une structure hôtelière située sur le site du pôle de chirurgie. Ce dispositif donne l'opportunité aux spécialités de recentrer davantage l'hôpital sur ses missions de soins lorsque les patients respectent les critères médicaux, psycho-sociaux et d'éloignement du lieu de prise en charge. Il propose aux patients une prestation d'hébergement en amont et en aval de leur prise en charge hospitalière. Pour la première année de mise en œuvre (année 2017), 379 nuitées ont été réalisées dont 53% en pré-opératoire. A la fin du premier semestre 2018, le nombre de nuitées est déjà à 352. Le taux d'annulation moyen reste faible (10%). Un tiers de ces nuitées concernent le pôle de Chirurgie mais le recours des spécialités du pôle est très hétérogène.

L'hospitalisation à domicile est aussi un levier de réduction de la durée de séjours au sein des hôpitaux. Cependant il est à proscrire qu'une chirurgie ambulatoire soit suivie d'une HAD²³. Depuis le premier trimestre 2018, une expérimentation est en cours sur le

²¹ On peut prendre l'exemple du geste marqueur n°1 sur les accès vasculaires où la cible nationale est de 56.7% et le taux du pôle de 2.8%. Ce geste marqueur concerne 224 séjours dont 195 sont de niveau de sévérité 3 et 4. Les séjours de niveau de sévérité 1 et 2 sont au nombre de 56 et paraît être un potentiel de transférabilité en ambulatoire. Pour autant, l'analyse de ces séjours n'apporte pas de perspective favorable de développement où les deux tiers des séjours de sévérité 2 dont la durée de séjour est située entre 9 et 19 jours. L'autre tiers concerne des séjours de sévérité 1 dont la durée de séjour est entre 10 et 21 jours.

²² Décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients.

²³ Instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015 – 2020

pôle Chirurgie dans les unités d'orthopédie et de traumatologie avec la présence quotidienne du lundi au vendredi de deux infirmières de l'HAD pour faire le lien entre les prescripteurs et la structures d'HAD. Ce dernier dispositif présente l'intérêt de mieux connaître les besoins des hôpitaux pour les structures HAD et aux professionnels du CHU de mieux appréhender leurs missions et le type de soins assurés au domicile. Souvent plébiscitée par les praticiens du pôle, ces derniers regrettent souvent des réponses négatives à leur sollicitation. Ce dispositif devrait renforcer le lien et aider au développement du recours aux hospitalisations aux domiciles sur cette spécialité en faveur d'une réduction de la durée de séjour.

- Depuis le 1^{er} juillet 2016, le CHU de Bordeaux appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT) Alliance de Gironde regroupant 9 établissements publics de santé du département girondin, dont le CHU qui est l'établissement support. Ce nouveau mode de coopération prévu par la Loi de modernisation de notre système de santé a pour objectif de garantir aux patients d'un territoire un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre établissements autour d'un projet médical partagé. Les attentes de cette coopération sont d'un côté, une vision partagée de l'offre de soins et de l'autre, une organisation des prises en charge pour répondre aux besoins de la population sur un même territoire. L'approche par filière est le pivot du GHT dans une logique de gradation des prises en charge depuis l'hôpital de proximité jusqu'au centre de recours.

La mise en place de cette nouvelle forme de coopération paraît être un levier pour le CHU de Bordeaux afin de mieux structurer son activité de recours avec les établissements de proximité. Par le projet médical partagé, les structures vont pouvoir optimiser le parcours du patient, organiser son accueil dans l'établissement et lui proposer un transfert vers un établissement plus proche de son lieu de résidence. On peut imaginer que la consultation d'anesthésie puisse être réalisée sur le site de proximité ; que le patient opéré dans le cadre du recours poursuive son hospitalisation sur un établissement de proximité quand son état de santé est compatible. Le GHT est également une opportunité pour le CHU de développer son activité ambulatoire en apportant une lisibilité aux autres établissements de ses activités et de proposer aux patients de les orienter vers un confrère du CHU.

- Durant une année, le CHU de Bordeaux a engagé une assistance à maîtrise d'ouvrage dans un objectif de définir une stratégie immobilière pour les vingt années à venir. Cette stratégie s'est faite à partir d'un diagnostic organisationnel, technique et environnemental. Ces mois d'étude ont conduit l'établissement à définir un schéma directeur immobilier ambitieux. Il est doté d'une vision stratégique de l'évolution de ses activités et de l'aménagement de l'espace. Le schéma directeur immobilier, projet d'envergure pour les quinze années à venir, est une opportunité pour les professionnels

de santé d'être force de proposition en faisant de l'architecture un moyen de relever le défi du virage ambulatoire. Cela peut concerner plus particulièrement les blocs opératoires et l'UCA. On y retrouve aussi les secteurs de soins et de consultations. Par ailleurs, les projections précises de la future organisation ne sont toujours pas définies. Une réflexion sur la transformation des locaux pour les adapter à la gestion des parcours individualisés et au souhait de réduire au minimum la durée d'hospitalisation des patients peut être menée à dessein.

L'environnement des établissements de santé est complexe. Il peut être qualifié d'instable dans la mesure où chaque année de nombreuses réformes viennent s'ajouter à ses propres actions stratégiques. Le système de santé dans son ensemble est en pleine évolution dans un souci de maîtriser les dépenses de santé alors que les besoins de santé de la population augmentent.

- En 2016 et 2017, le CHU a connu de grandes difficultés sur la profession de médecins anesthésistes réanimateurs. Le nombre important de postes vacants non pourvus a conduit l'établissement à revoir la répartition de ces professionnels dans les différents types de services que sont les réanimations, les blocs opératoires, les salles de surveillance post-interventionnel, les unités de chirurgie ambulatoire et les consultations. Faute de professionnels suffisants, les moyens alloués aux spécialités dans le cadre de leur activité ont été diminués avec notamment la fermeture de certaines vacations dans les différents blocs opératoires de l'établissement. Comme évoqué à plusieurs reprises, le CHU assure à la fois son rôle d'établissement sur son territoire d'attractivité et sa mission de recours. Cette réduction des plages opératoires a impacté le case mix de séjours avec des séjours incompressibles. Ainsi, l'activité venant des services des urgences et celle de recours régional ont vu leur nombre progresser. La baisse de disponibilité des salles d'opération a impacté sur l'activité programmée, la plus éligible à l'ambulatoire, avec un allongement du délai d'intervention. Cette situation a sans doute été préjudiciable au CHU au profit des structures concurrentes capables de prendre en charge les patients dans des délais plus raisonnables. Depuis fin 2017, la situation des ressources médicales s'est nettement améliorée même si des postes sont encore non pourvus. Les vacations opératoires sont progressivement rouvertes et permettent aux spécialités d'élargir leur recrutement. La situation reste encore fragile malgré une politique d'attractivité médicale mise en place au sein du CHU.

- La transformation de l'offre hospitalière s'accompagne d'importants besoins en investissement pour faire évoluer l'architecture des locaux et accéder aux derniers

équipements. Dans le même temps, l'hôpital doit aussi être capable de maintenir le renouvellement des équipements déjà existants. Ces besoins en investissements ne peuvent être satisfaits que si la capacité financière est suffisante. Le contexte financier des établissements de santé est difficile et se dégrade chaque année ; la FHF annonçant un déficit historique de 1.5 milliards d'euros en 2017²⁴. Nombreux sont les établissements qui connaissent des déficits et / ou des taux d'endettement importants freinant leur possibilité d'investir.

Le CHU de Bordeaux connaît une bonne situation financière avec un résultat excédentaire entre 2016 et 2017. Les « chantiers » pour maîtriser les dépenses ont porté leurs fruits et lui permettent d'améliorer son taux de marge brut. Le CHU est également un établissement peu endetté. Pour autant, l'enveloppe nationale allouée aux dépenses de santé évolue peu²⁵ et les besoins de santé continuent de progresser. Cet « effet ciseau » entre les deux variables conduit les établissements à poursuivre leurs efforts en faveur d'une maîtrise des coûts. La recherche d'efficacité dans toutes les activités de l'hôpital (soins, médico-techniques, logistique...) doit être maintenue.

- Les structures d'aval ont une place essentielle dans le parcours des patients. Qu'il s'agisse des services de SSR (Soins de suite et de réadaptation), de l'HAD, des structures médico-sociales de type EHPAD (Etablissement pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes), ils sont des acteurs clés dans la fluidité des parcours. Les services de soins rencontrent des difficultés à transférer les patients dans ces structures dès que les nécessités d'hospitalisation sont levées. Deux motifs principaux caractérisent le refus d'admission et des délais d'attente longs. Il y a l'absence de places. Et également l'expression d'une incapacité à prendre en charge certains patients au motif qu'ils ne disposent pas des ressources nécessaires. Cette carence est exprimée au regard de l'absence d'infirmière la nuit et de l'absence de maîtrise de certains soins techniques (trachéotomie, gastrostomie par exemple). Pour les structures médico-sociales, les freins sont davantage financiers. Certains patients sont dans des situations précaires qui ne leur permettent pas d'intégrer rapidement une structure. Le rôle des assistantes sociales est alors crucial pour proposer une situation pérenne et financièrement soutenable au patient. Pour toutes ces raisons, la réduction des délais d'hospitalisation est un enjeu qui dépasse l'hôpital. Certaines durées d'hospitalisation seront malheureusement difficiles à réduire, indépendamment de la volonté de tous les acteurs.

²⁴ Communiqué de presse FHF « La ligne rouge est dépassée : les hôpitaux devraient connaître un déficit historique de 1,5 milliards d'euros. Réformes structurelles et financière... »

²⁵ ONDAM : Objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie

Autour de son projet de reconstruction, le pôle de Chirurgie a plusieurs challenges à relever (maximiser l'utilisation de la nouvelle structure ambulatoire, rationaliser le nombre de vacations ouvertes sur les salles de blocs conventionnels, améliorer ses organisations architecturales, diminuer ses durées de séjour...) et la nouvelle UCA ne permettra pas à elle seule de réaliser tous les objectifs. D'autres réflexions doivent être menées pour accroître les séjours sans nuitée et atteindre l'objectif de 30% d'ici 2020. Enfin, le pôle devra veiller à l'optimisation de sa nouvelle unité notamment par la quasi-disparition du circuit mixte au risque d'un déséquilibre médico-économique.

La poursuite du virage ambulatoire implique d'élargir cette prise en charge à des séjours plus complexes. A l'image des évolutions menées sur la structuration des unités ambulatoires et des changements nécessaires dans le secteur conventionnel, le système de santé doit évoluer. Il paraît peu réaliste que l'augmentation du nombre de séjours ambulatoires puisse se réaliser avec les dispositifs actuels. De nouveaux besoins semblent émerger et des dispositifs innovants doivent être déployés. La réflexion de la prise en charge doit dépasser les seules évolutions au sein de l'hôpital. Elle doit nécessairement s'élargir pour favoriser ces retours à domicile précoces par rapport à la prise en charge actuelle. Les réflexions doivent ainsi être plus larges et les solutions apportées doivent répondre aux besoins de patients pour s'assurer que ce déploiement soit réalisé en toute sécurité.

2 Les leviers pour poursuivre le virage ambulatoire et optimiser l'utilisation de l'unité de chirurgie ambulatoire du pôle

Le taux de chirurgie ambulatoire fixé au plan national est très ambitieux. La dernière instruction de la DGOS met en exergue la nécessité, pour les établissements, de changer de paradigme où la nuitée à l'hôpital doit être limitée aux seules nécessités médicales et sociales (2.1). Sans nul doute, cette stratégie doit être portée par l'ensemble des acteurs hospitaliers de toutes catégories professionnelles. L'atteinte de l'objectif de 70% à l'horizon 2022 nécessite une réflexion plus large sur les parcours patients pour les transferts progressifs de séjours de plus en plus complexes. Le développement de dispositifs innovants intra et extra hospitaliers semble incontournable (2.2).

Cette dernière partie n'a pas pour objectif d'apporter des recommandations spécifiques au pôle de Chirurgie. Il s'agit d'un partage de pistes de réflexion faisant suite aux différents travaux menés sur ce projet, les recherches et les entretiens avec les

professionnels de santé dans le cadre de ce mémoire. Les leviers identifiés ne sont pas propres à la situation du pôle mais à toutes les structures prenant en charge de la chirurgie ambulatoire selon leur niveau de maturité.

2.1 Changer de paradigme : « une nuitée à l'hôpital doit être une nécessité médicale ou sociale et non plus une habitude »

La chirurgie ambulatoire exige une innovation organisationnelle qui ne se développe pas spontanément car elle modifie les comportements anciens. Sa mise en œuvre s'appuie sur une optimisation des parcours au cours des hospitalisations (2.1.1). Il faut également augmenter progressivement les vacations ambulatoires afin de ne pas pénaliser l'activité conventionnelle (2.1.2). Le renforcement du pilotage est essentiel pour accompagner la dynamique tant sur le plan organisationnel que sur le plan du développement de l'activité (2.1.3).

2.1.1 Orienter les réflexions vers une optimisation des parcours patients

Le taux de chirurgie ambulatoire mesure le degré d'avancement du transfert de l'hospitalisation conventionnelle vers l'hospitalisation sans nuitée. Le suivi du développement de l'ambulatoire ne doit pas se limiter à ce seul indicateur car l'enjeu sous-jacent est plus large. Il s'agit de la recherche de l'optimisation de tous les parcours patients. L'objectif est alors de réduire la durée d'hospitalisation, au temps strictement nécessaire sur le plan médical, pour tous les séjours. Pour se faire, la culture hospitalière doit changer de paradigme : « Une nuitée à l'hôpital doit être une nécessité médicale ou sociale et non plus une habitude quel que soit les motifs de l'hospitalisation ».

Pour développer cette culture, caractéristique de l'ambulatoire, les pistes d'amélioration sont nombreuses. Elles peuvent être architecturales, organisationnelles (intra et extra hospitalière), numériques ... L'enjeu du virage ambulatoire appelle chaque professionnel à rechercher des organisations innovantes.

- Les services d'urgence sont des unités qui contribuent au recrutement de nouveaux séjours pour les établissements et pour toutes les spécialités. Pourtant, ils sont souvent peu impliqués dans le développement de la chirurgie ambulatoire alors même que certaines prises en charge y sont éligibles. L'intérêt d'un parcours patient spécifique

doit être évalué non seulement pour accroître le volume de séjours sans nuitée mais aussi pour améliorer et optimiser les conditions de prise en charge.

L'analyse du potentiel de séjours transférables en ambulatoire a démontré l'intérêt de développer un parcours patient entre le service des urgences et l'unité chirurgie ambulatoire. Pour rappel, parmi les séjours d'une nuit, près de 45% font suite à un passage aux urgences. L'organisation actuelle a pour principe que les interventions relevant du service des urgences soient prises en charge au bloc des urgences. La charte de bloc prévoit que le bloc des urgences soit en capacité de prendre en charge deux interventions simultanées 24h/24 et 7 jours sur 7. Les salles sont mutualisées avec toutes les spécialités du site. L'ordonnancement de ces interventions est coordonné par les médecins anesthésistes réanimateurs en fonction des priorités médicales. Cette organisation peut conduire à décaler certaines interventions au lendemain et donc à hospitaliser le patient dans le secteur conventionnel.

La première spécialité pourrait être l'orthopédie, au regard du volume de séjours et des actes opératoires concernés (notamment la chirurgie du membre supérieur). Dans le cadre de la future UCA, deux vacations par semaine sont dédiées à ces urgences. La deuxième étape est la formalisation d'un groupe de travail multidisciplinaire comprenant le coordonnateur du bloc des urgences, les orthopédistes, les coordonnateurs médicaux et la cadre de santé de l'unité ambulatoire. Le premier objectif du groupe est d'identifier les types d'interventions pour lesquels les patients peuvent être convoqués ultérieurement à l'UCA. Le second est de définir de façon collégiale les gestes conservatoires notamment antalgiques et/ ou d'immobilisations nécessaires dans l'attente de l'intervention. Le suivant est d'organiser et de sécuriser le parcours du patient de sa sortie du service des urgences jusqu'à l'unité de chirurgie ambulatoire. Cela suppose de définir en amont l'organisation de la consultation pré anesthésique (le lieu et le moment), de donner une information claire au patient et de formaliser les modalités de programmation au bloc et sa préadmission.

- Une étude réalisée à l'hôtel Dieu entre 2010 et 2012 a mis en évidence « une diminution du nombre de nuits post-opératoires conventionnelles et donc une diminution de la durée moyenne de séjour passant de 3.8 nuits en moyenne avant restructuration à 0.4 nuits en moyenne après restructuration, cela grâce au pari de l'ambulatoire et à la distinction entre besoins de soins et besoins d'hébergement par le développement de mode d'hébergement postopératoire multimodal (hébergement non médicalisé pour

patient) »²⁶. La mise en place de l'hôtel hospitalier au CHU en 2017 a fait ses preuves pour le pôle des Spécialités chirurgicales regroupant notamment l'ophtalmologie et l'ORL. Cette structure d'hébergement est devenue un maillon incontournable pour répondre aux contraintes d'éloignement géographique du patient mais également pour revoir le patient le lendemain pour un contrôle post-opératoire pour certaines interventions.

Ces deux expériences témoignent que l'hôtel hospitalier est une réelle opportunité pour les établissements qui en disposent. Il peut être un levier pour transférer en ambulatoire une partie des séjours dont la durée actuelle est d'une ou deux nuits. Aujourd'hui l'hôtel hospitalier est encore peu utilisé par le pôle Chirurgie.

Le point d'entrée est le chirurgien en tant que prescripteur. Pour développer son usage, il est indispensable que l'ensemble des opérateurs connaissent le dispositif et son fonctionnement afin de pouvoir le proposer aux patients éligibles. La communication doit être portée au niveau du pôle par le cadre de santé en charge de l'hôtel hospitalier. Elle doit aussi être réalisée auprès des professionnels des services de soins qui se chargent de la réservation. La finalité est une diffusion large de ce dispositif, de ses avantages et de ses modalités d'utilisation. Par ailleurs, il paraît justifié qu'un point annuel soit réalisé lors d'un bureau de pôle avec toutes les spécialités représentées. Ce temps de rencontre présente l'avantage de poursuivre la communication sur l'intérêt du dispositif, de susciter les échanges d'expériences entre confrères et d'évoquer les difficultés éventuelles vécues par les professionnels. C'est aussi l'occasion de présenter aux opérateurs le niveau d'utilisation de chaque spécialité.

En 2018, le CHU de Bordeaux a élargi son conventionnement avec une deuxième structure hôtelière à proximité du site et accroît donc les possibilités offertes aux spécialités.

La généralisation du recours à l'hôtel hospitalier se heurte à deux freins principaux. Les établissements expérimentateurs bénéficient de crédits du Fonds d'investissement régional (FIR) pour financer les nuitées des usagers. A ce jour, en dehors de l'expérimentation, les frais d'hébergement sont à leur charge. Le deuxième frein est relatif à la prise en charge des frais de transport sanitaire prescrit. L'assurance maladie prend en charge ces dépenses lors d'un transfert vers ou depuis un établissement de santé. Dans ce cas, l'hôtel hospitalier ne répond pas à cette condition. Ainsi, pour que ce dispositif reste un levier au profit du développement de l'ambulatoire, ces deux conditions de prise en charge financière doivent évoluer en faveur du patient.

²⁶ HAS, « Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé », Rapport d'orientation, novembre 2015 ; page12

○ On constate depuis peu l'émergence d'expériences pilotes dans les établissements de santé concernant la mise en place de programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC)²⁷, centrés sur une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie²⁸. Après de nombreuses évaluations en France et à l'étranger, elle est plébiscitée pour plusieurs raisons : une réduction des coûts hospitaliers suite à la baisse des durées de séjour permise par une diminution des complications postopératoires, une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les patients et une promotion des pratiques coopératives entre les professionnels de santé au sein de l'hôpital et avec les libéraux.

Le programme RAAC, comme le souligne le rapport de la HAS, se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie. Les points clés en sont : l'information et la formation du patient à la démarche, l'anticipation de l'organisation des soins et sa sortie, la réduction des conséquences du stress chirurgical, le contrôle de la douleur dans toutes les situations, l'objectif de favoriser et stimuler l'autonomie des patients. La réussite d'un tel programme nécessite l'implication de tous les acteurs intervenant auprès du patient. La réorganisation des soins et la définition au préalable d'un chemin clinique et de protocoles sont également requises. La coordination, assurée par une personne ou une équipe référente, est primordiale pour le succès de cette nouvelle organisation. L'optimisation du parcours s'appuie sur l'évaluation en continu de la démarche à partir d'indicateurs de processus et de résultats.

Cette nouvelle approche doit être saisie par les directions d'établissement. Elle apparaît comme un véritable levier pour poursuivre la mise en œuvre du virage ambulatoire. Elle est d'autant plus légitime dans les établissements de type CHU et les plus grands centres hospitaliers en raison du nombre important de séjours chirurgicaux supérieurs à 3 nuits. Cette démarche favorise l'intelligence collective pour structurer les parcours et apporter une qualité et une sécurité de la prise en charge. In fine, le déploiement de ces démarches va conduire à la réduction progressive des durées de séjour et à la fermeture de lits d'hospitalisation conventionnelle.

Initialement développée pour les interventions lourdes en chirurgies colorectale et digestive, la RAAC s'est élargie à d'autres spécialités comme l'urologie, l'orthopédie pour les prothèses totales de hanche et de genou et la chirurgie du rachis. Le seul programme RAAC du pôle Chirurgie s'est déployé en urologie pour la prise en charge des néphrectomies partielles. Il est le témoin des enjeux que représentent la RAAC en ayant

²⁷ Initialement développée dans les années 1990 par l'équipe danoise du Pr. Henrik Kehlet

²⁸ HAS, « Synthèse du rapport d'orientation RAAC », Juin 2016

permis de passer progressivement d'une prise en charge conventionnelle vers l'ambulatoire.

Au CHU de Bordeaux comme dans tous les établissements, ce type de démarche peut être porté à l'échelle institutionnelle ou d'un pôle. Quoiqu'il en soit la question des moyens mis à disposition pour déployer la démarche se pose. Elle est essentielle pour déployer avec succès cette nouvelle approche des parcours patients. En effet, afin que cette démarche soit diffusée et devienne une véritable culture, des moyens doivent être alloués par les directions d'établissement. Sur une montée en charge progressive de la démarche, une personne référente et dédiée à son déploiement permettrait de venir en appui méthodologique aux professionnels de santé et ainsi diffuser le nouveau paradigme.

Les dispositifs qui permettent de concourir à la réduction des durées de séjour et in fine, à leur transférabilité en ambulatoire sont nombreux et plus ou moins développés selon les établissements. Outre les trois pistes d'optimisation évoquées précédemment, il y a également le recours à toutes les structures d'aval que ce soit l'HAD, les établissements SSR et médico-sociaux voire même les autres établissements de santé. Indépendamment du nombre et du type de lits d'aval, souvent jugés insuffisants par rapport aux besoins, la formalisation des relations par voie de convention entre les structures est très importante ainsi que la qualité des relations interprofessionnelles.

Dans certains cas, une réflexion collective par filière de prise en charge avec tous les acteurs du parcours patient est plus appropriée. Ces temps d'échanges favorisent le partage des difficultés réciproques des établissements et permettent de définir ensemble des actions d'amélioration. C'est notamment la démarche qu'a engagée le CHU pour la prise en charge des patients cérébrolésés graves.

Enfin, le projet médical partagé approuvé dans chacun des groupements hospitaliers de territoire doit concourir à une meilleure fluidité des parcours intra-groupement.

2.1.2 Prévoir une augmentation progressive des vacances ambulatoires au fur et à mesure de la montée en charge de l'activité

Les nouvelles structures ambulatoires, à l'image de celle du CHU de Bordeaux, doivent être dimensionnées sur des potentiels de transférabilité ambitieux pour anticiper le développement ambulatoire futur. Pour autant, une vigilance particulière doit être portée sur une ouverture progressive des moyens afin de garantir une organisation efficiente.

Dans l'expérience du pôle Chirurgie, l'unité de chirurgie ambulatoire a été dimensionnée pour pouvoir accueillir tout le potentiel des années à venir. Le faible taux d'occupation du bloc opératoire de l'UCA et le fort potentiel de séjours nous ont interrogés sur la nécessité d'une montée en charge progressive de l'ouverture des vacances. La définition du programme opératoire à l'ouverture de l'unité s'est réalisée à travers plusieurs étapes.

Une première étude a été menée pour évaluer le dimensionnement de ce futur bloc opératoire au regard de l'activité opératoire 2017 (chirurgie ambulatoire). Il permet d'augmenter jusqu'à 89% le temps de vacation offert. Pour cette évaluation, l'hypothèse la plus forte a été retenue. Elle prend en compte l'activité actuelle au bloc ambulatoire et l'ensemble de l'activité du circuit mixte éligible²⁹. Les résultats sont sans surprise au regard du nouveau dimensionnement. Avec un taux d'occupation prévisionnel de 52%, ils mettent en évidence une sous-utilisation prévisionnelle importante (*cf. Annexe 2*). Lors de la présentation de ces résultats au groupe projet, le constat a été partagé : l'unité doit étendre ses plages opératoires progressivement. Dans le cas contraire, le déséquilibre médico-économique serait inacceptable.

Lors du comité de pilotage de l'UCA, il a été rappelé à toutes les spécialités les attentes fortes de l'ARS qui ont conditionnées le financement intégral de la restructuration. Dans son courrier d'approbation, l'agence rappelle que la mise en œuvre du projet doit être corrélée à une « diminution, simultanée ou à tout le moins programmée et concertée, de l'activité conventionnelle de chirurgie, des lits et des espaces techniques qui y sont consacrés »³⁰. Il a également été présenté à chaque spécialité un bilan de l'année 2017. Il décrit l'activité aux blocs opératoires de l'UCA et du secteur conventionnel, ainsi que les taux d'occupation. Une présentation détaillée du temps opératoire ambulatoire a été réalisée. Chaque spécialité est en mesure d'évaluer les

²⁹ Le circuit mixte éligible exclut les interventions utilisant le robot et l'activité prothétique de chirurgie vasculaire.

³⁰ Courrier de l'ARS du 2 novembre 2016

vacations nécessaires en cas de re localisation du circuit mixte et l'impact sur les besoins en vacation dans le secteur conventionnel.

Le groupe projet a fait le choix de laisser une liberté aux praticiens de déterminer eux-mêmes les vacations dont ils auraient besoin au premier semestre 2019. Ils se sont appuyés sur les éléments d'activité communiqués et leurs projets de développement. Le recueil des souhaits des différentes spécialités a permis au coordonnateur de l'UCA de présenter un nouveau programme concerté. Son dimensionnement a été réévalué et l'occupation prévisionnelle se situe entre 65 et 70% (*cf. Annexe 2*). Avec le nouveau programme, le temps de vacation offert a été diminué de 17%. Si les spécialités utilisent les vacations à la hauteur des besoins définis et que l'orthopédie développe le parcours Urgences, le taux d'occupation s'approcherait sensiblement de la cible tout en laissant une marge de développement.

Le nouveau programme opératoire met en évidence un écart entre les vacations souhaitées et le temps opératoire de l'ensemble de la chirurgie ambulatoire :

- un surdimensionnement en orthopédie. Le taux prévisionnel calculé sur l'activité 2017 est de 55%. Il démontre une volonté de transférer de l'activité conventionnelle vers l'ambulatoire,
- un sous-dimensionnement en urologie. Les vacations demandées sont nettement inférieures au potentiel de relocalisation du circuit mixte.

Ces cas de figure plaident en faveur d'une prudence quant à la réduction concomitante des capacités opératoires conventionnelles au profit d'une augmentation à l'UCA. Sans remettre en cause l'engagement pris du transfert des moyens du conventionnel vers l'ambulatoire, trois risques sont identifiés en cas d'absence de phase de transition :

- une activité conventionnelle pénalisée par une fermeture trop importante et/ ou trop rapide des vacations. Une estimation qui est peut-être fondée sur un volume de transfert d'actes trop ambitieux,
- un maintien du circuit mixte en raison de l'inquiétude des chirurgiens. Elle se fonde sur un sentiment de perdre des moyens pour exercer leur activité (fermeture de vacations) et sur la multiplication des lieux d'intervention,
- une incapacité à faire face à l'augmentation croissante de l'activité de recours par manque de plages opératoires conventionnelles.

Le transfert des moyens du secteur conventionnel vers l'ambulatoire doit être réalisé par étape et concerté. Ils doivent être programmés en lien avec les spécialités. Sans cette transition, les établissements prennent le risque de démobiliser les praticiens. La

transition de l'évolution des modes de prise en charge oblige l'établissement à supporter un coût sur cette phase de développement. Pour autant, il est impératif d'accompagner ce changement par des outils de pilotage adaptés.

2.1.3 Renforcer le pilotage du virage ambulatoire

Au regard des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire et des investissements qui peuvent être engagés par les établissements, il apparaît indispensable de disposer d'outils de pilotage pour :

- accompagner la montée en charge progressive d'une unité encore surdimensionnée,
- optimiser l'organisation de l'unité ambulatoire,
- et enfin, piloter le développement de l'activité par le transfert de nouveaux actes.

En fonction de la maturité de l'ambulatoire, certains outils peuvent être déjà en place dans les établissements.

La phase de transition évoquée dans la partie précédente exige d'avoir un suivi régulier de l'activité de l'UCA afin de garantir un dimensionnement efficient de l'unité. L'objectif de l'outil de pilotage est de mesurer l'évolution de l'activité et de l'occupation des salles d'opération. La communication des résultats auprès des opérateurs permet de prendre des décisions sur les évolutions nécessaires. Faut-il redimensionner les besoins en vacations ambulatoires sur certaines spécialités ? Le transfert d'activité du conventionnel vers l'ambulatoire nécessite-t-il de réajuster les vacations du bloc opératoire conventionnel ? Dans le cas du pôle, des indicateurs sont aussi nécessaires pour suivre la relocalisation du circuit mixte vers le bloc ambulatoire. Ce suivi doit être soutenu sur la période d'ouverture de l'unité puis il peut être progressivement décalé dans le temps à un rythme trimestriel.

En complément, il semble opportun d'envisager une contractualisation avec chaque spécialité quant au rythme du développement de l'ambulatoire. En effet, l'engagement des professionnels du pôle et de la direction sur les modalités de développement est primordial pour plusieurs raisons. Cela permet de planifier à court et moyen terme les transferts d'activité. Sur ces bases, l'évolution des besoins en vacation en ambulatoire et les impacts organisationnels qui en découlent peuvent être anticipés et organisés. Par ailleurs, l'établissement va également bénéficier d'éléments objectifs pour planifier le transfert des moyens du secteur conventionnel en ambulatoire. L'étude des séjours concernés à partir des données PMSI va permettre d'évaluer l'impact en termes de lits conventionnels mais également sur les besoins au bloc opératoire. Dans le cadre

du pôle Chirurgie, cette contractualisation doit s'élargir aux actes actuellement réalisés en circuit mixte et au rythme de leur relocalisation.

La recherche de la performance de l'unité chirurgie ambulatoire doit s'appuyer sur des tableaux de bord. Nombreux sont les publications et les outils produits par la MEAH puis l'ANAP pour aider les établissements à disposer d'indicateurs de processus et de résultats. Ils permettent aux unités de diagnostiquer leurs organisations et d'en dégager des axes d'amélioration. Aussi, les ARS telles que celle de la Nouvelle Aquitaine proposent régulièrement des parangonnages sur les blocs opératoires et les unités de chirurgie ambulatoire.

La construction de ces indicateurs doit s'appuyer sur les données du système d'information pour produire des résultats automatisés. L'indicateur principal en dehors du taux d'occupation du bloc opératoire est le taux de rotation des places dans la zone de soins. Des indicateurs de processus et qualitatifs peuvent être suivis comme la mesure de la satisfaction des patients, l'évaluation de la douleur, le taux de réhospitalisation à 24h et à 7 jours, le taux d'annulation, le taux de rappel à J-2, le nombre moyen de patients par jour,

Il paraît indispensable de développer un projet autour de ces outils avec la Direction du système d'information et la Direction de la performance. Avec l'appui d'un groupe de travail dédié, les indicateurs de pilotage peuvent être définis à l'échelle du pôle mais aussi de l'établissement. L'automatisation de ces données apporte un gain de temps précieux pour le redéployer sur leur analyse et sur les axes d'amélioration. Par ailleurs, elle permet d'analyser les résultats sur des temporalités différentes (journée, semaine, mois, année) en fonction des besoins.

Les enjeux de la transformation de l'offre de soins légitiment la mise en place d'un pilotage institutionnel. Il est d'autant plus nécessaire pour les CHU et les centres hospitaliers qui disposent de plusieurs unités ambulatoires et de nombreuses spécialités. Ce pilotage peut être assuré par une commission ambulatoire à laquelle est confié le suivi de son développement. Ses missions peuvent aller de la définition des orientations stratégiques à la rédaction d'un plan d'actions pour sa mise en œuvre. Cette équipe doit nécessairement être composée de représentants médicaux comme le médecin DIM et quelques médecins représentant la communauté médicale et de la direction de l'établissement.

Pour pouvoir piloter, le groupe doit avoir une vision transversale et structurée de l'ambulatoire. Outre les indicateurs de résultats, une rencontre annuelle avec chaque

spécialité permet de réaliser un bilan de l'activité ambulatoire et des projets de développement. Les échanges directs améliorent la connaissance des difficultés rencontrées et favorisent le partage d'expériences dans l'établissement. L'information sur les projets des spécialités en ambulatoire permet d'avoir une lisibilité détaillée et globale des évolutions à venir.

Par cet ensemble de connaissances, les échanges avec l'ARS dans le cadre de la négociation du futur CPOM sur les objectifs de taux de chirurgie ambulatoire pourront être facilités et étayés. Aussi, ce groupe peut être un des pivots dans le cadre d'un schéma directeur immobilier. Il est également un soutien dans le cadre de négociations pour un financement via le COPERMO et le suivi des engagements.

Dans le cadre du CHU, un comité ambulatoire est déjà en fonctionnement. Les enjeux de la chirurgie ambulatoire légitiment que les missions de ce comité soient élargies à la mise en œuvre du virage ambulatoire et au suivi de l'activité ambulatoire de chaque spécialité du CHU autour d'une rencontre annuelle.

Le développement de l'activité ambulatoire doit être géré comme un projet avec une équipe pilote définie. Elle doit être à l'échelle d'un service, d'un pôle et de l'ensemble de l'établissement. Le suivi de la réalisation des objectifs doit s'appuyer sur des indicateurs permettant de mesurer le degré d'avancement, d'analyser les causes des écarts et ainsi de définir des actions correctrices et complémentaires le cas échéant. Les outils de pilotage permettent d'échanger avec les acteurs autour d'éléments factuels et objectifs.

2.2 Une réflexion plus large est nécessaire au regard de l'objectif de 70% de taux de chirurgie ambulatoire

Afin d'optimiser les parcours au-delà de la chirurgie ambulatoire, l'architecture des locaux paraît être un levier. En dissociant les lieux de soins et d'hébergement, le temps de présence sans valeur ajoutée pour le patient peut être réduit (2.2.1). Le transfert progressif d'interventions de plus en plus complexes vers un parcours ambulatoire est un réel défi. Il suppose une réflexion sur l'organisation intra et extra hospitalière fondée sur les besoins du patient à son retour à domicile (2.2.2). Les innovations dans le numérique faciliteront les échanges entre les professionnels impliqués dans la prise en charge ainsi que le développement des plateformes territoriales d'appui (2.2.3).

2.2.1 Les organisations spatiales et humaines doivent dissocier le soin de l'hébergement

Historiquement, le séjour se faisait exclusivement en hospitalisation complète. L'accueil était réalisé la veille de l'intervention chirurgicale et directement au sein des unités d'hospitalisation conventionnelle. Par cette organisation, les conditions préopératoires étaient réunies pour l'intervention programmée (être à jeun, respect des conditions d'hygiène, détention d'un bilan sanguin notamment). Elle garantissait également la présence du patient dans l'établissement et facilitait la coordination avec le bloc opératoire par sa disponibilité.

La chirurgie ambulatoire a totalement bouleversé ces pratiques. Dans cette chirurgie programmée, le patient doit sortir le jour de son intervention sans risque majoré et dans un délai de prise en charge maximal de 12 heures. L'acte chirurgical est identique à celui réalisé en chirurgie classique avec hospitalisation complète. Tout l'enjeu est de mettre en place une organisation nouvelle centrée autour du patient. Sa participation à son séjour est aussi devenue centrale. A chaque étape de sa prise en charge, la coordination de tous les acteurs impliqués et la diffusion d'une information claire, précoce et réitérée sont les clés de réussite.

Le parcours est composé de quatre phases principales³¹ : préopératoire, opératoire, d'autorisation et de suivi du patient. La phase préopératoire a lieu au moment de la consultation. Elle correspond à l'évaluation du rapport bénéfice/risque autour de critères d'éligibilité du patient qui sont médicaux, psychologiques, sociaux et environnementaux. Elle est réalisée par le chirurgien et l'anesthésiste. Elle acte la prise en charge en ambulatoire. Elle s'accompagne de toutes les informations préopératoires pour garantir que toutes les mesures d'hygiène et de sécurité sont réunies. Tous les patients sont pré admis en amont de leur hospitalisation. Les formalités administratives étant réalisées avant, le patient se présente directement à l'accueil de l'unité. Systématiquement, un appel du patient est assuré la veille de l'intervention par le service. La phase opératoire n'apporte pas d'évolution particulière mais la phase d'autorisation devient essentielle. D'une part, elle acte la décision du chirurgien ou de l'anesthésiste du retour du patient à son domicile en toute sécurité. D'autre part, elle rappelle au patient la conduite à tenir en cas de douleur et les modes de recours en cas d'évènements non prévus. Un appel téléphonique de l'unité ambulatoire est systématique le lendemain de l'intervention pour évaluer le retour du patient à son domicile et notamment la gestion de la douleur.

³¹ ANAP « Ensemble pour le développement de l'ambulatoire. La chirurgie ambulatoire en 12 questions », Avril 2012

Au-delà de son impact positif sur la réduction des durées d'hospitalisation et du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle, la prise en charge ambulatoire est un modèle. La structuration des parcours offre une prise en charge sécurisée et une durée d'hospitalisation réduite au temps médicalement nécessaire. Cette recherche de rationalisation et d'optimisation du parcours pourrait s'étendre à toutes les prises en charge en hospitalisation conventionnelle. La phase préopératoire est un axe de travail qui peut permettre de réduire les temps d'hospitalisation sans valeur ajoutée. Lors des deux consultations, les praticiens évaluent la possibilité d'une prise en charge ambulatoire. En cas d'inéligibilité, l'évaluation du patient peut s'étendre sur sa capacité à entrer le jour de l'intervention. En effet, même si les conditions médicales, sociales et autres ne sont pas réunies pour une hospitalisation journalière, il peut y être éligible.

Cela suppose un changement des pratiques dès la consultation et une généralisation des préadmissions. A l'image des unités ambulatoires, l'aménagement des locaux est aussi nécessaire. Il s'agirait de disposer d'une zone permettant l'accueil et la préparation des patients le jour de l'intervention. Elle serait dotée de brancards ou de fauteuils où le patient serait installé avant son intervention. Elle disposerait également de vestiaires, de douches et de casiers comme dans les services ambulatoires. Idéalement, cette zone préopératoire se situerait à proximité du bloc pour réduire les besoins de brancardage et favoriser l'autonomie du patient. C'est seulement à son réveil que le patient serait installé dans son lit d'hospitalisation conventionnelle. Outre les locaux, une équipe paramédicale dédiée est nécessaire pour l'accueil et la préparation. Comme en ambulatoire, cela nécessite une coordination entre la consultation et la zone de préparation. L'appel la veille de l'hospitalisation serait systématisé pour garantir que toutes les conditions préalables à l'intervention sont réunies.

Cette organisation présente plusieurs avantages. Pour le patient, elle réduit le stress induit par une hospitalisation la veille et le recours éventuel à une médication. Au sein des secteurs d'hospitalisation conventionnelle, elle permet aux professionnels de santé de se consacrer aux soins post opératoires des patients hospitalisés dans le service. Enfin pour l'établissement, c'est une opportunité de réduire le nombre de nuitées et donc le nombre de lits. Par exemple, pour le pôle Chirurgie, si 10% des séjours étaient accueillis dans ces conditions, cela pourrait libérer 5 lits et permettrait de diminuer les coûts de personnels de nuit ainsi que les coûts de logistique (bio nettoyage, restauration). Une partie des effectifs dévolus aux unités de soins pourrait être relocalisée au niveau de la zone préopératoire.

Cette organisation peut s'appuyer sur les autres dispositifs évoqués en amont. Comme en chirurgie ambulatoire, l'hôtel hospitalier va permettre de pallier les difficultés liées à l'éloignement géographique et à la nécessité d'un contrôle postopératoire. La

RAAC permet aussi d'optimiser les parcours et de rationaliser les ressources au strict minimum.

2.2.2 La nécessité de se réinterroger sur les besoins du patient à son retour au domicile dans un objectif de taux de chirurgie ambulatoire de 70%

Le suivi des patients est une autre des étapes clés de l'ambulatoire. Elle répond à la nécessité de s'assurer des suites opératoires du patient à son retour au domicile. Ce suivi est assuré par l'unité ambulatoire et peut prendre la forme d'un appel téléphonique ou d'une application dédiée à partir d'un support numérique. Le développement souhaité des séjours sans nuitée va conduire les établissements à élargir progressivement les prises en charge à des interventions de plus en plus complexes et à de nouveaux profils de patients. Une réflexion plus profonde doit être menée pour maintenir une récupération postopératoire sécurisée, adaptée et égale entre les patients. Cet élargissement des recrutements doit centraliser la réflexion sur les besoins du patient à son retour à domicile : quels sont ces risques de complication et dans quelles conditions peuvent-ils être suivis à son domicile ? Comment peut-on gérer l'analgésie suite à des interventions plus complexes et plus douloureuses ? Comment peut-on organiser la réalisation de certains soins techniques et pansements complexes ? Ces études doivent nécessairement porter sur l'organisation intra hospitalière mais également sur l'ensemble des dispositifs existants dans notre système de santé. Il s'agit d'évaluer les freins actuels au transfert de ces séjours en hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire. L'adhésion des praticiens au développement des actes réalisés en ambulatoire nécessite le développement de dispositifs garantissant la sécurité des patients et la qualité postopératoire.

La chirurgie ambulatoire est aujourd'hui en mesure d'évaluer les conditions de retour au domicile par l'appel systématique le lendemain de l'hospitalisation. Les interventions et les patients devenant de plus en plus complexes, on pourrait imaginer que cette phase d'évaluation soit adaptée selon ses besoins. Au même titre que la dissociation des parcours au sein de l'unité ambulatoire (court, mixte, long), la durée du suivi postopératoire pourrait être d'un ou plusieurs jours. L'adaptation aux risques de complications postopératoires et au besoin de traitement de la douleur permettrait de réduire le taux de ré hospitalisation. Elle apporterait également une garantie aux équipes médicales et favoriserait le transfert de nouveaux séjours.

La mise en place d'un suivi postopératoire adapté doit s'accompagner d'une évolution des modalités d'évaluation et de suivi. Même si de plus en plus d'établissements ont recours à l'évaluation par support numérique, la majorité des suivis est aujourd'hui assurée par une infirmière de l'unité ambulatoire. L'« industrialisation » du suivi nécessite à terme le recours à des outils innovants comme les supports numériques. Pour autant, les modalités d'évaluation devront être adaptées aux patients (capacité à les utiliser et détention de supports numériques). Le retour sur investissement du coût de l'applicatif et ses coûts de maintenance seront assurés par le redéploiement des personnels soignants auprès des patients.

La réflexion sur les modalités de suivi du retour à domicile peut aller plus loin. Dans la perspective où la chirurgie ambulatoire sera le principal mode de prise en charge (70%), une plateforme téléphonique centralisée et dédiée au suivi postopératoire pourrait être envisagée à l'échelle d'un pôle, d'un site ou d'un établissement selon sa taille. Ses missions pourraient s'élargir à une assistance téléphonique aux jours et heures ouvrables. Elle serait sollicitée par les patients ayant besoin de conseils et de précisions sur les consignes postopératoires.

Enfin, on peut également s'interroger sur la nécessité d'améliorer en amont l'organisation du retour à domicile du patient. L'objectif poursuivi est de pouvoir garantir que toutes les conditions liées au logement sont réunies et compatibles à une récupération en toute sécurité. L'ergonomie des logements devenant essentielle, une réflexion autour de la création d'une équipe pluridisciplinaire composée d'une assistante sociale, d'une infirmière et d'un ergonome pourrait être menée. Cette équipe mobile se déplacerait au domicile du patient en amont de l'intervention. Elle évaluerait l'adéquation des locaux et des conditions de vie du patient avec les conditions exigées après l'acte chirurgical. A l'issue de cette visite, elle approuverait que les conditions d'un retour au domicile sont suffisantes ou pas. Dans certains cas, elle pourrait coordonner les aménagements nécessaires et recourir à des prestataires extérieurs.

2.2.3 Les plateformes territoriales d'appui et le numérique peuvent favoriser le suivi des patients et la coordination des acteurs pour les cas les plus complexes

L'objectif poursuivi par le développement de l'ambulatoire n'est pas de réduire l'hospitalisation conventionnelle par l'accroissement des hospitalisations au domicile. La gestion de la douleur et les besoins en soins peuvent nécessiter une sollicitation plus

importante des professionnels de santé libéraux. L'organisation du retour au domicile deviendra un enjeu pour développer la prise en charge ambulatoire. La coordination entre tous les professionnels de santé sera alors essentielle pour les cas plus complexes. Les difficultés liées à la coordination et le nombre potentiel de séjours concernés interrogent sur la nécessité de créer à terme des plateformes de coordination au sein des territoires de santé.

L'expérience du territoire des Landes est à mettre en avant et pourrait être un modèle à développer sur les autres territoires. Ce département est un territoire de santé numérique (TSN)³². Résultant d'un appel à projet national, les Landes ont développé un outil numérique innovant permettant de suivre les patients atteints de pathologies chroniques en privilégiant le domicile, dans des conditions optimales de qualité et de sécurité. Il en résulte une organisation qui permet de renforcer le rôle du médecin traitant comme pivot d'une prise en charge globale de la personne. Tous les professionnels du territoire sont associés à ce suivi, qu'ils soient du secteur sanitaire, social et médico-social. Les échanges entre tous ces acteurs sont facilités par un logiciel et le déploiement d'une messagerie sécurisée. Au fil du développement du projet, une plateforme territoriale d'appui a été créée au service des professionnels de santé et des patients. Elle a pour mission d'orienter, d'accompagner et de coordonner les parcours de santé. Pour cela, elle est dotée de coordonnateurs (infirmière, assistante sociale et conseillère en économie sociale et familiale) et d'un médecin.

Dans une de ses missions, la plateforme a pour rôle d'appuyer à l'organisation des parcours complexes. Cette expérimentation, et le succès rencontré par les professionnels, pourrait être un modèle pour le suivi des interventions ambulatoires plus complexes. Son partenariat avec les différentes structures et professionnels lui permet de participer à la mise en place des aides et des services à domicile. Elle mène également des actions de vigilance qui prennent la forme de contacts réguliers. Enfin, la plateforme est un appui aux entrées et aux sorties, en accompagnant les patients et professionnels sur l'organisation de l'hospitalisation et du retour à domicile.

³² Source : www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr

Conclusion

A travers cette mission de stage sur l'ouverture de la nouvelle UCA, l'objectif était d'approfondir la réflexion sur les leviers qui pouvaient permettre de développer les hospitalisations ambulatoires du pôle. Les recherches menées et les échanges avec les professionnels de santé ont permis de dégager des pistes d'actions et de réflexion. Les partages d'expérience des établissements sont également riches en enseignements. Tous poursuivent le même objectif de transformer l'offre de soins.

Pour le pôle Chirurgie et l'ensemble des établissements, les leviers sont communs. Il y a d'une part les analyses de l'activité et de l'environnement (interne et externe) du pôle qui permettent de dégager des éléments objectifs. Ceux à partir desquels les praticiens et la direction de l'établissement peuvent s'appuyer pour définir les modalités de mise en œuvre de l'accélération du virage ambulatoire. Et d'autre part, il y a la recherche sur la mise en place de nouvelles organisations. L'objectif poursuivi est d'optimiser le parcours des patients et de réduire leur présence aux seules conditions médicales et sociales.

Cette finalité peut être atteinte de plusieurs façons au sein de l'hôpital. Il y a l'architecture des locaux, l'intelligence collective autour de la structuration d'un parcours patient optimisé et sécurisé et les moyens nécessaires à la coordination des différents professionnels. Les innovations organisationnelles et numériques ont aussi un rôle essentiel pour développer l'activité ambulatoire. Sans oublier, l'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé et les changements de l'ambulatoire sur leurs organisations de travail. Des dispositifs expérimentaux méritent d'être généralisés.

L'atteinte de l'objectif national doit également s'accompagner d'évolutions à l'échelle du système de santé. Le développement de l'ambulatoire va conduire à un élargissement des recrutements (nouvelles pathologies et profils de patients encore peu éligibles à ce jour). Des moyens structurés sont déjà en place pour favoriser le lien entre l'hôpital et le retour à domicile. Mais ils nécessitent d'être davantage développés pour maintenir une qualité et une sécurité postopératoire. La mobilisation des professionnels en ville et la coordination des acteurs se doivent d'être renforcées.

Le défi de l'ambulatoire exige l'adhésion et la mobilisation tous les acteurs concourant à la prise en charge des patients de chirurgie ambulatoire. Néanmoins, deux changements principaux semblent encore nécessaires.

Le premier concerne le financement de l'activité hospitalière. Par la tarification à l'activité, les pouvoirs publics ont pu développer des mesures financières incitatives. Pour autant, elles restent encore insuffisantes sur certaines prises en charge. Comme évoqué

dans la deuxième partie, une phase de transition au sein des établissements est nécessaire pour accompagner la transformation de l'offre de soins. Même si les impacts économiques du virage ambulatoire ne sont pas immédiats, elle permet de susciter l'adhésion et la confiance de tous. Cette phase de soutien financier est aujourd'hui peu présente dans le modèle de financement des hôpitaux. D'autant plus que le contexte financier des hôpitaux n'encourage pas toujours les établissements à accélérer le virage ambulatoire. Le financement sur la base des parcours serait un réel levier.

Le deuxième élément important est l'insuffisance voire l'absence de recherches scientifiques sur les effets de l'ambulatoire. Ce mode d'hospitalisation a fait ses preuves en offrant une prise en charge de qualité et en toute sécurité pour le patient tout en permettant une diminution des coûts. Pour des situations de plus en plus complexes avec un acte chirurgical réalisé avec succès, sommes-nous en mesure de garantir au patient une qualité de vie identique entre les deux modes d'hospitalisation ? Les suivis postopératoires qui nécessitaient une hospitalisation plus longue sont-ils suffisants au retour à domicile ? Sur les mois et les années qui suivent, les bénéfices de l'intervention sont-ils les mêmes ? Les dispositifs et l'organisation du système de santé sont-ils suffisants pour garantir une même qualité de prise en charge ?

L'issue de ce mémoire nous amène à s'interroger sur les impacts à moyen terme du case mix des séjours du pôle Chirurgie. Deux enjeux y sont associés.

Le premier est de maintenir une position concurrentielle en chirurgie ambulatoire sur une zone de recrutement où l'offre hospitalière est très dense. Cela implique que cette activité soit davantage développée au sein du pôle. La difficulté est de trouver l'équilibre entre le niveau d'activité et les moyens humains et techniques nécessaires. Ces derniers doivent permettre d'une part d'assurer leur mission de recours et d'autre part de développer l'ambulatoire. L'activité de recours a d'ores et déjà une place importante au sein du pôle. Cette dernière va probablement se densifier avec l'augmentation estimée de la population de la région et avec la mise en place de la gradation des soins par filières au sein des groupements hospitaliers de territoire. Le CHU doit apporter une plus grande lisibilité à la population sur son activité ambulatoire, à l'image des autres structures privées.

L'activité ambulatoire est importante pour développer l'attractivité des établissements. Elle l'est également pour favoriser l'équilibre financier. Le pôle ne peut pas se limiter aux seules hospitalisations complexes qui sont par déduction les plus consommatrices de ressources. L'activité ambulatoire par son organisation structurée autour d'une unité dédiée et d'une optimisation des parcours permet de réduire les ressources. Par le volume d'activité réalisé, le pôle peut profiter de l'effet d'expérience. Ainsi, la vigilance sur le case mix des séjours est de mise, d'autant plus pour les CHU.

Bibliographie

Textes réglementaires :

- Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.
- Instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.
- Décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients

Rapports institutionnels :

- IGAS-IGF, *Rapport portant sur les perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France* – IGF N° 2014-M-034-2 et IGAS N°2014-039R, Juillet 2014.

Rapports et études :

- ANAP, *Conception et création d'une unité ambulatoire – Repères méthodologiques*, Décembre 2017.
- ANAP, *Les défis du virage ambulatoire – Regards croisés sur les transformations hospitalières* – Restitutions Cercle TOVA, Octobre 2017
- HAS et ANAP, *Guide Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire – Recommandations organisationnelles*, Mai 2015.
- ANAP, *Guide Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi*, Novembre 2013.
- HAS, *Rapport d'orientation sur les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives*, 73 pages.

Documents internes :

- Projet d'établissement 2016-2020, 47 pages.
- Rapport d'activité 2016, 57 pages.
- Développement de l'unité de chirurgie ambulatoire, Présentation au directoire, Septembre 2016
- Rapport de visite des experts de chirurgie ambulatoire – UCA Pellegrin CHU de Bordeaux, ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes, février 2016
- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2017 – 2018 entre l'ARS et le CHU de Bordeaux, annexe 4 Développer la chirurgie ambulatoire, juillet 2017

Reuves :

- François Engel *Développer la chirurgie ambulatoire : les limites des politiques incitatives*, Annales des Mines – Gérer et comprendre 2008/4 (n°94), pages 14 à 24.
- Au commencement était ... l'ambulatoire !, Gestion hospitalière – N°551, décembre 2015
- Béatrice BRUNEAU, Fabienne PAULET, Marc JOUVE *La chirurgie ambulatoire à Robert Debré*, Gestion hospitalière – N°556, mai 2016, page 273
- Michèle MAURY, Laetitia MIRJOL *Partenariat médecins/ directeurs dans un CHU*, Gestion hospitalière – N°556, mai 2016, page 293
- Dr Dominique Le Foll, Romain Doms, Ronan Dubois *Chirurgie ambulatoire : deux établissements privés à la pointe*, Techniques hospitalières - N°762, Mars Avril 2017, page 63
- Dr Guy Raimbeau *La nuit passée dans un hôpital obéit-elle à une habitude ou à une nécessité ?* Techniques hospitalières - N°256 Mars-Avril 2016
- *3 circuits à mettre en place en chirurgie ambulatoire*, Techniques hospitalières - N°256 Mars-Avril 2016
- *Les différents concepts architecturaux en CA*, Techniques hospitalières - N°256 Mars-Avril 2016

Sitographie :

- www.anap.fr
- www.atih.sante.fr
- <https://www.fhf.fr/Finances-BDHF/BDHF>
- <https://www.has-sante.fr>
- www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr
- <https://www.scansante.fr/>

Applications :

- PMSI Pilot

Logiciel :

- Opéra, bloc opératoire

Liste des annexes

Annexe 1 : Transférabilité des séjours

Annexe 2 : Evaluations du dimensionnement des blocs de l'UCA

Annexe 3 : Les professionnels de santé rencontrés

Annexe 1

➤ Taux de transférabilité par couple niveau de sévérité et durée de séjour

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

Annexe n°2 de l'instruction DGOS du 28 septembre 2015

➤ Calcul du potentiel de transférabilité des séjours du pôle de Chirurgie en application de l'annexe n°2 de l'instruction DGOS du 28 septembre 2015

Niveau de sévérité	1	1	1	1	1	2	2	2	T	TOTAL
Durée de séjour (en nuit)	1	2	3	4	>4	3	4	>4		
Nombre de séjours	352	1280	857	792	2504	402	434	3889	272	10 782
Taux de transférabilité	80%	70%	20%	10%	10%	10%	5%	5%	80%	
Potentiel transférable	281	895	171	79	250	40	22	194	218	2151

A partir de l'activité de l'année 2017

Annexe 2

➤ Activité opératoire ambulatoire 2017 : Bloc de l'UCA et circuit mixte éligible à l'ambulatoire (*hors robot en urologie et ** hors activité prothétique en vasculaire)

	TROS 2017 BLOC AMBU	TROS 2017 CIRCUIT MIXTE éligible	TOTAL TROS (Bloc ambu+ circuit mixte)
Vasculaire	8 h	**160 h	168 h
Urologie	501 h	*1 142 h	1 643 h
Orthopédie	1 710 h	369 h	2 079 h
Urgences orthopédie	-		-
Digestif	-	157 h	157 h
Anapath	151h		151 h
Neurochirurgie	-	3 h	3 h
MPR	305 h		305 h
Autres	8 h		8 h
TOTAL	2 682 h	1 832 h	4 514 h

Activité opératoire extraite du logiciel de bloc opératoire OPERA

➤ Evaluation du dimensionnement du bloc de l'UCA à partir des hypothèses fortes

	TOTAL TROS Ambulatoire 2017 (Bloc ambu + mixte éligible)	TVO Projet médical V2	Taux d'occupation prévisionnel
Vasculaire	168 h	0	0%
Urologie	1 643 h	2 300 h	71%
Orthopédie	2 079 h	4 379 h	47%
Urgences orthopédie	-	520 h	0%
Digestif	157 h	150 h	105%
Anapath	151 h	322 h	47%
Neurochirurgie	3 h	161 h	2%
MPR	305 h	460 h	66%
Autres	8h	0 h	0%
TOTAL	4 514 h	8 292 h	54%

➤ Evaluation du dimensionnement du bloc de l'UCA à partir du programme opératoire révisé

	TVO Ambu actuel	TVO Projet médical V3	TROS 2017 BLOC AMBU	TROS 2017 CIRCUIT MIXTE éligible	TOTAL TROS (Bloc ambu+ circuit mixte)	Taux d'occupation prévisionnel
Vasculaire	0	0	8	160	168	
Urologie	804	1197,5	501	1 142	1 643	137%
Orthopédie	2802	3967	1 710	369	2 079	52%
Urgences orthopédie	0	520	-		-	0%
Digestif	0	433	-	157	157	36%
Anapath	288	161	151		151	94%
Neurochirurgie	84	161	-	3	3	2%
MDS	402	460	305		305	66%
Autres			8		8	
TOTAL	4380	6899,5	2 682	1 832	4 514	65%

TROS (Temps réel d'occupation de la salle) : cumul des temps opératoires et des temps de bio nettoyage des interventions réalisées au cours de la vacation opératoire

TVO (Temps de vacation offert) : temps opératoire offert aux opérateurs

Annexe 3

➤ Listes des entretiens menés dans le cadre du mémoire

- Professeur DARROUZET, chef du pôle Spécialités chirurgicales
- Docteur Véronique GILLERON, praticien hospitalier, chef de l'Unité de Coordination et d'Analyse de l'Information Médicale (UCAIM)
- Professeur Karine NOUETTE-GAULAIN, chef des services d'anesthésie du site Groupe hospitalier Pellegrin et secrétaire générale de l'ANCA
- Professeur Jean-Marc VITAL, chef du pôle CHIRURGIE
- Madame Pascale HENRY, directrice référente du pôle Chirurgie
- Madame Cécile BERTHOME, cadre supérieure de santé du pôle Spécialités chirurgicales
- Madame Françoise DUCLAUD, cadre supérieure de santé du pôle Chirurgie (secteurs d'hospitalisation)
- Madame Monique OSELLA, cadre supérieure de santé du pôle Chirurgie (blocs opératoires)
- Monsieur Thierry DUMANGE, cadre de santé en charge de l'hôtel hospitalier
- Madame Elisabeth GOETZ, cadre de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire
- Madame Corinne CHEVALIER, cadre administratif du pôle Spécialités chirurgicales
- Madame Carmen MENJIVAR, cadre administratif du pôle Chirurgie

LAPLANCHE	Elodie	Octobre 2018
-----------	--------	--------------

Directeur d'hôpital
Promotion 2017 - 2018

**L'accélération du virage ambulatoire en chirurgie au
CHU de Bordeaux : les nouveaux enjeux**

L'objectif de taux de chirurgie ambulatoire est de 70% en 2022 à l'échelle nationale. Ce nouvel objectif acte la volonté des pouvoirs publics de poursuivre la transformation de l'offre de soins, alors même que l'objectif de 57.6% en 2017 n'est pas atteint. Ces objectifs nationaux, définis dans l'instruction DGOS du 28 septembre 2015, sont déclinés au sein des contrats d'objectifs et de moyens de chaque ARS et de chaque établissement de santé. Pour le CHU de Bordeaux, l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire connaît un rythme de progression soutenu comme au plan national.

Dans la perspective d'atteindre son objectif de taux de chirurgie ambulatoire, le CHU de Bordeaux, soutenu par l'ARS, s'est engagé dans la restructuration complète de l'unité de chirurgie ambulatoire du pôle Chirurgie. Le nouvel aménagement des locaux a pour objectif de s'adapter aux nouveaux enjeux organisationnels autour des parcours et des circuits patients et d'accueillir les besoins futurs en termes d'activité.

A travers ce projet, le pôle doit relever deux défis. Le premier est d'optimiser le futur bloc opératoire avec le doublement de la capacité en salles. Le second est de poursuivre la transformation de l'offre de soins en développant la chirurgie ambulatoire.

La première partie de ce mémoire aborde le projet de transformation de l'unité de chirurgie ambulatoire et met en évidence l'opportunité qu'il représente pour repenser ses modes d'hospitalisation et adapter les locaux à une organisation optimale et sécurisée. Elle est complétée par une analyse stratégique du pôle afin de définir des actions pour relever ces deux défis.

La deuxième partie est consacrée à des propositions de pistes d'actions et de projets à mener pour permettre d'accélérer le virage ambulatoire au sein des établissements de santé. Enfin, ce projet ainsi que les échanges avec les professionnels de santé ont fait émerger la nécessité d'une réflexion plus large pour qu'en 2022 sept hospitalisations sur dix soient prises en charge sans nuitée.

Mots clés :
Chirurgie ambulatoire, innovation organisationnelle, innovation architecturale, stratégie, efficacité, équilibre médico-économique, pilotage, parcours patients, hôtel hospitalier, bloc opératoire, plateforme territoriale d'appui, récupération accélérée après chirurgie

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