



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : Décembre 2002

**LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CENTRE
HOSPITALIER DE COULOMMIERS : UNE OPPORTUNITE
A SAISIR POUR L'HÔPITAL PUBLIC ?**

Sophie DUBOIS LEPAND

Sommaire

INTRODUCTION	p1
I) La création d'une structure d'Anesthésie Chirurgie Ambulatoire au Centre Hospitalier de Coulommiers : une réponse appropriée aux souhaits des autorités de tutelle et de la population	p5
<u>A) Les origines de la structure</u>	p5
1. <i>Incidations réglementaires : une priorité des pouvoirs publics en général et du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) d' Ile-de-France en particulier</i>	p6
2. <i>contexte local :</i>	P10
3. <i>Incidations financières : volonté des pouvoirs publics de réaliser des économies</i>	P15
<u>B) La nécessaire mise en conformité par rapport aux exigences réglementaires</u>	P18
1. <i>Conformité en termes de conditions générales de fonctionnement</i>	P19
2. <i>Conformité en termes de locaux</i>	P23
3. <i>Conformité en termes de personnels</i>	P27
<u>C) Cette structure d'ACA répond-elle aux besoins et exigences des différents acteurs ?</u>	P28
1. <i>Population du secteur sanitaire</i>	P29
2. <i>Les praticiens hospitaliers</i>	P34
3. <i>Les médecins de ville adresseurs</i>	P35
II) La création de cette structure d'ACA ne constitue-t' elle pas un frein pour le budget de l'établissement ?	P38
<u>A) Le poids de la CA dans l'activité hospitalière</u>	P38
1. <i>Difficulté à isoler l'activité de CA dans le PMSI</i>	P38
2. <i>Poids relatif de l'ACA en termes d'activité</i>	P40
<u>B) Les freins au développement de la CA dans un établissement hospitalier public</u>	P44
1. <i>Les freins d'ordre culturel</i>	P44
2. <i>Les freins d'ordre financier</i>	P46
<u>C) Un intérêt économique a priori certain, mais difficile à apprécier</u>	P49
1. <i>Une pratique susceptible de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé</i>	P50
2. <i>La nécessité d'évaluer la part de CA substitutive à la CA traditionnelle</i>	P53
<u>D) Les mesures déjà adoptées et les améliorations possibles</u>	P56
1. <i>Le logiciel « Ambu »</i>	p57
2. <i>Mieux faire connaître la CA</i>	p58
CONCLUSION	p62
Annexes	p63

Liste des sigles utilisés

ACA	Anesthésie chirurgie ambulatoire
AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAES	Agence nationale de l'accréditation et évaluation en santé
ARHIF	Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile- de- France
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDAM	Catalogue des actes médicaux
CFAR	Collège français d'anesthésie réanimation
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CM24	Catégorie majeure ou médicale 24, enregistré dans la base PMSI MCO, les séjours hospitaliers inférieurs à 24 heures
COTRIM	Comité technique régional de l'information médicale
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES la Santé	Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DRASSIF France	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile- de-
EPS	Etablissement public de santé
GHM	Groupe homogène de malades
HC	Hospitalisation complète
ISA	Indice synthétique d'activité
KFSO	K forfait de salle d'opération
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OAP	Outil d'analyse du PMSI
PH	Praticien Hospitalier
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH	Privé participant au service public hospitalier
RGP	Recensement général de la population
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSS	Résumé de sortie standardisé
SAE	Statistique annuelle des établissements de soins
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation
SMAMIF	Service médical d'assurance maladie d'Ile-de-France
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TO	Taux d'occupation
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
VP ISA MCO	Valeur de point obtenue en divisant les dépenses MCO par le nombre de points ISA MCO

INTRODUCTION

Si la notion de chirurgie ambulatoire apparaît dès le début du XXème siècle, avec la description dès 1909 d'interventions de ce type chez des enfants à l'hôpital de Glasgow par Nicoll, elle n'a connu un réel développement qu'à partir des années 1970, puis une croissance rapide dans les années 1980, notamment aux Etats - Unis.

Elle peut être définie, selon la définition donnée par l'ANAES, comme les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance post-opératoire en salle de réveil permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission. Le patient ne passe donc pas de nuit en hospitalisation, qui n'est alors pas une hospitalisation dite complète (HC). Les actes pratiqués sont des actes chirurgicaux au sens strict ou des actes d'exploration, on parle dans le second cas plutôt d'anesthésie ambulatoire. Les structures pratiquant ce mode de prise en charge sont d'ailleurs appelées « unités d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire (ACA) ».

La chirurgie ambulatoire apparaît comme un concept à part entière, à la fois architectural, organisationnel et thérapeutique, centré sur la prise en charge du patient. Quelques traits généraux la caractérisent : tout d'abord l'unité de soins est individualisée au sein de l'établissement hospitalier, public ou privé, ou plus rarement peut exister sous la forme d'une structure autonome (ex : clinique de la main). C'est ensuite un type de chirurgie programmé plusieurs jours à l'avance et réalisé lors des jours ouvrables en semaine, qui ne concerne pas tous les types de malades, qui sont sélectionnés. Enfin, la procédure opératoire elle-même est identique à celle de l'hospitalisation complète, les patients sont évalués par les praticiens avant leur sortie et le passage en hospitalisation complète reste possible en cas de complications.

Plusieurs types de facteurs ont contribué à son développement et à sa diffusion, et tout d'abord les incitatifs médicaux tels que les progrès réalisés en matière d'anesthésie et les avancées pharmacologiques. Ainsi, depuis le début

des années 1980, le développement de l'anesthésie locale et loco-régionale, généralement plus longues à mettre en œuvre que les techniques d'anesthésie générale traditionnelles, a permis de raccourcir néanmoins la durée des phases pré et postopératoires tout en assurant un environnement de sécurité. En outre les progrès atteints concernant les produits anesthésiants généraux améliorent la qualité du réveil et par conséquent le confort du patient.

Car dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, l'anesthésie, qu'elle soit générale ou locale, doit impérativement permettre le retour à domicile le jour même d'où la nécessité d'obtenir un réveil rapide, de minimiser les effets secondaires des produits utilisés sur la fonction psychomotrice. De même le contrôle de la douleur en période postopératoire au domicile représente un facteur majeur d'acceptabilité pour le patient en chirurgie ambulatoire, car les traitements antalgiques doivent être administrés précocement, à forte dose et brièvement.

Un deuxième incitatif consiste dans le développement de nouvelles technologies médicales et /ou chirurgicales avec le développement d'une chirurgie vidéo-assistée grâce à la miniaturisation et aux fibres optiques, mais aussi l'utilisation du laser, des ultrasons ou encore des matériaux synthétiques.

Un troisième incitatif réside dans l'intérêt économique que ce type de prise en charge représente pour les pouvoirs publics en général et pour l'assurance maladie en particulier. Ce sont justement des motifs d'ordre financier, dus aux difficultés de financement des systèmes de protection sociale, qui sont à l'origine de l'expansion de la chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis et au Canada. Selon la littérature, la chirurgie ambulatoire absorbe en 1997 entre 50% et 65% de l'activité chirurgicale aux Etats-Unis, et pour un groupe d'actes sélectionnés par l'Association internationale de chirurgie ambulatoire, ce taux atteint 93% aux Etats-Unis et 79% au Canada, contre seulement 1/3 des séjours en France.

A l'exception de la Grande- Bretagne, un démarrage tardif de la chirurgie ambulatoire caractérise l'Europe, à la fin des années 1980, où elle se développe essentiellement pour des raisons économiques de maîtrise des coûts hospitaliers. La Grande-Bretagne, les Pays-Bas et la Belgique s'affirment aujourd'hui comme les pays leaders de cette pratique en Europe.

En France, le premier centre indépendant est créé en 1980 à Strasbourg par le chirurgien Guy Foucher. En l'absence de cadre réglementaire, la chirurgie

ambulatoire se développe dans de nombreuses cliniques de manière informelle dès 1985. Celles-ci demandent le remboursement des forfaits de salles d'opération correspondant à ces interventions, qui couvrent l'utilisation de la salle d'opération, le matériel, la fourniture des médicaments nécessaires à l'intervention et les frais de personnels, sauf les honoraires des praticiens, qui viennent s'ajouter.

Le début des années 1990 marque enfin l'essor de la chirurgie ambulatoire en France avec la publication de la loi du 31 juillet 1991. Le retard enregistré tient plus au manque de création de structures de chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux ou de centres autonomes qu'à la réalité des pratiques chirurgicales, déjà existantes. Au 31 décembre 1997, selon la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE), environ 1000 établissements possèdent une structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire et offrent au total plus de 6800 places en France, soit 1 place pour 10 lits d'hospitalisation complète dans le secteur privé, 1 pour 35 lits d'hospitalisation complète dans le secteur Privé participant au Service Public Hospitalier et 1 pour 50 lits dans le secteur public. En 2000, soit à peine plus de deux ans après, le nombre de places de chirurgie ambulatoire s'élève à 7600, soit un potentiel de 2 774 000 interventions par an pour toute la France.

La situation française se caractérise de façon schématique par des lits chirurgicaux excédentaires, un financement par dotation globale et le libre-choix des modes de prise en charge par les médecins et les malades. En France en 2000, selon les données du PMSI, 25% des séjours chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire, 17% pour le public + PSPH et 27% pour le privé. Le relevé des places autorisées augmente de manière sensible dans le secteur public (15%), tout en conservant la majeure partie des places dans le secteur privé (85%).

Pour tenter de remédier à cette situation sanitaire excédentaire en chirurgie, les pouvoirs publics ont choisi de privilégier les modes alternatifs à l'hospitalisation complète, tels que l'anesthésie chirurgie ambulatoire, érigée en priorité de santé publique depuis 1998. La création, en octobre 2000, d'une unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire (ACA) par le Centre Hospitalier de Coulommiers, en Seine-et-Marne, s'inscrit tout à fait dans le cadre des grandes priorités données par le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) d'Ile-de-France. Elle répond à la volonté double des autorités de tutelle de réaliser des économies, car la pratique ambulatoire est réputée moins coûteuse que l'hospitalisation classique, et de répondre à la demande de la population, pour

qui elle présente certains avantages. Mais elle doit répondre à une multiplicité de normes et aussi convaincre ses différents utilisateurs avant de pouvoir démontrer son efficacité.

Après deux ans à peine de fonctionnement, la pratique de l'ACA dans le bassin de population de Coulommiers est aujourd'hui dans la phase la plus délicate de son processus de diffusion. Si sa légitimité thérapeutique est affirmée, elle rencontre de nombreux obstacles liés aux profondes modifications structurelles, comportementales et culturelles qu'elle engendre. A ces difficultés s'ajoute le problème essentiel de l'intérêt économique de la formule, qui n'a pas encore été validé. Des mesures ont déjà été mises en place pour renforcer l'attractivité de ce mode de prise en charge du patient, mais des progrès restent encore à accomplir pour que la chirurgie ambulatoire soit considérée comme une véritable alternative à l'hospitalisation de jour de courte durée.

- I) La création d'une structure d'Anesthésie Chirurgie Ambulatoire au Centre Hospitalier de Coulommiers : une réponse appropriée aux souhaits des autorités de tutelle et de la population

Le nombre de places de chirurgie ambulatoire par habitant en France démontre la persistance de grandes disparités géographiques sans parallélisme avec l'hospitalisation complète. Les régions les mieux équipées sont celles de Provence Alpes Côte d'Azur avec 18 places de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants, et d'Ile- de- France avec 16,8 places pour 100 000 habitants en 1995, ces régions sont à dominante urbaine. Outre ces fortes disparités régionales, les places sont essentiellement concentrées sur le secteur privé à but lucratif, avec une domination du secteur privé (87% des places installées le sont dans le secteur privé en 1994, pour seulement 13% dans le public). Dans le secteur privé, les établissements à but lucratif possèdent plus de 90% des places autorisées (le reste étant constitué des établissements PSPH et établissements privés à but non lucratif).

Mais la dimension des structures reste modeste, puisque les unités de plus de 15 places ne se rencontrent que dans 15% des cas. Et selon une enquête de 1996 : 18% de l'ensemble des anesthésies concerne des actes chirurgicaux ambulatoires et 48% des anesthésies réalisées sur le mode ambulatoire relèvent d'actes non chirurgicaux (endoscopies, IVG, radiologie interventionnelle..).

La création d'une unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire (UCA) au Centre hospitalier de Coulommiers répondait à plusieurs objectifs : répondre à la volonté des pouvoirs publics de diminuer les lits d'hospitalisation traditionnelle et d'encourager le développement de structures alternatives à l'hospitalisation classique, produire des soins de qualité pour un coût collectif moindre et répondre aux souhaits de la population du bassin de vie, à la suite notamment d'un bouleversement du contexte local.

A) Les origines de la structure

L'ouverture de l'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire le 19 octobre 2001 s'insérait tout d'abord dans le contexte du SROS d'Ile-de-France, qui reflète la volonté des pouvoirs publics d'une part de diminuer les lits d'hospitalisation complète au profit de structure de type alternatif, d'autre part

de profiter de cette occasion pour faire réfléchir les hôpitaux publics à leurs modes organisationnels. Elle répondait ensuite à un contexte local favorable et à un besoin de la population.

1 Incitations réglementaires : une priorité des pouvoirs publics en général et du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) d'Ile-de-France en particulier

La chirurgie ambulatoire apparaît comme une priorité de santé publique clairement déclarée dans la circulaire ministérielle n°97-790 du 16 décembre 1997 relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

Ainsi, « trois priorités se dégagent d'ores et déjà pour les prochaines années. Elles concernent la chirurgie ambulatoire, la cancérologie et l'accueil des urgences ». Elle y est décrite comme un mode de prise en charge qui devrait mobiliser moins de ressources, en termes de coûts directs, mais aussi comme un puissant facteur de modernisation des établissements et comme un type de chirurgie prenant en compte les demandes et conditions de vie des patients. Pour ces raisons : économies attendues et modernisation des hôpitaux publics leur permettant par la même occasion de mieux coller à la demande des patients, le ministère encourage fortement son développement et donne des consignes en ce sens aux ARH dans la circulaire précitée : « il vous est demandé la plus grande attention pour encourager l'ensemble des projets pertinents de développement de cette activité, notamment lors de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé ».

De priorité nationale, la chirurgie ambulatoire a donc ensuite été érigée en priorité au niveau régional par le biais de l'élaboration des SROS de deuxième génération. Le SROS est un document public de prospective et d'orientation en matière hospitalière qui a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins hospitalière en vue de satisfaire de manière optimale la demande en matière de santé.

Dans un contexte sanitaire excédentaire, l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) a confié au Service Médical d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (SMAMIF) la responsabilité de l'élaboration du volet

chirurgie du SROS de 2^{ème} génération (1999-2003). Car le 1^{er} SROSS 1994-98 de l'Ile-de-France n'avait pas permis suffisamment de diminuer les capacités excédentaires, notamment en chirurgie, où le rythme de diminution des durées moyennes de séjour (qui a pour effet mécanique de dégager des capacités de production excédentaire) n'avait pas été compensé par les fermetures et conversions de lits.

Le SMAMIF a effectué une étude descriptive à partir des données PMSI de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) contenues dans les bases de résumés de sortie anonymes (RSA) du second semestre 1997 des 3 catégories d'établissements représentés en IDF : Assistance Publique- Hôpitaux de Paris (AP –HP), secteur public et PSPH, secteur privé à but lucratif.

Seuls les séjours classés dans un Groupe Homogène de Malades (GHM) de type chirurgical ont été retenus pour décrire l'activité de chirurgie en Ile -de-France. Parmi ceux-ci, les séjours classés dans la catégorie majeure 24, c'est à dire ayant la même date d'entrée et de sortie, ont été considérés comme relevant de la chirurgie ambulatoire ; les séjours hors CM 24 ont été considérés comme relevant de la chirurgie en hospitalisation complète.

La CM 24, concernant les séjours dont la date d'entrée et de sortie sont identiques, est constituée principalement, mais non exclusivement, de séjours relevant de l'activité ambulatoire. En effet, une partie des GHM composant la CM 24, comme ceux relatifs aux décès, transferts, sorties anticipées..., ne concernent visiblement pas l'anesthésie et la chirurgie ambulatoires et figurent dans cette catégorie médicale en raison de leur durée inférieure à 24 heures.

La chirurgie ambulatoire représente un nouveau mode de prise en charge qui s'est largement développé ces dernières années. L'activité chirurgicale est aujourd'hui réalisée à hauteur de 25 % en ambulatoire, mais le développement de ce mode de prise en charge varie considérablement d'un établissement à l'autre et ce, indépendamment de leur statut, laissant présager de la possibilité d'accroître la part de l'activité ambulatoire au sein de bon nombre de structures sur l'ensemble de la région.

Répartition selon le pôle d'activité, par statut (source : SROS IDF)

Spécialités	AP-HP (%)	Public/PSPH(%)	Privé (%)	Total RSA
Sp08-ORL, Stomatologie	9	10,2	80,8	15 935
Sp11-Obstétrique	33,9	21	45,1	17 595
Sp02-Orthopédie, Rhumatologie	10,8	17,4	71,8	13 630
Sp16-Peau et tissu sous-cutané	10,3	10	79,7	13 432
Sp09- Ophtalmologie	12,7	26,9	60,4	8 684
Sp03-Uro-néphrologie	8,2	13,5	78,3	8 214
Sp10-Gynécologie	24,4	16,4	59,2	7 162
Sp01-Digestif	20,3	15,9	63,9	2 004
Sp06-Vasculaire périphérique	1,6	4,2	94,2	1 430
Autres (inf à 1000 RSA/ spécialité)	19,2	25	55,8	2 726
Total	19	16,2	67,6	90 812

L'activité ambulatoire en Ile-de-France est majoritairement réalisée dans le secteur privé à but lucratif (+ de 67%). Sa part est de 30% sur l'ensemble de ses séjours dans le secteur privé à but lucratif, de 19% à l'AP-HP et 16% dans le secteur public / PSPH. Les 5 spécialités les plus fréquemment pratiquées (+ de 75% des séjours ambulatoires) sont l'obstétrique (19,4%) dominée par les IVG, l'orthopédie/ rhumatologie (15%), la peau et tissu sous-cutané (14,8%) et l'ophtalmologie (9,6%). Quelle que soit la spécialité considérée, le secteur privé à but lucratif y occupe une place prépondérante face à un secteur public, qui même en comptabilisant les hôpitaux de l'AP-HP, arrive loin derrière avec environ 35% des séjours.

La volonté de combler ce retard pris par le secteur public dans le domaine ambulatoire explique en partie la politique plus volontariste de l'ARHIF lors de l'élaboration du second schéma, qui recommande dans son chapitre « Développer une offre de soins graduée en fonction des besoins : encourager et encadrer le développement de la chirurgie ambulatoire ». Les raisons les plus souvent mises en avant sont les suivantes :

- une réponse appropriée à la demande des patients
- un facteur dynamique de développement des établissements de santé, en incitant à la promotion des techniques nouvelles

- une diminution des risques d'infections nosocomiales et de complications postopératoires
- un redéploiement du personnel
- et un mode d'hospitalisation susceptible de réduire les coûts de prise en charge.

Faisant suite aux incitations réglementaires, c'est la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, qui officialise la chirurgie ambulatoire en tant que "structure alternative à l'hospitalisation", aux côtés des structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et des structures d'hospitalisation à domicile. Ce texte accompagné de trois décrets d'application du 2 octobre 1992, en reconnaissant la chirurgie ambulatoire comme une véritable alternative à l'hospitalisation classique, l'intègre de fait dans la carte sanitaire de chirurgie. Le cadre juridique des structures est défini, ainsi que leurs modalités de fonctionnement et d'organisation. Ainsi la capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation est exprimée en places et non pas en lits. Selon le décret n°95-993 du 28 août 1995, une place correspond à 365 séances d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

La création de toute nouvelle structure est soumise au régime des autorisations du ministre de la santé, subordonnée à la fermeture de lits hospitaliers quand les moyens d'hospitalisation sont excédentaires, comme c'est le cas pour l'Île-de-France. La création d'une place de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire doit être compensée par la fermeture de 2 lits en chirurgie traditionnelle lorsque la carte sanitaire est en dépassement jusqu'à 25 % et de 2,25 lits si ce dépassement excède 25 %. L'application de ce taux de change devrait à terme entraîner une réduction des places en hospitalisation complète.

Pour pouvoir créer son unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, dotée de 4 places, le Centre hospitalier de Coulommiers, en application du décret n°99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire, a dû rendre 8 lits de chirurgie (cas de la carte sanitaire en dépassement de 25%). Ces 8 lits se décomposaient en 4 lits de chirurgie orthopédique, 2 lits de chirurgie viscérale et 2 lits de spécialité chirurgicale. Outre les incitations réglementaires, le contexte local de la Seine et Marne a également joué un rôle important dans la décision de créer une unité d'ACA à Coulommiers.

2 contexte local :

En Ile-de-France, la carte sanitaire des installations de chirurgie a été révisée par un arrêté n°99-39 du 23 juillet 1999 relatif aux installations de médecine-chirurgie-obstétrique et à l'activité d'accueil et de traitement des urgences. Elle comprend 14 secteurs et fixe les indices de besoins. La population francilienne se chiffre en 1999 à 10 927 305 habitants, soit une croissance de 265 368 personnes en 9 ans (+2,5 % d'augmentation).

Le centre hospitalier de Coulommiers se situe à environ 50 kilomètres de Paris, à l'est de la région Ile-de-France. Le secteur auquel il appartient est le secteur 13 "Seine et Marne Nord". Ce secteur comprend 775 022 habitants (recensement général de la population 1999), contre 691 655 habitants en 1990, soit une progression de 83 367 habitants en 10 ans. Il représente environ 7 % (7,09) de l'ensemble de la population francilienne et s'inscrit parfaitement dans l'accroissement de population constaté en grande couronne, au détriment de la petite couronne, qui perd des habitants.

Le département de Seine-et-Marne est le seul de la région à avoir vu augmenter sa population de plus de 10% entre les deux derniers recensements (+10,6%) alors que les projections de population INSEE prévoient un doublement de la population actuelle à l'horizon 2020. Le Nord du département représente 55% de la population totale de la Seine-et-Marne et se révèle d'autant plus dynamique que les réserves urbanisables de la grande couronne parisienne sont situées en son sein (Marne-la-Vallée et Roissy notamment). Les inventaires DRASSIF permettent de suivre les capacités en lits et places sur une période de 5 ans.

Evolution des capacités autorisées en chirurgie, de décembre 1994 à septembre 1999, par département (source : SROS relatif à la chirurgie en Ile-de-France, juillet 2000)

Département s	décembre 1994		septembre 1999		Evolution 1994 - 1999				Total	
	Lits	Places	Lits	Place s	Lits	%	Places	%	Lits et places	%
75	8264	504	7234	605	- 1030	- 12,5	101	20	- 929	- 10,6
77	1746	109	1754	164	8	0,5	55	50,5	63	3,4
78	2260	152	2002	225	- 258	- 11,4	73	48	- 185	- 7,7
91	1705	104	1673	148	- 32	- 1,9	44	42,3	12	0,7
92	4242	292	3393	320	- 849	-20	28	9,6	- 821	- 18,1
93	2890	185	2572	226	- 318	- 11	41	22,2	- 277	- 9
94	3020	156	2587	158	- 433	- 14,3	2	1,3	- 431	- 13,6
95	1886	129	1694	187	- 192	- 10,2	58	45	- 134	- 6,7
Total	26013	1631	22909	2033	- 3104	-11,9	+ 402	+24,6	- 2702	-9,8

Les départements de Paris et de la petite couronne, qui voient leurs capacités autorisées en chirurgie diminuer au vu du contexte sanitaire globalement excédentaire, certains départements de la grande couronne dont la Seine-et-Marne voient au contraire celles-ci augmenter, de façon à rattraper leur écart en la matière avec le reste de la région francilienne. La Seine-et-Marne est mal dotée en comparaison des autres départements par rapport à sa population, et cette sous-dotatation s'illustre logiquement aussi dans son taux d'équipement en places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, comme ces tableaux extraits des sources DRASSIF le prouvent.

Equipement en places de chirurgie ambulatoire, par département, avril 2001

(source : ARHIF, DRASSIF)

Département	Nbre de places autorisées	Nbre de places installées
Paris	612	498
Seine-et-Marne	178	147
Yvelines	246	187
Essonne	175	126
Hauts de Seine	322	291
Seine-Saint-Denis	225	205
Val-de-Marne	150	134
Val d'Oise	184	169
Total	2092	1757

En Ile-de-France, 22 909 lits et 2 033 places d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire (ACA) étaient autorisés, représentant un excédant de 5 820 lits et places par rapport aux besoins théoriques (bilan de la carte sanitaire au 7 septembre 1999). Pour l'anesthésie chirurgie ambulatoire, 402 places ont été créées avec un pourcentage d'accroissement plus important dans les quatre départements de la grande couronne, dont encore la Seine-et-Marne, qui apparaît sous-dotée et doit donc rattraper son retard concernant le nombre de lits et places chirurgicaux.

C'est dans ce contexte que le Centre hospitalier de Coulommiers a prévu dans le cadre de son projet d'établissement, accepté par le conseil d'administration lors de sa séance du 17 juin 1999, la création d'une unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire. Le CH de Coulommiers est le premier établissement public de santé du département à s'être doté d'une unité individualisée d'ACA, ouverte effectivement le 19 octobre 2000. L'annexe au SROS IDF relatif à la chirurgie prévoit, au sein du secteur 13 Seine et Marne Nord, que "Le centre hospitalier de Coulommiers (EPS) doit développer des complémentarités avec le centre hospitalier de Meaux et s'investir dans la chirurgie ambulatoire, comme le prévoit son projet d'établissement." Pour les autorités de tutelle, l'offre de soins ambulatoires en tant qu'alternative à l'hospitalisation de court séjour représente une opportunité pour les établissements publics de santé. Elle représente d'abord la possibilité d'attirer

une clientèle nouvelle, généralement active. Elle est ensuite une opportunité pour ces derniers de réfléchir sur l'organisation de leurs services afin de l'optimiser. La combinaison des ces deux facteurs devant permettre au secteur public de concurrencer un secteur privé omniprésent dans le domaine e la chirurgie programmée.

Equipement en places de chirurgie ambulatoire, par catégorie, avril 2001
(source : ARHIF, DRASSIF)

Catégorie	Nombre de places	
	autorisées	installées
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris	132	112
Etablissements publics de santé	169	99
Etablissements privés participant au S.P.H	103	58
Etablissements privés non lucratifs	117	74
Etablissements privés lucratifs	1552	1403

Il apparaît en effet à la lecture de ce tableau que le secteur privé lucratif joue un rôle prédominant en chirurgie programmée et quasi exclusif en chirurgie ambulatoire au sein de la région francilienne. Le nombre de places autorisées dans le secteur privé est beaucoup plus élevé que dans les établissements sous dotation globale. Ceci souligne les implications différentes entre les deux secteurs dans le développement de ce type de chirurgie. Au 31 décembre 1998, en Ile-de-France, la chirurgie ambulatoire totalisait 465 101 venues pour 1629 places dans les établissements d'hospitalisation privés contre 51 378 venues pour 222 places dans les établissements d'hospitalisation publics (source : ministère de l'emploi et de la solidarité).

Activité d'anesthésie chirurgie ambulatoire, par statut, en Ile-de-France (source :
SROS chirurgie IDF, juillet 2000)

	nbre d'établissements ayant une unité d'ACA installée	nbre de places ACA autorisées	nombre de venues	TO (%)	Nbre d' 'interventions	Nombre de KC + K
AP-HP	20	129	24 667	52	15 453	1 564 696
EPS	21	140	10 654	21	9 688	535 450
PSPH	14	80	11 800	40	9 763	476 191
CLCC	2	11	3 908	97	3 908	126 859
Privé	163	1 582	395 904	69	334 268	20 748 252
Total	220	1 942	446 933	63	373 080	23 451 448

Les chiffres révèlent une plus forte productivité dans les établissements privés lucratifs, où les professionnels de santé se sont orientés beaucoup plus rapidement vers ce mode de prise en charge. Cependant le secteur sous dotation globale prend en charge un pourcentage plus élevé d'interventions lourdes, assure des responsabilités importantes en matière d'accueil et de traitement des urgences, de prise en charge des plus démunis, tandis que le secteur privé a une activité de chirurgie programmée prépondérante.

Or, dans ce contexte de concurrence entre secteurs public et privé dans le domaine ambulatoire, au profit du secteur privé, le Centre hospitalier de Coulommiers a bénéficié de circonstances particulièrement favorables, avec la fermeture en février 2000 de la seule clinique privée de la ville. La clinique des Moulins disposait de 33 lits d'hospitalisation complète et de 5 places d'anesthésie et chirurgie ambulatoire et réalisait presque un tiers de son activité avec l'ambulatoire, mais elle a dû fermer suite à une décision administrative, car elle ne remplissait plus les critères de sécurité exigés pour les patients. La création d'une UCA à l'hôpital public de Coulommiers, dans le cadre de son projet d'établissement, représentait dès lors une opportunité à saisir. Elle pouvait

permettre de récupérer une grande partie de la clientèle de la clinique, voire d'attirer un nouveau type de clientèle potentielle.

3 Incitations financières : volonté des pouvoirs publics de réaliser des économies

Le décret n°92-1100 du 2 octobre 1992 définit clairement les structures de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire : « les structures de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire permettent d'effectuer, dans les conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. Ces structures dispensent des prestations équivalentes par leur importance à celles effectuées habituellement en hospitalisation complète, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures ». La volonté de raccourcir la durée d'hospitalisation, que permet ce genre de prise en charge, est motivée autant par le souci de bien-être des patients que par le souci d'économies potentielles à réaliser par les établissements de soins.

Un des avantages régulièrement mis en avant pour la promotion de la chirurgie ambulatoire concerne effectivement la réduction des coûts directs engendrés par ce type de structure, tels que la nécessité de supprimer ou de libérer des lits d'hospitalisation complète ou encore la diminution des frais d'hôtellerie et l'absence de personnels de garde la nuit, du fait du retour du patient à son domicile le soir même de l'intervention subie. Les premiers pays à avoir mis en exergue ce type d'avantages sont les Etats-Unis et le Canada, ainsi que des pays d'Europe du Nord : le Royaume-Uni et les Pays-Bas.

Aux Etats -Unis et au Canada, ce sont justement des facteurs d'ordre économique, dus aux difficultés de financement de leurs systèmes de protection sociale, qui ont poussé au développement de la chirurgie ambulatoire. Dans les années 1980, plus de 96% des organismes payeurs aux Etats-Unis couvraient les dépenses de chirurgie ambulatoire. De plus, des incitations financières des prestataires de services et assureurs ont été mises en place : dans un premier temps, de nombreux organismes payeurs et notamment Medicare, à partir de 1982, remboursaient uniquement 80% des honoraires des chirurgiens si l'intervention chirurgicale était réalisée de façon traditionnelle, tandis que la totalité des frais étaient remboursés si l'acte avait été réalisé en ambulatoire.

Dans un second temps, Medicare, les mutuelles et particulièrement les "Health maintenance Organizations" ont établi une liste d'interventions qui devaient être pratiquées uniquement en ambulatoire pour être remboursées (la chirurgie ambulatoire représentait environ 70% de l'ensemble des actes chirurgicaux en 1998 aux Etats-Unis).

Les 15 principales interventions de CA prises en charge par Medicare

- 1) extraction de la cataracte, remplacement du cristallin
- 2) colonoscopie (diagnostic)
- 3) colonoscopie, extraction de la lésion
- 4) Cataracte secondaire (laser chirurgical)
- 5) endoscopie digestive haute, diagnostic
- 6) endoscopie digestive haute, biopsie
- 7) cystoscopie
- 8) colonoscopie et biopsie
- 9) extraction d'une lésion du sein
- 10) hernie inguinale
- 11) canal carpien
- 12) biopsie du sein
- 13) dilation et curetage
- 14) arthroscopie du genou
- 15) fragmentation de calculs rénaux

Au Royaume-Uni, c'est la volonté des pouvoirs publics de réduire les listes d'attente en chirurgie et de pallier la difficulté de recrutement en personnel infirmier qui a été l'élément déclencheur. En 1985, le Royal College of Surgeons of England a approuvé officiellement la chirurgie ambulatoire comme étant un élément important des soins chirurgicaux, estimant que près de 50% des actes chirurgicaux pourraient être réalisés en ambulatoire (variable selon les spécialités) et a établi un guide de recommandations qui est régulièrement réévalué. Mais bien que pratiquée depuis quarante ans, la chirurgie ambulatoire ne représente encore que 20% environ des interventions chirurgicales, car peu de mesures financières incitatives sont venues encourager le développement de cette alternative à l'hospitalisation complète dans les hôpitaux qui fonctionnaient selon un budget annuel fixé, indépendamment du nombre de cas traités.

Ainsi le bénéfice économique attendu de la pratique ambulatoire réside essentiellement dans la baisse du coût par patient. Cependant l'établissement public de santé ne doit pas s'attendre à une réalisation immédiate d'économies, notamment parce que la chirurgie ambulatoire nécessite une adaptation des installations pour se plier à la réglementation, jugée très contraignante par les professionnels de santé et par conséquent un investissement financier préalable non négligeable.

L'hôpital de Coulommiers avait estimé le coût de la création de sa structure d'ACA à 798 985,25 euros (5 241 000 francs), se décomposant comme suit :

Coût d'investissement : 109 001 € (715 000 F)

- Travaux d'aménagement : 78 511,24 € (515 000 F)
- Equipements hôtelier et logistique : 30 489,80 € (200 000 F)

Coût prévisionnel d'exploitation : 689 984,25 € (4 526 000 F)

- Dépenses de personnel : 366 411,21 € (2 403 500F)
- Dépenses de fonctionnement : 102 628,68 € (673 200 F)
- Amortissements : 13 949,09 € (91 500 F)
- Charges indirectes : 206 995,28€ (1 357 800 F)

Le CH a fait réaliser l'adaptation des locaux par ses services techniques. Bien que représentant un investissement financier relativement conséquent, l'hôpital n'a sollicité aucun crédit supplémentaire, assurant le coût de l'opération par autofinancement. Une fois l'opération de création de la structure décidée et approuvée par les différentes instances de l'établissement, la nécessité de répondre aux multiples contraintes réglementaires en la matière s'imposait afin de pouvoir emporter l'agrément définitif des autorités de tutelle.

B) La nécessaire mise en conformité par rapport aux exigences réglementaires

Les textes réglementant l'activité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire sont nombreux et souvent jugés contraignants :

- Loi n°91-748 portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 : acte de naissance des soins avec ou sans hébergement (soumet les structures de soins à autorisation).
- Décret n°92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L.712-10 du code de la santé publique (structures de soins alternatives à l'hospitalisation).
- Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du Code de la santé publique (prise en compte dans la carte sanitaire et déclaration au Préfet de région).
- Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du Code de la santé publique.
- Arrêté du 12 novembre 1992 : explicite les modalités de déclaration des structures.
- Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire en chirurgie ambulatoire.
- Lettre- circulaire DH/EO 3-101 du 3 février 1994 relative aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
- Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994, (dit « décret sécurité de l'anesthésie »).
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (contrat d'objectifs et de moyens).
- Décret n°97-1165 du 16 décembre 1997 relatif aux conditions de réalisation de l'évaluation prévue à l'article L.712-12-1 du CSP et modifiant de code.
- Circulaire DGS-SP1-VS1/DSS-1A/DH-EO-AF2/97-790 du 16 décembre 1997 relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale (priorité de santé publique du développement de l'ambulatoire).

- Arrêté du 18 mai 1998 créant un traitement automatisé national d'informations médico-économiques destiné à améliorer la classification de groupes homogènes de malades du programme de médicalisation du système d'information dans sa partie traitant de l'activité d'hospitalisation dite "ambulatoire".
- Décret n°99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et modifiant le code de la santé publique.
- Arrêté du 31 mai 1999 relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou de renouvellement d'autorisation d'une structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.
- Instruction DH/EO du 7 juillet 1999 relative à l'entrée en vigueur du décret n°99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et modifiant le code de la santé publique.

Ces normes strictes, qu'elles concernent les conditions de fonctionnement, les locaux ou les personnels des unités d'ACA, ont pour objectif d'assurer au minimum un niveau de sécurité identique à celui exigé en hospitalisation classique et de rassurer les patients, qui seront alors plus favorables à l'idée de venir se faire opérer dans ce type de structures.

1. Conformité en termes de conditions générales de fonctionnement

Les unités d'ACA sont soumises à autorisation et à renouvellement par la loi du 31 juillet 1991. Ce régime d'autorisation s'applique à tous les établissements de santé, quel que soit leur statut : public, privé, P.S.P.H ou leur forme : GIE, GIP, syndicat inter-hospitalier...Elles sont à ce titre inscrites à la carte sanitaire établie au niveau régional par les autorités de tutelle (ARH). Lorsque les besoins de la population sont quantitativement satisfaits au regard de la planification sanitaire, l'établissement qui désire obtenir des places de chirurgie ambulatoire n'y est autorisé, par dérogation à cette dernière, qu'en échange de la réduction de ses lits de chirurgie. Ceux-ci sont alors convertis en places (2 à 2,25 lits par place selon le degré d'excédent de la carte sanitaire).

Une telle procédure repose sur le postulat de substitution de la chirurgie ambulatoire à la chirurgie traditionnelle et sur la volonté omniprésente de fermer les lits excédentaires. Ce mécanisme de taux de change est fortement critiqué, aussi bien par le privé, qui y est soumis, que par le public, en ce qu'il pénalise les établissements dynamiques qui, utilisant au mieux de leurs capacités d'hospitalisation, sont dans l'incapacité de fermer des lits. A l'inverse, il pourra être tentant pour un établissement de santé dont les taux d'occupation des services de chirurgie sont faibles ou pas assez élevés (le taux d'occupation en chirurgie est estimé comme devant atteindre au moins 60% pour que le service soit « rentable ») de transformer des lits d'hospitalisation complète inoccupés, donc chers, en places d'ambulatoire. Ce genre de cas se rencontre plus fréquemment dans le secteur public que dans le secteur privé libéral, incité à rentabiliser au maximum ses lits.

Par ailleurs, les autorisations de fonctionnement ont une durée préétablie, qui peut être de 5, 7 ou 10 ans en fonction de la nature de l'installation et à compter de la date de visite de conformité. L'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire de Coulommiers a reçu une première autorisation de fonctionner pour une durée de 5 ans, mais n'a aucun droit acquis à renouvellement automatique de son autorisation. C'est pourquoi le Centre hospitalier dans son dossier de demande d'autorisation s'est engagé à évaluer son activité de chirurgie ambulatoire : « Le Centre Hospitalier s'engage à apprécier l'activité de chirurgie ambulatoire alternative à l'hospitalisation complète au moyen de l'indicateur de référence prévu par l'arrêté du 31 mai 1999. Chaque année, jusqu'au renouvellement de l'autorisation, au plus tard le 15 avril, le Centre Hospitalier transmettra à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation un tableau récapitulatif concernant les données de l'année antérieure conformément à l'arrêté du 31 mai 1999 ».

Outre les conditions à remplir pour obtenir l'autorisation de fonctionner, les structures d'ACA doivent mettre en place une organisation spécifique permettant de garantir certaines exigences de qualité. Ces structures doivent en effet être conçues comme des unités de soins individualisés spécifiquement affectées au traitement en ambulatoire des malades, dont les conditions techniques de fonctionnement (art. D712-30 à D 712-39 du Code de la Santé publique) sont très strictes :

- La structure de chirurgie ambulatoire doit être identifiable avec une organisation distincte et un personnel spécialement mis à disposition.

- Les conditions d'accès au plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients. Le circuit du patient doit être court et simple, ayant des répercussions sur le plan de l'hygiène et sur le plan psychologique.

La littérature spécialisée recommande que les patients les plus lourds, les plus exposés aux risques d'infection nosocomiales, ne soient pas au contact des patients ambulatoires dans les zones d'attente, de transfert ou d'hospitalisation. De même, l'absence de tels patients dans le champ de vision de l'opéré ambulatoire changerait sa perception de ses quelques heures d'hospitalisation.

- Le secteur opératoire doit être conforme aux caractéristiques fixées par arrêté ministériel.
- Les structures doivent posséder les agencements et équipements nécessaires à la préparation préalable du patient (y compris la consultation de l'anesthésie), disposer d'une salle de repos et d'autres moyens nécessaires à la sortie du patient.
- Les moyens disponibles à la prise en charge immédiate d'une complication doivent être disponibles sans délai (locaux, matériels, médicaments). De manière plus générale, l'attente doit être minimale, le patient doit se présenter une heure seulement avant l'heure présumée de l'intervention et sortir quelques heures (entre 2 et 4 heures) après l'acte chirurgical. La chronologie du circuit du patient est intangible et sa programmation doit être respectée.
- La continuité des soins doit être assurée en dehors des heures d'ouverture de la structure, y compris le week-end et les jours fériés. Les unités de chirurgie ambulatoire sont par conséquent tenues d'organiser les modalités de continuité des soins et de les décrire avec précision dans le règlement intérieur.
- Concernant l'anesthésie, élément essentiel à la pratique ambulatoire, puisque c'est elle qui conditionne à la fois le choix des patients et leur retour à leur domicile le soir même de l'intervention, les conditions de fonctionnement relatives à sa pratique sont énumérées dans le décret n°94-1050 du 5 décembre 1994, qui insiste à nouveau sur la sécurité. En matière d'anesthésie, l'apparition de nouvelles drogues et le perfectionnement des appareils offre la possibilité aux chirurgiens

d'intervenir chez des patients fragilisés. Ceci permet également de développer la chirurgie ambulatoire, elle-même favorisée par le caractère de moins en moins invasif des interventions dans certaines disciplines chirurgicales.

Enfin s'il n'existe pas de normes spécifiques d'organisation et de fonctionnement d'un service de chirurgie, l'activité s'exerce néanmoins dans un environnement encadré par des dispositions légales ou réglementaires relatives à la sécurité des soins ou à leur organisation, dispositions qui méritent, pour les plus importantes, d'être rappelées brièvement. Depuis 1992, des décrets successifs obligent les structures chirurgicales à optimiser leur environnement sécuritaire :

- organisation de la permanence médicale et chirurgicale
- entretien et perfectionnement des connaissances des praticiens hospitaliers
- qualification des personnels non médicaux intervenant au bloc opératoire
- mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins
- réglementation particulière pour les structures où sont exercées des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

La sécurité des soins en matière ambulatoire dépend ainsi en grande partie de la sécurité anesthésique. A la lecture du tableau ci-après, on peut noter que les unités de chirurgie ambulatoire francilienne ne disposent pas d'un chariot de réanimation dédié à la structure dans 15 % des cas et que ces unités ne sont pas individualisées dans 5% des cas.

Equipement de base en chirurgie ambulatoire, par statut, en région Ile-de-France
(source : SROS chirurgie IDF, juillet 2000)

	Nbre de sites disposant d'une structure d'ACA installée	Equipements (nombre de sites)			
		individualisation de la structure	arrivée de fluides médicaux	poste de soins infirmiers	chariot de réanimation
AP-HP	20	19	22	17	16
EPS	21	16	16	15	14
PSPH	14	18	19	17	17
CLCC	2	1	1	1	1
Privé	163	155	160	156	139
Total	220	209	218	206	187

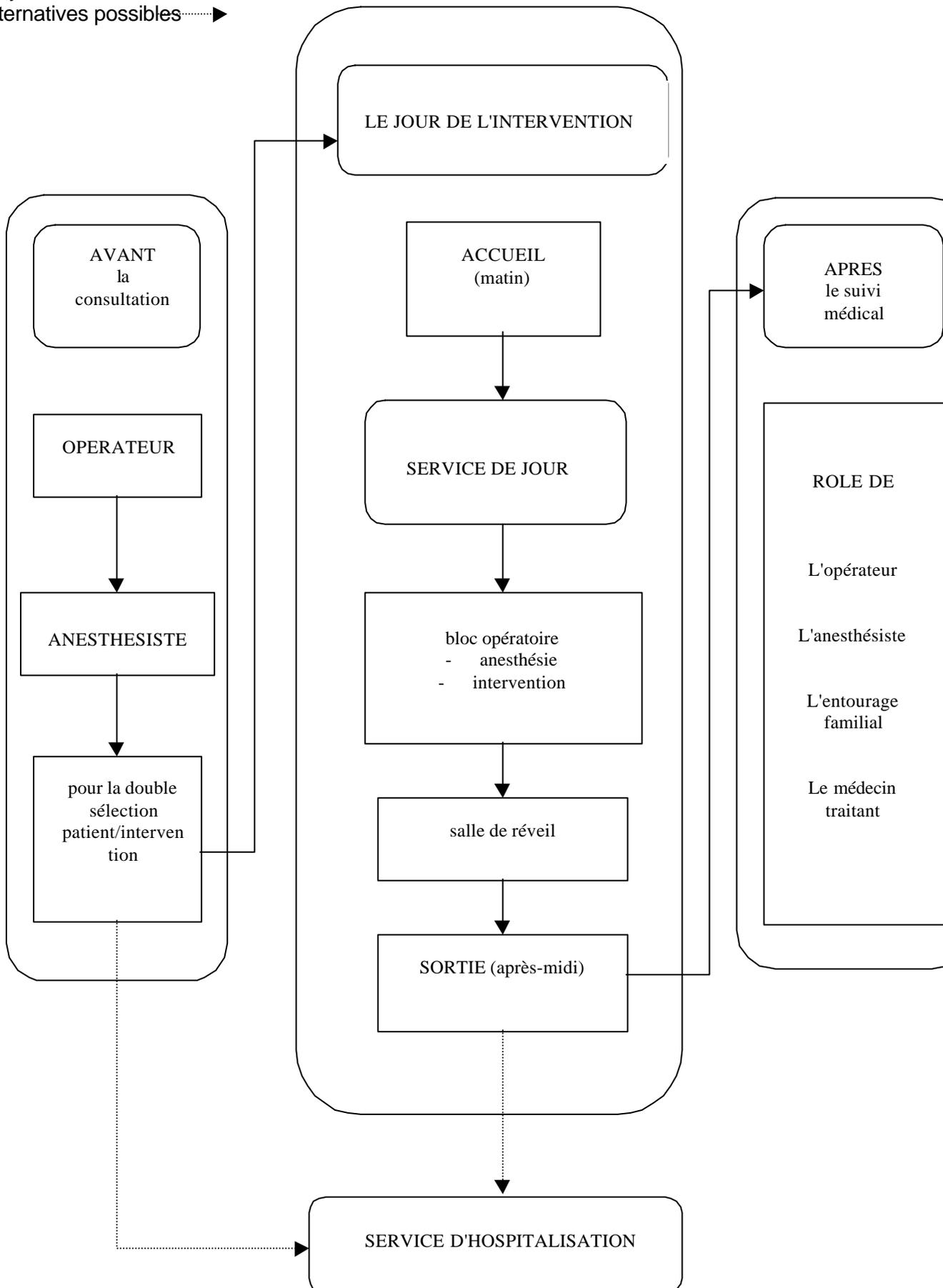
2. Conformité en termes de locaux (structure individualisée, fonctionnement du bloc...)

L'unité d'anesthésie chirurgie ambulatoire est une structure accueillant différentes spécialités ; sa fonction multidisciplinaire mérite d'être largement privilégiée, hormis dans les établissements mono- spécialisés. Elle exige une gestion optimale des programmes opératoires avec une très forte coordination des équipes (chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, paramédicaux) et une information en temps réel du médecin traitant pour assurer la continuité des soins.

La structure ambulatoire est constituée de trois secteurs essentiels qui sont le secteur d'accueil, le secteur opératoire et le secteur de repos. Le trajet du patient au sein de ces secteurs peut être décrit par le schéma suivant.

PARCOURS DU PATIENT EN STRUCTURE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Trajet habituel —————>
 Alternatives possibles - - - - ->



L'arrêté du 7 janvier 1993 officialise la notion de bloc chirurgical en ambulatoire : entité indépendante, ce bloc doit néanmoins posséder toutes les caractéristiques d'un bloc opératoire traditionnel pour garantir la qualité des actes et la sécurité des patients. Le bloc opératoire et la salle de réveil peuvent être communs avec le secteur d'hospitalisation classique, mais les locaux d'accueil et de repos doivent être distincts ainsi que les circuits empruntés par les patients.

Le bloc occupe une position stratégique de plus en plus forte (évolution des indicateurs d'activité chirurgicale : points ISA, GHM...). Le bloc opératoire à Coulommiers est ouvert chaque jour de 8h30 à 16 h00 et se compose de 5 salles plus une salle spécifique dédiée au bloc maternité- gynécologie. La salle de réveil est commune aussi bien aux activités de chirurgie traditionnelle que de chirurgie ambulatoire.

L'intégration du bloc ambulatoire dans le bloc conventionnel, comme c'est le cas au centre hospitalier de Coulommiers, est fortement liée à l'activité de ce dernier. Si les salles d'opération existantes ne sont pas employées à plein temps, la réalisation de nouvelles salles de chirurgie ambulatoire ne fera qu'accentuer le sous-emploi des salles existantes. Alors que l'autonomie du bloc ambulatoire s'impose dès lors que le bloc général est saturé.

Ainsi le bloc opératoire de l'hôpital a réalisé une activité égale à 220 545 K en 1999 et 259 000 K en 2000. Cette activité, bien que relativement importante et en progression, ne nécessite cependant pas, du moins actuellement, la dissociation et l'individualisation d'un bloc propre à l'unité d'anesthésie chirurgie ambulatoire. Le conseil de bloc, avec deux médecins référents nommés en juin 2000, s'est réuni deux fois depuis juin 2002 dans le but de réécrire la charte de fonctionnement et de réorganiser la répartition des vacations opératoires en fonction de l'activité des différentes spécialités (mesurées sur deux mois en février et mars 2002).

Les actes d'anesthésie chirurgie ambulatoire n'ont pas d'horaires spécifiques réservés sur le planning opératoire, qui est établi le jeudi ou le vendredi pour la semaine suivante. Mais ils sont réalisés prioritairement en début de leur programme par chacun des praticiens, généralement entre 8 h00 et 13h30, selon le type d'anesthésie et le type d'intervention. Seules les endoscopies, souvent longues à préparer, peuvent commencer plus tard (vers 11h30).

Le bloc intégré induit souvent un secteur opératoire éloigné des autres secteurs de l'unité de chirurgie ambulatoire, en contradiction avec la nécessité d'un circuit court. C'est le cas à Coulommiers, l'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire se situant à l'étage supérieur à celui du bloc et de plus pas à sa proximité immédiate. En outre, l'unité est placée dans le bloc des services de médecine et non pas de chirurgie, ce qui aurait semblé plus logique. Mais le choix de la localisation a été dicté a priori par la nécessité pour la structure de disposer d'un accès indépendant et aussi par les locaux disponibles au sein du CH. Cependant cet inconvénient d'éloignement est pallié par la disponibilité de l'aide-soignant de l'unité, qui brancarde lui-même les patients jusqu'au bloc et vient les y rechercher, évitant ainsi de recourir aux brancardiers de l'hôpital et personnalisant la relation avec le malade, mis en confiance par une personne du service.

3. Conformité en termes de personnels

Le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 rappelle les conditions relatives aux personnels des structures de soins ambulatoires. Le nombre et la qualification des personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans la structure sont appréciés par le Préfet de région, au vu du dossier de demande d'autorisation, en fonction de la nature et du volume d'activités effectués, de la fréquence des prestations délivrées, de leurs caractéristiques techniques et de l'importance des risques encourus par les patients. Les exigences en personnels sont clairement explicitées : pendant les heures d'ouverture de l'unité, il est exigé que soient présents au minimum et de manière permanente un médecin qualifié, un infirmier pour 5 malades présents, un médecin anesthésiste réanimateur et deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

Les personnels médicaux appelés à intervenir au sein de l'unité d'ACA sont les chefs de service, accompagnés de leurs collaborateurs, des sept spécialités suivantes : chirurgie A viscérale et digestive, chirurgie B orthopédique et traumatologique, ophtalmologie, gynécologie, endoscopie et anesthésie.

Concernant les personnels non médicaux, les effectifs comprennent 1 surveillante, 1 secrétaire, 2 infirmiers, 2 aides-soignants et 1 agent des services hospitaliers. La surveillante de la structure est affectée à mi-temps sur l'ACA et

pour son autre mi-temps sur les consultations externes, ce qui ne semble pas poser de problème dans la pratique, puisque les deux services sont voisins et dans le prolongement l'un de l'autre.

La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge innovant dans la mesure où elle modifie complètement les rapports entre les différents acteurs amenés à intervenir au sein de cette structure. En effet, entièrement centrée sur le patient, elle implique une collaboration accrue entre médecins et personnels soignants et administratifs afin de parvenir à l'objectif du «zéro défaut ». Et elle nécessite une organisation en temps réel parfaitement au point pour permettre le retour du patient à son domicile quelques heures seulement après l'intervention subie. Elle oblige donc à une évolution des pratiques habituelles au sein de l'hôpital.

La première modification concerne le rôle des chirurgiens. Ils sont en effet plusieurs à intervenir au sein de cette structure, qui ne possède pas de chef de service comme un service d'hospitalisation classique et impose à ceux-ci de nombreux déplacements entre leur service et l'unité d'ACA. Elle s'oppose donc à la « balkanisation » typique des services et favorise leur décloisonnement, car une bonne entente entre les différents acteurs est primordiale pour la réussite de ce genre d'unité.

Elle contribue par ailleurs à donner plus de pouvoir au médecin anesthésiste, qui confirme ou infirme la décision du chirurgien d'opérer ou d'effectuer un acte d'exploration fonctionnelle sur un patient en ambulatoire et qui revoit le patient afin de contrôler son état général avant sa sortie. Le règlement intérieur de l'unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire (UCAA) de Coulommiers précise toutefois dans son article 6 que la sortie du patient sera décidée lorsque l'opérateur et/ou l'anesthésiste concerné aura signé l'autorisation de sortie, chacun sur la base de ses critères propres. Le médecin-anesthésiste joue ici un rôle important puisque c'est essentiellement sur l'anesthésie que porte le risque de l'ambulatoire, les gestes chirurgicaux pratiqués devant être des gestes relativement simples et maîtrisés.

L'équipe non médicale est quant à elle mieux valorisée, car elle joue un rôle essentiel dans l'accueil et le suivi des patients. C'est une équipe généralement de taille réduite (6 personnes à Coulommiers en comptant la secrétaire médicale) et polyvalente, gérant la prise en charge des malades du début à la fin de leur circuit. Les personnels doivent être spécifiquement formés à ce mode de prise en charge et motivés par celui-ci. Par ailleurs le

fonctionnement de cette unité comporte des avantages concernant les conditions de travail. L'UCAA n'étant ouverte que 4 jours sur 7 (lundi, mardi, jeudi, vendredi, de 7h30 à 17h30), il n'y a pas de présence obligatoire le week-end ni de service de nuit. Mais plus que les conditions de travail intéressantes, c'est bien la motivation qui semble l'emporter dans le cas étudié, le professionnalisme des personnels étant apprécié tant par les patients que par les praticiens hospitaliers (cf enquête de satisfaction en annexe).

Ce type de prise en charge signifie donc une professionnalisation et une responsabilisation de chacun, l'adoption de règles de travail générées par les acteurs eux-mêmes et consignées avec précision dans le règlement intérieur de l'unité, qui s'intègre dans le règlement général de l'établissement.

L'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire ouverte le 19 octobre 2000 répond aux différents critères d'organisation et de fonctionnement exigés par la réglementation, et s'inscrit parfaitement dans la logique de réorganisation des soins voulue par les pouvoirs publics, tant au niveau national qu'au niveau local. Mais répond-elle aux attentes des différents acteurs concernés : chirurgiens, médecins de ville et avant tout patients ?

C) Cette structure d'ACA répond-elle aux besoins et exigences des différents acteurs ?

Les enjeux de la pratique de la chirurgie ambulatoire pour un hôpital public comme celui de Coulommiers sont multiples. Ils peuvent être analysés comme suit : tout d'abord répondre à un besoin de la population grandissant, notamment de la population active, viser une amélioration de la qualité des soins (nécessité du zéro défaut, respect strict des horaires...), par la promotion de techniques chirurgicales innovantes et par un décloisonnement interne des différentes spécialités pratiquées à l'hôpital, aboutir à une diminution globale des coûts de santé et enfin à la mise en place d'un véritable réseau ville/ hôpital permettant une prise en charge continue du patient et le repositionnement du médecin généraliste dans l'équipe de soins.

1) Population du secteur sanitaire

Il est toujours difficile d'évaluer les besoins de santé d'une population, car il n'existe pas d'enquête complète disponible sur ce sujet. A défaut, ce sont le recensement de la population et l'analyse de sa structure et de sa consommation médicale qui permettent de dégager des grandes tendances.

Projections de population par secteur sanitaire à l'horizon 2005 (source : SROS 1999/2004)

	Projections ELP 2005	Evolution 1996- 2005	Evolution 2000- 2005
1 Paris est	818 150	- 3%	- 1,9%
2 Paris sud	1 456 495	- 6,9%	- 4,1%
3 Paris ouest	685 004	- 5,3%	- 3,2%
4 Paris nord	1 519 593	- 4,2%	- 2,5%
5 Aulnay Bondy Montfermeil	613 375	+4,1 %	+ 1,7%
6 Créteil Villeneuve St Georges	800 802	- 1,7%	- 1,4%
7 Essonne nord	412 342	+ 3,9%	+1,6%
8 Essonne sud	688 699	+ 14,5 %	+ 7,2%
9 Yvelines nord	714 884	+11,8%	+ 5,9%
10 Yvelines sud	786 998	+ 4,7%	+2,1%
11 Val d'Oise ouest	486 346	+ 34,7%	+17,6%
12 Val d'Oise est	827 109	+ 4,9%	+2,1%
13 Seine et Marne nord	1 018 748	+ 25,9%	+13,2%
14 Seine et Marne sud	658 728	+17,9%	+9,2%
IDF	11 487 273	+ 4,2%	+2,1%

Le bassin d'attraction de Coulommiers (137 693 habitants) regroupe les cantons de Coulommiers (34 431 habitants), Rebais (12 262 habitants), La Ferté sous Jouarre (24 634 habitants), La Ferté Gaucher (13 850 habitants), Rozay en Brie (22 693 habitants) et Crécy la Chapelle (29 823 habitants). Son pourcentage d'évolution démographique est de 12,10% entre 1990 et 1999 et témoigne ainsi du dynamisme du bassin de vie, qui se redensifie progressivement avec l'arrivée de nouveaux habitants suite à l'installation du complexe de loisirs d'Eurodisney et du complexe commercial de Val d'Europe, à une quarantaine de kilomètres. Mais cette arrivée de nouveaux habitants profite

aujourd'hui surtout au Centre hospitalier voisin de Lagny-sur-Marne Marne-la-Vallée, qui se situe juste à l'est de Paris et au cœur de ce bassin en explosion démographique. Et plus on s'éloigne de la capitale, plus la population redevient rurale et âgée.

Tout le monde ne peut pas bénéficier de la chirurgie ambulatoire, bien que celle-ci présente peu de contre-indications. Les patients sont sélectionnés et doivent répondre à différents critères :

- chirurgicaux (les interventions doivent être de courte durée, 1 heure à 1 heure 30, ne doivent pas saigner, notamment dans la phase postopératoire, et ne doivent pas nécessiter de réanimation lourde),
- médicaux (personnes en bonne santé ou dont la maladie générale est modérée et équilibrée),
- sociaux (bénéficiaire de conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celles de l'hospitalisation, accès facile et rapide au téléphone, présence d'un accompagnant responsable et valide, capable de soutenir le patient lors du retour à domicile)
- et intellectuels (compréhension suffisante de l'acte proposé et aptitude à observer les prescriptions médicales).

De même existent certains critères, cependant rares, de contre-indication :

- Concernant l'âge du patient : âge inférieur à 6 mois, pour les risques liés à l'anesthésie. Il n'existe pas réellement en revanche de limite d'âge supérieur, l'état de santé du patient primant alors.
- Concernant son état de santé général : existence d'une maladie systémique invalidant les fonctions vitales.
- Concernant la nature de l'intervention, obligatoirement programmée : les urgences sont incompatibles avec la chirurgie ambulatoire, programmée par définition.
- Psychosociaux : l'incompréhension, le manque d'autonomie du patient, ainsi que son isolement social éventuel (cas des personnes âgées vivant seules et sans famille à proximité immédiate) . La personne opérée doit être accompagnée après l'intervention jusqu'à son domicile et surveillée pendant la période post-opératoire, responsabilité parfois lourde pour les familles.

- L'isolement peut être aussi défini comme éloignement géographique : un trajet d'une heure maximum entre l'hôpital et le domicile est généralement recommandé, ceci afin de pouvoir faire venir le patient le plus rapidement possible en cas de survenue de complications éventuelles postérieures à l'intervention.

Les derniers points, relatifs à l'isolement social, doublé ou non d'un éloignement géographique, présentent une certaine acuité pour le CH de Coulommiers, car le privé potentiellement d'une part de ses « clients » possibles, à savoir les personnes âgées vivant seules. Les indicateurs 2000 du PMSI montrent que pour le secteur sanitaire N°13 (Seine-et-Marne Nord), le CH de Coulommiers (si l'on excepte l'hôpital local de Tournan) présente un âge moyen de clientèle plus élevé que ses voisins proches de Meaux ou Lagny. Et l'indicateur "âge 75%" apprend que 25 % des patients de l'EPS de Coulommiers ont un âge supérieur à 71 ans, chiffre non négligeable. Le critère de contre-indication dans le cas de l'anesthésie chirurgie ambulatoire n'est pas constitué par l'âge, mais par le critère qui lui est souvent associé : le fait de vivre seul.

DPT	CAT	Secteur sanitaire	Etablissement	Age moyen	Age 25%	Age médian	Age 75%
77	EPS	13	Hôpital local de Tournan (maison de retraite)	77,3	70	80	88
77	EPS	13	Ch de Coulommiers	45,3	22	46	71
77	EPS	13	Ch de Lagny Marne la Vallée	37,3	16	34	58
77	EPS	13	Ch de Meaux	41,9	20	42	66

N-B :

- ⇒ Age moyen par établissement : indique la moyenne d'âge simple des patients pris en charge dans l'établissement.
- ⇒ Age médian : indique que 50% des patients pris en charge avaient un âge inférieur et 50% un âge supérieur.
- ⇒ Age 25 : indique que 25% des patients pris en charge avaient un âge inférieur à l'âge indiqué et 75% un âge supérieur.
- ⇒ Age 75 : indique que 75% des patients pris en charge avaient un âge inférieur à l'âge indiqué et 25% un âge supérieur.

Mais quel que soit l'âge des patients, un certain nombre d'avantages semble se dégager pour les patients. Le risque d'infection nosocomiale est notamment presque réduit à néant par une prise en charge ambulatoire et le taux de complications post-opératoires n'est pas plus élevé qu'en hospitalisation classique. De plus, les modalités de cette prise en charge entraînent une moindre perturbation de la vie familiale, un meilleur confort à domicile, une plus grande intimité et le plus souvent une dédramatisation de l'acte pratiqué.

Il arrive à l'inverse, même si le cas se présente plus rarement, mais il a été rapporté par un des chefs de service du CH, que certains patients préfèrent subir une hospitalisation classique pour une intervention qui pourrait entrer dans le champ de l'ambulatoire. Ces personnes assimilent le passage de quelques heures dans des "lits-fauteuils" en chirurgie ambulatoire à une sous-hospitalisation. Ils craignent que les professionnels de santé prennent moins de temps pour s'occuper d'eux, même si c'est généralement l'inverse qui se produit du fait de l'étroitesse de la structure et du nombre de personnels relativement plus élevé par malade par rapport à un service d'hospitalisation classique. Ils jugent ce mode de traitement du patient dévalorisant et estiment avoir droit au lit et à la nuit passée sur place. Il faut alors toute la patience du praticien et son information éclairée pour convaincre le patient, qui reste cependant libre décideur de son mode d'hospitalisation.

Toutefois, depuis son ouverture l'unité d'ACA connaît une augmentation constante d'activité, qui se confirme à la demande des pouvoirs publics, des organismes d'assurance maladie et des patients eux-mêmes. Une population croissante de patients n'acceptant plus les contraintes de l'hospitalisation traditionnelle, chez les actifs notamment, se déclare elle nettement en faveur de

la chirurgie ambulatoire. Leur vie professionnelle est en effet interrompue pour un temps plus bref et permet une meilleure réinsertion au travail.

Cette satisfaction globale des personnes se mesure bien au travers des questionnaires de satisfaction, spécifiques au service d'ACA, remis à l'arrivée de chaque patient avec un dossier d'accueil et de prise en charge spécifique au service. Le dossier et le questionnaire sont distincts du questionnaire général annexé au livret d'accueil du CH, ce que l'on peut regretter dans le cadre de la démarche d'accréditation dans laquelle est engagé le CH. Car cette démarche tend à l'harmonisation des pratiques et à l'évitement des dossiers doublons afin de parvenir au dossier unique pour le malade. Mais la pratique ambulatoire est encore trop récente, implantée depuis fin 2000 seulement, et nécessite une évaluation spécifique afin de mesurer son efficacité.

La qualité de la prise en charge au sein de l'unité d'ACA doit ainsi être soumise à évaluation, les enquêtes de satisfaction menées contribuant à l'optimisation permanente de la prise en charge. Une enquête de satisfaction menée du 1^{er} juin au 31 décembre 2001 au sein du service prouve le succès de celui-ci, les taux de satisfaction s'élevant par exemple à 91% pour l'accueil, 96% pour les soins ou encore 93,97% pour les relations avec le personnel. Les responsables de ce succès correspondent à l'ensemble de l'équipe : chirurgiens, soignants et administratif (1 secrétaire).

2 Les praticiens hospitaliers

La formation de l'ensemble de l'équipe médicale et para médicale, ainsi que des médecins traitants correspondants, constitue un élément essentiel de la qualité de la prise en charge. Des entretiens accordés par les chefs de service des spécialités concernées : chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, gynécologie, ophtalmologie...ont permis de dégager quelques grands points de convergence, mais aussi de divergence, quant à l'appréciation de l'unité d'ACA depuis sa création il y a presque deux ans.

Les points de convergence :

L'activité ambulatoire était bien préexistante à la création d'une unité individualisée et était pratiquée au sein de chaque service, de manière officieuse

(non déclarée comme étant de la chirurgie ambulatoire), sur une durée d'hospitalisation très courte, généralement deux jours.

Les praticiens ne rencontrent pas de difficulté majeure concernant l'établissement du programme opératoire, sauf peut-être en gynécologie (manque de vacations au bloc selon le chef de service), car chaque chirurgien effectue les opérations d'ambulatoire sur ses vacations réservées au bloc, et toujours prioritairement en début de son planning. Le premier patient est "préparé" à 7h45 : il reçoit une prémédication et se fait poser une perfusion, pour une intervention à 8H30.

Les réticences communes portent de manière générale sur la "paperasserie" et sur la lourdeur de gestion d'un double -dossier. Car le service d'ACA a élaboré un dossier spécifique de suivi du patient, qui vient s'ajouter au dossier patient déjà existant et commun lui à tous les services de l'hôpital. De même la localisation géographique de l'unité dans le bloc des services de médecine, qui oblige la majorité (sauf l'ophtalmologie) des chirurgiens à se déplacer à de nombreuses reprises dans l'après-midi y compris pendant leurs consultations pour aller évaluer les malades et signer les ordonnances de soins et les bulletins de sortie, les gêne. S'ils sont unanimes à reconnaître que le fait de situer le patient au cœur du dispositif de soins est très appréciable et constitue un progrès, ils aimeraient qu'à l'inverse le chirurgien ne devienne pas considéré comme un "outil".

Un dernier regret, partagé par tous, est relatif au manque d'incitation à réaliser une chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie traditionnelle, cette dernière restant beaucoup mieux valorisée dans le PMSI, malgré des revalorisations déjà intervenues concernant la CM 24 (catégorie médicale relative aux interventions de moins de 24 heures). Certains praticiens ont déjà accepté de perdre des lits appartenant à leur service en échange de la création de places pour l'unité d'ACA, mais acceptent mal de voir l'activité de leur service perdre des points ISA au profit d'une prise en charge ambulatoire insuffisamment valorisée par les pouvoirs publics.

Les points de divergence :

La proportion du taux de CA varie considérablement d'une spécialité à l'autre, passant de 4 à 5% de l'activité du PH en chirurgie viscérale ou en gynécologie à 60% en ophtalmologie, en passant par 10% environ en chirurgie orthopédique. L'activité varie non seulement entre chaque spécialité, mais aussi

entre chaque acte au sein d'une même spécialité et entre chaque établissement. Cette variation se retrouve au niveau de tout le paysage sanitaire français et témoigne de la difficulté à circonscrire le domaine applicable à l'ambulatoire.

L'appréciation quant aux avantages de la formule pour le patient est elle aussi différenciée. Des PH sont convaincus du progrès que constitue l'ambulatoire pour les patients et essaient à leur tour de les en convaincre, d'autres proposent ce mode de prise en charge et d'autres enfin n'ont pas systématiquement le réflexe de présenter cette formule quand elle est possible, laissant présager d'une marge de progression potentielle pour le CH.

3 Les médecins de ville adresseurs

Le médecin traitant du patient garantit le succès de la prise en charge ambulatoire à toutes ses étapes et notamment lors du retour à domicile. Une bonne communication entre ce médecin généraliste, la structure d'ACA et l'équipe médico soignante est indispensable, l'idéal étant organisation en réseau tissée peu à peu pour chacune des différentes spécialités. En période préopératoire, sa connaissance du malade lui permet d'apporter des renseignements sur le milieu social et le caractère du patient. Les patients arrivent en général au CH avec un courrier de leur médecin traitant les adressant au chef de service concerné et c'est le praticien hospitalier qui décide de réaliser tel ou tel acte en chirurgie anesthésie ambulatoire, même si la décision finale de validation revient à l'anesthésiste. Le rôle d'adressage joué ici par les médecins libéraux est très variable selon la spécialité chirurgicale considérée. En chirurgie A ou B, les patients ont plutôt tendance à prendre directement les rendez-vous auprès des praticiens hospitaliers, alors que d'autres spécialités comme l'ophtalmologie ont un fort taux d'adressage.

En période postopératoire, le médecin vérifie la bonne observance du patient des consignes et s'assure de l'absence de complication éventuelle, posant la question du nombre de médecins généralistes suffisamment formés pour faire face à la post -chirurgie, traitement de la douleur notamment, dans le cadre du domicile. Le suivi post-opératoire constitue pour le médecin traitant une lourde responsabilité à assumer. Il suppose une disponibilité plus importante, des réponses à des appels d'urgence le jour ou la nuit. Se pose aussi le problème de partage des responsabilités entre le médecin traitant et l'équipe chirurgicale

concernant la gestion des suites opératoires, d'où l'importance d'une articulation étroite entre médecine hospitalière et médecine de ville.

Malgré le rôle que sont amenés à jouer les médecins libéraux dans le circuit ambulatoire, la constitution d'un véritable réseau ville-hôpital souhaité par le CH et par les médecins de ville de Coulommiers et de ses environs n'est pas encore réellement effective, du moins de façon formalisée. La tangibilité de ce réseau varie en effet fortement selon les spécialités chirurgicales ou d'exploration concernées. L'établissement de relations entre praticiens hospitaliers et médecins de ville dans le but d'assurer un meilleur suivi des patients opérés en ambulatoire et une continuité des soins est difficile à mettre en place, mais l'adhésion des médecins traitants se fera certainement à l'usage.

La création d'une unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire à Coulommiers semble présenter bien des avantages, avec la réduction efficace d'un certain nombre de paramètres, comme le coût des soins, le risque d'infections nosocomiales, la durée des arrêts de travail, les listes d'attente...

Mais les gains en termes de ressources mobilisées tiennent essentiellement à la moindre durée d'hospitalisation. Cependant la synthèse des informations disponibles ne rend pas compte de la réalité des gains économiques associés, car ces derniers ne sont pas valorisés, tels que les coûts directs dans la filière de soins depuis la consultation pré-chirurgicale à la période post-intervention, et les coûts imputables aux aides bénévoles et aux ressources familiales mobilisées. Si l'activité de chirurgie ambulatoire installée au CH depuis fin 2000 semble rencontrer un certain succès, autant en termes d'activité que de satisfaction des usagers de la structure, paradoxalement cette montée en puissance progressive de l'activité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire risque d'avoir des impacts négatifs pour le CH, notamment en termes budgétaires.

II) La création de cette structure d'Anesthésie Chirurgie Ambulatoire ne constitue t'elle pas un frein pour le budget de l'établissement ?

L'activité d'anesthésie chirurgie ambulatoire a connu un développement important et immédiat au sein du CH depuis sa création il y a deux ans. Mais son potentiel de développement pourrait se voir empêché par divers obstacles, d'ordre financier notamment. Car les avantages et/ou inconvénients de ce type de structure, d'ordre économique et financier, n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'une étude globale au niveau français, lacune en voie de réparation. Cependant le reproche le plus souvent émis à son encontre, dans le secteur hospitalier public, porte sur son insuffisante valorisation en nombre de points ISA dans le PMSI. Les établissements publics de santé, comme celui de Coulommiers, qui s'engagent dans la voie ambulatoire seraient pénalisés à terme dans leur budget, alors que ce choix est à l'inverse attractif pour le secteur privé lucratif. Des mesures, certes temporaires, ont déjà été mises en place par les pouvoirs publics, conscients du problème et soucieux d'y remédier. Mais d'autres voies restent à explorer.

A) le poids de la chirurgie ambulatoire dans l'activité hospitalière

L'influence exercée par l'activité ambulatoire sur l'activité générale de l'établissement et ses répercussions sur son nombre de points ISA apparaît difficile à apprécier. Car les actes d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire ne sont pas identifiés précisément par le PMSI. On peut par contre mesurer déjà la part occupée par la chirurgie ambulatoire déclarée et étudier ses conséquences pour l'hôpital.

1. Difficulté à isoler l'activité de CA dans le PMSI

L'activité d'anesthésie chirurgie ambulatoire n'a connu un développement important qu'au début des années 1990 en France. Jusqu'en 1993, les statistiques officielles du SESI ne permettent pas de repérer précisément la chirurgie ambulatoire, regroupée sous la notion plus large d'hospitalisation de jour, qui comporte trois rubriques : hospitalisation de jour en psychiatrie,

interruptions volontaires de grossesse (IVG) et hospitalisations de jour autres que psychiatrie et IVG. Un ralentissement se produit alors en 1993 pour le secteur public comme pour le secteur privé, du fait de la mise en place des autorisations d'ouverture des services de chirurgie ambulatoire.

De plus, l'échelle nationale de coûts relatifs par GHM donne le nombre de points ISA affectés à chaque GHM. Les GHM utilisés pour l'ambulatoire ne sont pas aussi précis dans la description de la prise en charge que ceux qui concernent les séjours longs. Selon le président de la commission de la nomenclature générale des actes médicaux, il n'existe pas en France de liste ou de nomenclature des actes de chirurgie ambulatoire et il ne semble pas que ce projet soit à l'étude. Ce type de liste ou de nomenclature existe par contre aux Etats-Unis et au Canada mais avec un contexte différent.

En France, les sociétés savantes d'anesthésie ou de chirurgie, tout comme l'ANAES, se sont refusées à produire de telles listes car elles pourraient très vite engendrer des effets pervers tels que l'obligation de réaliser un acte donné en ambulatoire ou l'impossibilité pour des équipes performantes, d'innover ou d'étendre leur indication. Or la chirurgie ambulatoire reste fondée principalement sur le développement des technologies de pointe. Ainsi, la seule liste qui est valable est celle qui est produite par les praticiens d'une structure donnée dans le cadre de son organisation.

Le potentiel exact de développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas connu en France à l'heure actuelle. Même si le développement de cette activité fait partie des priorités de santé publique définies par les pouvoirs publics depuis 1998, on ignore si on pourrait atteindre un jour le taux de 50 à 70% de l'ensemble des actes chirurgicaux que l'on peut observer dans différents pays tels que les Etats-Unis. Des précautions d'ordre sémantique doivent d'ailleurs être prises lors de toute comparaison dans ce domaine entre les différents pays, qui ont une vision plus ou moins élargie du champ ambulatoire. Ainsi les activités d'ACA correspondent en France à une durée d'intervention inférieure à 12 heures (unités généralement ouvertes de 7h30 à 18 h00) suivie d'un retour du patient à son domicile. Aux Etats-Unis la chirurgie ambulatoire correspond à toute activité chirurgicale d'une durée globale inférieure à 24 heures, n'excluant pas la possibilité de garder le malade pour une nuit et il existe parfois des structures d'aval au geste ambulatoire. Les patients sont par exemple logés dans des hôtels

conventionnés et médicalisés ("recovery inn"), à proximité immédiate de l'hôpital où ils ont été soignés. Les comparaisons avec d'autres pays sont donc délicates. A défaut de pouvoir estimer exactement le potentiel de développement de l'ACA peut-on déjà mesurer la place qu'elle prend progressivement au sein de la chirurgie traditionnelle.

2. Poids relatif de l'ACA en termes d'activité

En Ile-de-France :

La chirurgie ambulatoire représente un nouveau mode de prise en charge qui s'est largement développé ces dernières années. L'activité chirurgicale est aujourd'hui réalisée tous secteurs confondus à 25 % en ambulatoire. Le développement de ce mode de prise en charge varie considérablement d'un type de structure à l'autre, comme le montre le tableau ci-dessous, laissant présager de la possibilité d'accroître la part de l'activité ambulatoire au sein de bon nombre de structures de la région, et notamment les structures publiques.

Part de l'ambulatoire en Ile-de-France (source : SROS IDF 1999-2004)

	AP-HP	Public/ PSPH	Privé	Total
Nbre de RSA en ambulatoire	27 943	33 496	146 867	208 306
Nbre de RSA en ambulatoire et en hospitalisation complète	155 616	199 428	468 187	823 231
Part de l'ambulatoire au sein de la catégorie d'établissements %	18	16,8	31,4	25,3
Répartition des RSA en ambulatoire selon le statut (en %)	13,4 %	16,1 %	70,5 %	100 %

- RSA : résumés de sortie anonymes

Au CH de Coulommiers :

L'activité est en progression depuis sa mise en place et se vérifie à l'aide de divers indicateurs, que ce soit le nombre de KC produits au sein du bloc opératoire, le nombre d'entrées de l'UCA par rapport au nombre d'entrées total ou encore par le nombre de points ISA produits par rapport au nombre total de points ISA de MCO.

- Poids de l'anesthésie chirurgie ambulatoire dans l'activité du bloc :

Elle correspond à 3,05 % des KC produits au bloc en 2000. Ce faible chiffre s'explique par l'ouverture tardive de l'UCA dans l'année (19 octobre 2000), qui n'a permis que deux mois d'exploitation. Pour les services de chirurgie, l'activité en actes opératoires est passée de 220 545 K/KC en 1999 à 258 844 K/KC en 2000. Cette hausse est sans doute explicable en partie par le désengagement et le report d'activité de la Clinique des Moulins vers le Centre hospitalier, même si cette fermeture n'a eu lieu que fin 2000.

Par contre, sa part s'élève déjà à 17,05 % des KC du bloc en 2001. Cette année-là, si l'activité des spécialités chirurgicales baisse fortement, elle est compensée d'une part par le développement des prises en charge en ambulatoire, d'autre part par l'augmentation du KC moyen pris en charge en hospitalisation complète.

- La progression d'activité apparaît aussi quant au nombre d'entrées.

L'unité d'ACA a réalisé 4,91 % des entrées totales en 2001 et 5% en 2002 (au 30/08/2002) hors hébergement.

Chirurgie ambulatoire	Entrées directes	Entrées totales	Journées	Journées réalisables	DMS	T.O.
Activité 2000 (à / c 19/10/2000)	119	119	119	152	1,00	78,29%
Activité 2001	745	745	736	732	0,99	100.55%
Activité 2002 (au 30/08/02)	496	496				

Durée moyenne de séjour (D.M.S) = nombre de journées réalisées / (entrées totales + sorties totales)/2

Taux d'occupation (T.O) = nombre de journées réalisées / nombre de journées réalisables x 100

SERVICES	ENTREES TOTALES						
	1998	1999	% EVOL 99/98	2000	% EVOL 00/99	2001	% EVOL 01/00
Médecine A	2 465	2 560	3.85%	2 586	1.02%	2 726	5.41%
Médecine B	1 495	1 627	8.83%	1 731	6.39%	1 977	14.21%
Médecine Unité cardiologique	578	707	22.32%	688	-2.69%	672	-2.33%
Pédiatrie	1 353	1 337	-1.18%	1 395	4.34%	1 167	-16.34%
Réanimation	503	511	1.59%	542	6.07%	439	-19.00%
Médecine de jour	1 095	1 121	2.37%	1 127	0.54%	1 148	1.86%
Total Médecine	7 489	7 863	4.99%	8 069	2.62%	8 129	0.74%
Chirurgie A	1 119	1 188	6.17%	1 365	14.90%	1 459	6.89%
Chirurgie B	1 127	1 132	0.44%	1 202	6.18%	1 153	-4.08%
Ophthalmologie	334	290	-13.17%	332	14.48%	229	-31.02%
ORL - Stomatologie	360	335	-6.94%	426	27.16%	355	-16.67%
Chirurgie Ambulatoire				119		745	526.05%
Total Chirurgie	2 940	2 945	0.17%	3 444	16.94%	3 941	14.43%
Gynécologie	500	800	60.00%	837	4.63%	783	-6.45%
Obstétrique	594	656	10.44%	736	12.20%	716	-2.72%
I.V.G.	162	176	8.64%	183	3.98%	175	-4.37%
Total Gynécologie obstétrique	1 256	1 632	29.94%	1 756	7.60%	1 674	-4.67%
TOTAL M.C.O.	11 685	12 440	6.46%	13 269	6.66%	13 744	3.58%
MOYEN SEJOUR	211	257	21.80%	321	24.90%	334	4.05%
Psychiatrie adulte complète	1 022	891	-12.82%	776	-12.91%	821	5.80%
Appartement thérapeutique	0	15		10	-33.33%	7	-30.00%
Psychiatrie infanto juvénile de jour	27	0	-100.00%	4		5	25.00%
Psychiatrie adulte de jour	54	52	-3.70%	65	25.00%	21	-67.69%
Psychiatrie adulte de nuit	3	6	100.00%	12	100.00%	1	-91.67%
Psychiatrie adulte HAD	147	122	-17.01%	149	22.13%	217	45.64%
TOTAL PSYCHIATRIE	1 253	1 086	-13.33%	1 016	-6.45%	1 072	5.51%
Long séjour	24	33	37.50%	24	-27.27%	23	-4.17%
Maison de Retraite	2	2	0.00%	5	150.00%	7	40.00%
Cure médicale	5	7	40.00%	12	71.43%	6	-50.00%
TOTAL HEBERGEMENT	31	42	35.48%	41	-2.38%	36	-12.20%
TOTAL ETABLISSEMENT	13 180	13 825	4.89%	14 647	5.95%	15 186	3.68%

Les conséquences du développement de ce mode de prise en charge sur les services de chirurgie de l'établissement sont doubles. La mise en place de la chirurgie ambulatoire a d'une part permis de donner aux spécialités chirurgicales un mode de fonctionnement plus favorable : leur taux d'occupation hors chirurgie ambulatoire s'est amélioré du fait de la suppression de lits d'hospitalisation complète. En effet, dans le cadre des négociations avec l'ARHIF à l'occasion de la création de l'unité d'ACA, 8 lits ont été rendus en échange des 4 places.

	1999	2000	2001	2002
Chirurgie A	48,90 %	53,57%	61,02%	65,83%
Chirurgie B	71,60 %	76,58%	73,91%	78,85%
Ophthalmologie	25,94%	27,95%	25,75%	26,42%
ORL- Stomatologie	30,44%	37,70%	44,79%	41,98%
Chirurgie Ambulatoire	/	78,29%	100,55%	87,87% (au 30/08/02)
Total	53,93%	58,82%	61,53%	66,27%
Gynécologie	52,49%	55,85%	54%	51,32%
IVG	48,49%	51,37%	48,22%	49,79%

Elle est d'autre part à l'origine d'une baisse d'activité de ces mêmes services en termes de points ISA. Car non seulement les services de chirurgie qui pratiquaient auparavant l'ACA en leur sein perdent cette activité au profit de la structure d'ACA désormais individualisée depuis fin 2000, mais cette activité elle-même, du fait de sa moindre valorisation dans le PMSI en comparaison de l'hospitalisation traditionnelle, représente une perte sèche de points ISA. D'où une méfiance légitime des PH à étendre leurs indications en ce domaine.

En 2002, une première estimation réalisée par le Département d'information médicale (DIM) du CH indique qu'avec 320 380 points (au 30/08/02), l'activité d'ACA représente 2,34 % du total des points ISA de l'activité MCO, qui totalise 13 696 697 points à la même date. Ce pourcentage relativement faible tend à montrer que dans un établissement public de santé comme celui de Coulommiers, l'activité d'ACA n'est pas suffisante pour déséquilibrer son budget, du moins pas encore. Cependant son impact négatif en termes de points ISA ne doit pas être négligé, car l'activité d'ACA de Coulommiers n'a pas encore atteint son plein essor, et l'on peut penser légitimement que sa part dans l'activité totale de l'établissement sera amenée à

augmenter ces prochaines années. Du moins son essor dépendra en partie de l'attitude des PH, dont certains reconnaissent limiter volontairement ses applications actuellement, du fait justement de sa moindre valorisation.

B) Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire dans un établissement hospitalier public comme Coulommiers

Les principaux obstacles à la croissance de l'activité ambulatoire sont à la fois d'ordre social ou culturel et d'ordre économique.

1. les freins d'ordre culturel :

Les obstacles au développement de l'activité ambulatoire concernent aussi bien l'offre que la demande. En effet, pour qu'il y ait une demande de soins, encore faut-il la susciter. Et dans sa grande majorité, le public ignore la possibilité de cette pratique. Le CH tente de remédier à cet état de fait en diffusant des livrets de présentation de la structure aux médecins généralistes du canton de Coulommiers ainsi qu'à l'accueil de l'établissement. Car bien souvent ce sont les professionnels de santé qui informent les patients potentiels de cette alternative à l'hospitalisation classique. Mais en France, par rapport à certains pays, peu d'efforts ont été réalisés jusqu'à présent pour inciter les patients à choisir cette alternative plutôt qu'un mode de prise en charge traditionnel. Ce n'est pas le cas par exemple au Québec, où cette pratique a fait l'objet d'une large publicité destinée aussi bien à la population qu'aux professionnels de santé, contribuant ainsi grandement à sa diffusion.

Outre la méconnaissance relative dont elle est l'objet, la chirurgie ambulatoire peut inspirer aux patients de la méfiance. Nombreux sont ceux qui considèrent que la chirurgie ambulatoire offre moins de sécurité que la chirurgie

traditionnelle. Le rôle des praticiens est dans ce cas essentiel pour expliquer les avantages de ce type de structure et toutes les précautions sécuritaires introduites par les textes. A l'inverse, le public le plus favorable correspond généralement à une population active et relativement jeune, qui y voit une moindre interruption de sa vie tant professionnelle que familiale (ex :

mères de jeunes enfants actives), comme ont pu le constater plusieurs des chefs de service de l'hôpital.

Les obstacles peuvent aussi venir des offreurs de soins. Car si aujourd'hui le volume d'activités et la qualité du plateau technique sont devenus des critères beaucoup plus pertinents que le nombre de lits pour apprécier l'activité des établissements, le lit reste la référence par excellence. Il permet de mesurer la taille d'un service ou d'un établissement et donc son importance. Ainsi, la suppression des lits reste toujours synonyme de perte de pouvoir pour les chefs de service.

Il convient par ailleurs de signaler que la formation à la prise en charge ambulatoire, qu'elle corresponde à la formation initiale ou continue, est très rare. Ce manque de formation peut entraîner des résistances, plus répandues chez les médecins traitants, amenés à assumer une surveillance post-opératoire, mais aussi chez les médecins-anesthésistes, qui n'ont pas forcément reçu un enseignement adapté à certaines techniques d'anesthésie, comme l'anesthésie de type loco-régional. La formation des futurs médecins et chirurgiens doit par conséquent prendre en compte la nécessité de faire connaître ce mode de prise en charge pour le développer.

Cependant, les réticences que peuvent éprouver les praticiens n'apparaissent pas comme des réticences de principe, mais bien plutôt comme un manque d'incitation évident à utiliser cette pratique du moins dans le secteur public, pour qui elle peut se révéler même pénalisante. La compréhension de l'importance des points ISA dans l'analyse de l'activité de l'établissement comme des services et son impact budgétaire peut conduire à une réticence majeure vis-à-vis de l'ambulatoire.

2. les freins d'ordre financier :

Les capacités d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire ont augmenté de 29% entre juillet 1994 et novembre 1998 pour passer de 1597 à 2057 places en Ile-de-France, dont 78% dans le secteur privé lucratif. Le faible nombre de places installées dans les établissements à budget global peut s'expliquer par les contraintes résultant des textes (unité individualisée, normes en personnel, suivi

du patient, organisation transversale). La faible valorisation en points ISA est également mise en avant par les intéressés. Dans le PMSI, l'activité ambulatoire est séparée du restant de l'activité de court séjour et regroupée dans une catégorie majeure particulière, la CM24, qui ne contient que des GHM correspondant à des séjours (chirurgicaux ou médicaux) réalisés en moins de 24 heures.

Une des difficultés majeures tient en effet à la valorisation en points ISA des actes d'ACA dans le PMSI. L'activité ambulatoire, au sens du PMSI, se définit comme toute activité diagnostique ou thérapeutique effectuée durant un séjour de moins de 24 heures. Elle est répertoriée dans la catégorie médicale 24, qui est subdivisée en 3 parties :

- GHM 680 à 683 décrivent les séances (épuration extra- rénale, chimiothérapie, radiothérapie..)
- GHM 701 à 723 séjours avec actes opératoires (chirurgie substitutive au sens strict)
- GHM 801 à 823 séjours médicaux

A acte réalisé identique, les séjours correspondant à l'ACA sont des séjours classés dans la catégorie CM24 et sont nettement moins bien rémunérés que les séjours d'une durée supérieure à 24 heures. Le professeur Colin, chef du service d'ophtalmologie du CHU de Bordeaux, lors des journées de l'AEAE à Poitiers en mai 2002, donnait l'exemple de la chirurgie de la cataracte. Si la durée de séjour est inférieure à 24 heures, l'opération de la cataracte entre dans le GHM 762 et correspond à 668 points ISA. Si elle est supérieure à 24 heures, pour la même opération, elle correspond alors au GHM 51 et est valorisée à 953 points ISA.

Le secteur public n'a donc a priori aucun intérêt financier à privilégier l'ambulatoire. Car sa sous-valorisation par rapport à l'hospitalisation complète aboutit à une perte de points ISA, qui pénalisent le budget global de l'hôpital. Or le budget des établissements de santé étant calculé au regard de leur activité mesurée en points ISA, les hospitaliers concernés sont alors tentés de garder artificiellement leurs patients pour la nuit, afin de regagner des points ISA. Cette tentation est tout à fait compréhensible au vu de l'impact du PMSI, dont les autorités de tutelle se servent pour répartir l'enveloppe régionale entre les différents établissements franciliens. D'autant que depuis 1997, l'Ile-de-France n'obtient jamais le taux directeur national du fait de son taux d'équipement

excédentaire en MCO et de la valeur de son point ISA, supérieur à la moyenne nationale, et reçoit en conséquence une enveloppe en baisse chaque année.

Valeur de point ISA nationale et régionales 2000 des établissements sous DGF (source : tableau réalisé à partir des données du PMSI 2000 d'IDF)

région	Valeur du point ISA en 2000	
France hors DOM	1,93 €	12,68 F
IDF	2,22 €	14,53 F
IDF hors AP	2,14 €	14,02 F
AP-HP	2,30 €	15,09 F
CH Coulommiers	1,89 €	12,39 F

Le recueil de données MCO PMSI a été étendu en 1997 au secteur privé lucratif, maintenant 280 établissements de santé d'IDF ont leur activité décrite par le PMSI. Si l'Ile- de- France se situe au premier rang sur les indicateurs comme le nombre de séjours et leur valorisation en points ISA, son poids relatif est plus important sur le total des masses financières que sur celui des points ISA. Les établissements franciliens sous dotation globale de fonctionnement, dont l'activité est au 1^{er} rang des établissements français, coûtent au vu des indicateurs disponibles, plus cher que leurs homologues de province. Le CH de Coulommiers n'entre justement pas dans cette configuration. Son point ISA est peu cher, et se rapproche plus par son coût de la province que de la région parisienne. Et si l'établissement tient à conserver un bon point ISA, qui est remonté à 12,55 francs (1,91 €) en 2001, mais qui représente le premier point ISA de la Seine-et-Marne, nombreux sont ceux qui craignent que la progression de l'activité d'ACA pénalise à terme le budget hospitalier.

L'impact budgétaire réel ou supposé de l'ACA ainsi que les freins d'ordre social ou culturel déjà évoqués supra sont à l'origine d'une grande différence de pratique de l'ambulatoire entre secteur public et secteur privé. La discordance entre secteur public et libéral dans la pratique ambulatoire remonte à la procédure déclaratoire de 1993 : les établissements privés, soucieux de productivité, et de conformité à la législation, ont clairement revendiqué les modalités existantes. Les cliniques privées ont rapidement développé ce type de prise en charge, d'une part parce qu'elles bénéficient d'une tarification avantageuse (convention tripartite du 14 décembre 1992), qui valorise l'acte

chirurgical plus que l'hébergement et rend la pratique ambulatoire attractive. Ainsi la circulaire de la CNAM du 14 décembre 1992 met en place une nouvelle tarification pour les cliniques, qui dépend des actes médico-chirurgicaux dispensés. Seuls les actes figurant dans la liste 1 (salle d'opération), et dans la liste 2 (secteur opératoire) sont reconnus d'un point de vue tarifaire.

Cette tarification donne lieu à une tarification qui peut prendre trois formes:

Un forfait de salle d'opération (FSO) liste 1

Un forfait de sécurité et d'environnement (FSE) liste 2

Un forfait de salle d'accouchement (FSA)

La tarification par FSO constituerait un incitatif intéressant pour le secteur privé d'après l'assurance-maladie. D'autre part, la pratique ambulatoire leur permet d'augmenter leur activité, tout en leur procurant un avantage concurrentiel, drainant une clientèle nouvelle. La structure ambulatoire du privé offre pour les patients actifs les avantages de proximité et de rapidité des soins, ce qui a aussi pour effet de fidéliser la clientèle. Les frais de salle d'opération, les émoluments, l'intéressement aux bénéficiaires dans le privé sont des facteurs qui incitent au développement de la chirurgie ambulatoire et à un turn-over rapide des patients, d'autant que la carte sanitaire limite l'augmentation du nombre de lits.

Mais la rentabilité de la pratique ambulatoire pour le secteur privé lucratif provient aussi de son excellente organisation en la matière. Les cliniques organisent au maximum l'accueil, la prise de rendez-vous, l'utilisation de leurs personnels, ceci afin d'éviter le moindre temps mort. Elles n'hésitent pas à placer deux personnes dans la même journée lorsque les pathologies traitées le permettent, de façon à rentabiliser le plateau technique comme les structures de soins ambulatoires au maximum. Cependant dans le secteur libéral, des sanctions financières en cas de dépassement des quotas d'actes (365 interventions par an et par place) ont pénalisé les structures qui développaient leur activité ou étendaient leurs indications.

Alors que dans le secteur public, la persistance culturelle du lit d'hospitalisation comme mesure de l'importance d'un service hospitalier et le financement par dotation globale n'incitaient pas à mettre sur pied des unités plus productives. Si les règles de bonne gestion étaient appliquées au secteur public à l'identique du privé, la pratique de la chirurgie ambulatoire devrait se

révéler moins coûteuse. Mais il est déjà couramment admis, même si l'intérêt économique n'a pas encore été démontré en France par une étude de grande ampleur, mais il l'a déjà été dans d'autres pays comme le Canada, que la prise en charge des patients en ambulatoire possède des avantages économiques certains.

C) Un intérêt économique a priori certain, mais difficile à apprécier

Le développement de l'ACA a été privilégié dans de nombreux pays car il représente un mode de prise en charge moins coûteux du patient que l'hospitalisation traditionnelle. Mais pour que la pratique de l'ACA soit réellement avantageuse, encore faut-il que cette pratique corresponde à une activité réellement substitutive de la chirurgie classique.

1) *une pratique susceptible de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé*

Une durée d'hospitalisation plus courte ne constitue pas pour autant une garantie d'un coût de prise en charge moins élevé. Le coût total de la prise en charge doit tenir compte de tous les épisodes provoqués par le traitement d'une maladie donnée, depuis la première visite chez le médecin traitant jusqu'au suivi post-opératoire, sans oublier le coût des arrêts de travail éventuels.

Pour l'hôpital public, la réduction des dépenses concerne :

- les dépenses hôtelières en permettant une réduction des coûts directs par le biais de la réduction de séjour.
- les personnels, s'ils ont été redéployés à partir de services existants, et permettant d'économiser sur les frais de garde de nuit et de week-end.
- L'utilisation moindre des ressources : la chirurgie classique utilise plus de ressources que la chirurgie ambulatoire pour les actes en Z, en temps de soins, en temps d'utilisation des structures, en prescriptions médicamenteuses et en nombre de consultations ou visites de médecins.

Par contre, les prescriptions des actes en B au domicile sont plus importantes en chirurgie ambulatoire qu'en hospitalisation classique avant l'intervention. De la même façon, les visites du généraliste sont plus fréquentes dans le cadre de la prise en charge en ambulatoire pour la période postopératoire ; elles sont compensées par la fréquence trois fois plus importante des visites de spécialistes en hospitalisation classique.

- les gains de productivité : l'insertion de la pratique ambulatoire dans l'utilisation du bloc opératoire permettrait de ce fait d'augmenter l'activité chirurgicale et d'améliorer la « productivité » du bloc. En termes microéconomiques, la chirurgie ambulatoire est génératrice de gains de productivité importants. Par exemple, les structures ambulatoires réalisent en moyenne, par rapport au nombre de places, une intervention par jour et par malade alors que les structures traditionnelles réalisent en moyenne une intervention par malade tous les 3 jours.
- coûts indirects moindres : diminution des arrêts de travail et meilleure productivité à la reprise du travail, du fait des progrès réalisés en matière d'anesthésie, plus légère et fatiguant moins les patients.

Mais l'intérêt économique représenté par la chirurgie ambulatoire est difficile à mesurer comme à apprécier. Pour un établissement sous dotation globale, la prise en charge en ambulatoire constitue un surcoût pour l'assurance-maladie car des soins postopératoires préalablement inclus dans la dotation globale sont désormais externalisés vers la ville et facturés en plus. Par conséquent, l'efficacité économique d'une prise en charge ambulatoire dépend du nombre de soins postopératoires prodigués, mis en balance avec le nombre de journées d'hospitalisation.

Par ailleurs la chirurgie de jour dispose désormais d'un secteur opératoire constitué d'un plateau technique performant. Mais ce secteur opératoire est aussi utilisé pour des petits actes qui, auparavant, étaient réalisés en cabinet de ville ou en consultation externe. Ces actes facturés comme de la chirurgie ambulatoire peuvent aussi constituer un surcoût pour l'assurance maladie, qui redoute par exemple une inflation de certains actes exploratoires.

Pour l'organisme payeur, l'économie ne sera donc effective que si la surveillance et les soins postopératoires dispensés en ville après la sortie donnent lieu à une facture d'un montant inférieur à celle qui aurait résulté du prix du séjour dans l'établissement.

Si la chirurgie ambulatoire est plus économique pour l'assurance- maladie en termes de coût unitaire, l'hôpital ne sera gagnant quant à lui que si la masse d'activité transférée est suffisante pour permettre un redéploiement d'activité (personnels et matériels) et améliorer le rendement des plateaux techniques. Pourtant aujourd'hui aucune étude ne permet de valider l'intérêt économique de cette pratique en France.

Pour cette raison, les trois caisses nationales d'assurance maladie ont inscrit à leur Programme national inter- régimes (PNIR) de gestion du risque 2001/2002 la réalisation d'une enquête nationale portant sur l'évaluation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements d'hospitalisation publics et privés et sur l'évaluation des dépenses comparées de la chirurgie traditionnelle et ambulatoire. Les objectifs de cette enquête sont triples :

- Identifier des freins et des leviers au développement de la chirurgie ambulatoire ressentis par les établissements.
- Evaluer le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire par région.
- Evaluer le coût de la chirurgie ambulatoire.

Les finalités recherchées par l'assurance-maladie sont que les conclusions tirées de cette enquête nationale permettront de formuler des propositions visant à favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire conforme d'une part aux besoins de la population susceptible d'y recourir et, d'autre part, aux caractéristiques de l'offre en mesure de répondre aux besoins ainsi définis.

L'étude du potentiel de développement a été réalisée sur la fin de l'année 2001 et le début de l'année 2002 par les médecins-inspecteurs des caisses primaires d'assurance-maladie dans chaque région par une enquête rétrospective auprès d'un échantillon d'environ 35 000 patients ayant subi un ou des gestes marqueurs en hospitalisation complète ou en chirurgie ambulatoire.

Un geste marqueur est une procédure chirurgicale mise en œuvre pour traiter une pathologie bien définie, et réalisable en ambulatoire sous réserve que le malade ne présente pas de contre-indication médicale ou socio-environnementale et que l'établissement soit organisé en conséquence. Un geste marqueur peut correspondre à un ou plusieurs actes chirurgicaux décrits par un code du Catalogue des Actes Médicaux (CDAM). Dix-huit gestes marqueurs ont

été désignés par l'Association française de chirurgie ambulatoire et sont suffisamment fréquents pour qu'ils représentent un tiers de l'activité actuellement réalisée dans ce domaine.

L'enquête a concerné l'ensemble des établissements publics et privés ayant réalisé en hospitalisation complète ou en ambulatoire au moins un des gestes marqueurs sur la période retenue. Les données médicales et psycho-socio-environnementales ont été recueillies par retour au dossier patient ou par entretien téléphonique avec ce dernier, afin de permettre d'estimer les contre-indications à la prise en charge en chirurgie ambulatoire, compensant ainsi les lacunes de données fournies par la base PMSI. Il a été prévu également d'interroger des représentants des établissements afin d'obtenir leurs opinions concernant les freins et leviers au développement de ce type d'alternative à l'hospitalisation de jour. Le CREDES a participé à la conception de l'enquête et collabore aux différents groupes de travail chargés de l'exploitation des données, dont les résultats ne seront connus qu'au courant du mois de décembre 2002.

2) *La nécessité d'évaluer la part de chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie traditionnelle*

L'intérêt économique des structures de jour dépend avant tout de leur caractère substitutif et non additif aux structures d'hospitalisation complète. L'intérêt économique est déterminé par deux composantes : la nature et la gravité de l'intervention, entraînant plus ou moins de soins postopératoires, et le profil médical et socioéconomique des patients traités.

Or, depuis le début des années 1990, l'offre en chirurgie ambulatoire s'ajoute plus qu'elle ne se substitue à l'offre traditionnelle existante. Une évaluation de la part de la chirurgie réellement substitutive à l'hospitalisation complète, dans l'ensemble de l'activité de chirurgie ambulatoire est donc nécessaire. Elle pourra être réalisée à partir des données issues de l'exploitation du PMSI, notamment selon les modalités prévues à l'arrêté du 31 mai 1999. Afin d'encourager le développement de l'ACA par substitution à l'hospitalisation complète, la modulation de taux de change sur la base d'un engagement contractuel, pris au regard d'un dispositif d'évaluation national a été prévue. Cette modulation fait intervenir la notion de chirurgie substitutive et qualifiée.

L'AFCA a élaboré, en collaboration avec la Direction des hôpitaux, les actes marqueurs dont le principe est le suivant : établir une liste limitée mais significative d'actes caractérisant une chirurgie ambulatoire à la fois qualifiée et substitutive. On pourrait également envisager l'établissement de bonnes pratiques cliniques concernant l'ambulatoire ou moduler les taux de change compte-tenu du taux d'occupation des lits de chirurgie des établissements.

L'évaluation du potentiel de substitution dans un établissement avec le PMSI apparaît relativement complexe. Cependant le quotient du nombre d'actes substitutifs réalisé sur les places de chirurgie ambulatoire devrait caractériser la pratique d'une structure. Partant de la base des séjours groupés en CM24, la première précaution est d'éliminer les séjours liés à un décès immédiat (GHM 880), un transfert immédiat (GHM 890) ou des séances (GHM 681 à 684). De même, un certain nombre d'actes caractérisés comme opératoires et classants au titre du PMSI ne relèvent pas pour leur réalisation d'un secteur opératoire ou d'une anesthésie selon l'article D712-31 du CSP réglementant les structures pratiquant l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire : le passage de ces actes en UCA ne saurait être une substitution à l'hospitalisation complète. Il apparaît donc logique d'épurer les listes d'actes réalisés en moins de 24 heures de la "bobologie".

A l'inverse existent des actes non reconnus comme opératoires et qui pourtant justifient l'environnement d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) : ce sont essentiellement des actes de stomatologie (actes classants dans le GHM 885).

On peut donc apprécier quantitativement la chirurgie ambulatoire substitutive en recensant par le biais du PMSI les séjours groupés en GHM 700 amputés de ceux qui reposent sur un acte figurant sur une liste d'actes réalisables et cabinet et augmentés de ceux en rapport avec des actes non opératoires par le PMSI mais justifiant l'environnement d'une UCA.

La Direction de l'Hospitalisation a ainsi élaboré des indicateurs permettant d'apprécier la proportion de CA réellement substitutive :

- ⇒ Quotient nombre d'actes substitutifs/ nombre d'actes total réalisé dans la structure. Cet indicateur représente le pourcentage réel de chirurgie ambulatoire effectué au sein de l'UCA, mais il peut soulever un problème de périmétrage.

⇒ Quotient nombre d'actes substitutifs/ nombre d'actes réalisables dans l'UCA (= nombre de places x 365). Ce quotient tient compte du degré d'occupation de la structure puisqu'il se rapporte à sa capacité théorique.

Pour un acte donné, le quotient du nombre de fois où l'acte est réalisé en UCA sur le nombre total de fois où l'acte est effectué indique dans un établissement donné la capacité de substitution vis à vis de cet acte. Cette valeur n'est pas prise en compte dans les propositions actuelles. Le dispositif d'évaluation ne doit toutefois pas être détourné de son usage pour devenir le seul élément de jugement de la qualité de l'UCA. Car la performance d'une UCA ne peut se limiter à cela.

Cette approche quantitative est différente de la méthode des « actes marqueurs » développée par l'AFCA depuis 1996 qui marquait un attachement à une logique d'indicateurs en nombre limité mais significatif et à un refus de toute liste d'actes susceptibles d'introduire des comportements pervers. Cependant la démarche entreprise par le ministère du travail et des affaires sociales est pertinente, car :

- Elle a seulement vocation à évaluer le caractère substitutif de la chirurgie ambulatoire.
- Il a fallu produire des listes d'actes mais pour l'un d'exclusion caricaturale regroupant des actes externes, pour l'autre un simple additif venant corriger une anomalie du PMSI. Ces listes n'ont pas la prétention de figer ce que peuvent être les indications et les développements de la chirurgie ambulatoire, elles sont temporaires et doivent être revues en fonction des évolutions du PMSI.

Ce dispositif d'évaluation a été intégré à deux types de mesures : l'une intéressant uniquement les hôpitaux publics sous la forme d'un nouvel indicateur d'appréciation des établissements ayant développé une chirurgie ambulatoire substitutive (guide méthodologique pour la campagne budgétaire 1999 relatif au logiciel « Ambu »), l'autre modulant le taux de change dans le cadre d'un engagement à pratiquer un certain taux de chirurgie ambulatoire substitutive, applicable dans le secteur privé comme dans le secteur public (décret n°99-144 du 31 mai 1999 et arrêté du 31 mai 1999 portant application de l'article D.712-13-1). Le taux de change entre lits d'hospitalisation complète et places d'alternative devient plus avantageux si l'établissement s'engage sur une activité

réellement substitutive ; il est alors fonction du nombre de séjours sur lequel porte l'engagement de l'établissement.

Le décret n°99-144 du 31 mai 1999 définit l'engagement type et l'indicateur de référence fondé sur les résumés de sortie anonymisés du PMSI (méthode d'évaluation développée ci-dessus). La proportion de chirurgie ambulatoire alternative à l'hospitalisation complète au sein de ces places (par rapport à l'ensemble des séjours réalisés dans ces places) modulera le taux de change de 1, 1,5 ou 2 lits de chirurgie pour une place d'ambulatoire, selon le niveau de l'indicateur (respectivement supérieur à 55%, 50% ou 40%). Ce taux de chirurgie alternative est défini au dénominateur par le nombre d'actes effectués réellement dans les places autorisées et non plus par le nombre théorique d'actes possibles dans ces places. Les taux de chirurgie alternative exigés (40 à 55%) laissent clairement une marge de liberté dans l'utilisation des UCA. Mais le non-respect de l'engagement entraîne une réduction supplémentaire de lits correspondant au taux « hors engagement ».

Ces mesures mettent en avant la difficulté à recenser une activité ambulatoire au niveau des places autorisées. La création d'une unité spécifique correspondant à ces places afin de permettre le recensement des séjours est d'autant moins aisée que sa définition exige, outre un code spécifique dans la nomenclature de l'établissement, un « ensemble individualisé de moyens assurant des soins aux malades » (recommandations des décrets du 2 octobre 1992).

Actuellement, quand une structure dédiée n'est pas individualisée, particulièrement dans les hôpitaux publics, les places sont souvent éparpillées dans des unités fonctionnelles où elles ne sont pas repérées, comme c'était le cas au CH de Coulommiers jusqu'à fin 2000. Au-delà de l'incitation (points ISA et taux de change dérogatoire), il y a dans ces mesures un encouragement net à se mettre en conformité avec les décrets de 1992 pour la gestion des places autorisées, qui doivent être regroupées en unités physiquement identifiables. L'encouragement apporté à la pratique ambulatoire se traduit aussi de la part des pouvoirs publics par la mise en place de mesures incitatives.

D) Les mesures déjà adoptées et les améliorations possibles :

Ainsi diverses mesures ont été édictées par les pouvoirs publics à destination des ARH, telles que la revalorisation, même non officielle, de l'ACA en points ISA grâce à l'utilisation du logiciel AMBU, ou encore un nombre de lits d'HC en échange de places plus avantageux pour les hôpitaux s'ils s'engagent à pratiquer un certain taux de CA substitutive.

1) Le logiciel Ambu

Pour accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, une revalorisation des points ISA par établissement est proposée aux ARH. En 1999, la Direction de l'Hospitalisation fournissait à l'ensemble des établissements publics et privés sous dotation globale un logiciel : Ambu, relatif à l'activité de chirurgie ambulatoire, qui permet de fournir aux ARH un indicateur corrigeant la sous-estimation effective de l'activité de la chirurgie ambulatoire substitutive par le PMSI. Ainsi, les séjours reconnus de type chirurgie ambulatoire substitutive sont mieux valorisés en points ISA, mais tous les séjours de ces GHM n'ont pas été revalorisés. Ambu repose sur une simulation et les totaux et coûts recalculés des points ISA par ce logiciel ne se substituent en aucun cas à la valeur officielle du point ISA. Le calcul de cet indicateur sera systématique pour « tous les établissements de santé concernés et financés par la dotation globale ».

Il s'agit d'une procédure incitative spécifique et non d'une substitution à la valeur officielle du point ISA. Les ARH sont donc seuls juges de la pondération accordée lors de l'allocation réelle des ressources. Le support de cette analyse est le logiciel « Ambu », limité dans son application aux établissements qui possèdent des places autorisées d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire en respectant le nombre de séjours maximum autorisé par ces places. Et il est temporaire, il vise à encourager le développement de la chirurgie ambulatoire en tentant de corriger les effets négatifs d'une allocation de ressources basée essentiellement sur la valeur officielle du point ISA. Il ne sera plus effectif lorsque les points ISA estimeront correctement la chirurgie ambulatoire substitutive.

Son but recherché est de ne pas pénaliser les établissements qui évoluent vers un développement de la chirurgie ambulatoire, créant, modifiant ou en mettant

en conformité leurs structures au prix d'investissements humains et financiers importants.

Après contact pris avec le « bureau Organisation 1 » de la DHOS, ce logiciel édité pour la première fois en 1999 et remis à jour chaque année en collaboration avec le CTIP (Centre de traitement de l'information du PMSI) n'a pas encore été diffusé aux autorités de tutelle régionales pour sa version 2002. Car un petit questionnaire a été envoyé aux ARH de toutes les régions concernant l'utilisation d'Ambu il y a plusieurs semaines et toutes les réponses ne sont pas encore parvenues. Mais les réponses déjà arrivées laisseraient déjà percevoir une utilisation très variable du logiciel selon les régions, voire quelque peu « anarchique ».

De plus, pour lever le frein au développement de la chirurgie ambulatoire jugée peu incitative dans le PMSI, les établissements sous dotation globale bénéficient, depuis la campagne budgétaire 2000, d'un abattement applicable à la valeur du point ISA. Cette disposition s'applique aux établissements disposant d'une autorisation d'anesthésie chirurgie ambulatoire et dans la limite du nombre de places autorisées.

Cette mesure incitative ainsi que la modification des règles du taux de change pour la création de places d'anesthésie chirurgie ambulatoire prévue par le décret du 31 mai 1999 rendent possibles un accroissement du nombre de séjours ambulatoires ; le taux de 30 % de chirurgie ambulatoire est un objectif à atteindre au plan régional. On peut à ce sujet remarquer concernant la fréquentation hospitalière des franciliens que leur taux de fréquentation en soins ambulatoires est supérieur par rapport à la France métropolitaine, avec 51 pour 1000 habitants en IDF contre 32 pour la moyenne française (données du PMSI 2000).

2) *Mieux faire connaître la chirurgie ambulatoire*

Un autre moyen contribuant au développement de cette alternative à l'HC consiste à la faire connaître et à la promouvoir, tant auprès du grand public que des professionnels de santé. La chirurgie ambulatoire est actuellement très développée surtout aux Etats-Unis (environ 60% des actes chirurgicaux en ambulatoire) et au Canada. Les assureurs privés ont estimé le coût de la

chirurgie traditionnelle trop onéreuse et ont incité à la promotion d'interventions économiques en termes de personnel et de durée d'hospitalisation.

Comme dans tous les pays industrialisés, le Canada n'échappe pas au problème de l'accroissement des dépenses de santé (9,2% de son PIB). Depuis 1992 cependant, cette croissance ralentit et le Canada est passé en 1996 au 4^{ème} rang des pays consacrant la plus grande part de leur PIB à leurs dépenses de santé après les États-Unis, l'Allemagne et la France. Depuis les années 1970, des réformes du système de soins ont été entreprises dans toutes les provinces et le gouvernement fédéral a mis en place un financement des établissements par budget global.

Dans ce contexte de rigueur budgétaire et de fermeture des lits, une réflexion d'un groupe d'experts pour développer des modes alternatifs à l'hospitalisation complète comme la chirurgie ambulatoire a été entreprise dès les années 1990 à la demande de certains hôpitaux. Un projet pilote a été expérimenté au printemps 1990, qui a débouché sur la diffusion dès 1993 de « la trousse d'implantation de la chirurgie d'un jour » (nom donné au Québec à la CA). Depuis 1995, le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec a mis en place une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire, qui lui paraît un moyen efficace de comprimer les dépenses de santé. Le Québec a alors démarré son "virage ambulatoire". Les trois éléments principaux de motivation de ce choix étaient le progrès technologique, le désir de voir diminuer les files d'attente en chirurgie et la volonté de maintenir au maximum le patient dans son milieu familial.

Une campagne de sensibilisation et de soutien visant la promotion de la chirurgie ambulatoire a été lancée, à destination tant des intervenants que de la population. Des dépliants ont été distribués aux patients, des émissions de télévision ont été consacrées au sujet, et les médecins et les personnels infirmiers ont été motivés et informés par l'entremise des corporations et associations professionnelles. Certains incitatifs financiers ont également été mis en place pour aider notamment les établissements à investir dans des équipements spécialisés.

Par ailleurs le potentiel de chirurgie d'un jour a été déterminé selon une méthode rigoureuse : estimer le nombre de cas hospitalisés qui auraient pu être traités en CA. La première étape a consisté à faire l'inventaire des interventions chirurgicales les plus souvent utilisées en CA dans les milieux de pointe en ce domaine. Puis l'inventaire a été présenté à sept panels d'experts représentant 8

spécialités médicales, afin de le compléter et d'en exclure les cas traités hors du bloc opératoire. Des critères d'exclusion ont été établis à partir de publications nord-américaines et ont fait l'objet d'une validation systématique par un panel de chirurgiens et anesthésistes au Québec. Une liste d'une centaine d'interventions regroupées en 25 catégories a ainsi pu être définie.

L'association des hôpitaux du Québec a conçu les programmes « OPTIMAH », dont l'objectif est de permettre aux médecins hospitaliers de mieux connaître leur pratique, de pouvoir la comparer avec celle d'établissements considérés de pointe et de les guider dans l'utilisation optimale de leurs ressources. Un de ces outils est la « trousse de chirurgie d'un jour », qui doit permettre d'inciter les hôpitaux à développer la pratique ambulatoire. Cette trousse (classeur à feuilles amovibles et dont l'actualisation des chiffres est menée chaque année) est un outil incitatif, elle ne représente pas un instrument de contrôle de l'activité des établissements.

La trousse a été publiée en octobre 1992, elle permet aux gestionnaires d'établissements d'apprécier eux-mêmes le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans leur propre milieu. Pour les interventions sélectionnées, le recours à la chirurgie d'un jour au Québec a augmenté de 53% en 1992 à 66 % en 1995 et 77% en 1996, prouvant ainsi l'efficacité de l'ensemble des mesures mises en place par le gouvernement québécois.

Ainsi, mieux faire connaître les avantages procurés par l'ACA contribuerait sans doute à accroître sa pratique en France, notamment dans les hôpitaux publics. C'est en effet un mode de prise en charge adapté au confort des patients. Il entraîne peu de modifications dans la vie quotidienne du patient et de son environnement. Un autre avantage consiste dans le raccourcissement de l'incapacité postopératoire et du temps de convalescence, qui accélère la réinsertion familiale, scolaire et professionnelle. La continuité des liens du patient avec son environnement familial et social sont préservés, la reprise de l'activité professionnelle est en général plus rapide, la réadaptation n'en est que plus facile.

Cette pratique peut aussi pour certains patients réduire le stress psychologique associé à l'hospitalisation et dédramatiser ainsi l'acte opératoire ; elle responsabilise le patient pour le respect des consignes pré et postopératoires. D'ailleurs diverses enquêtes témoignent de la grande satisfaction des patients ayant bénéficié d'un acte chirurgical en ambulatoire ;

dans une enquête CEGOS (Commission générale de l'organisation scientifique), 90% des patients étaient prêts à renouveler cette expérience. L'enquête réalisée (cf annexes) au cours de l'année 2001 dans l'unité de Coulommiers vient corroborer ces données.

Il est enfin nécessaire de rendre l'ACA au moins aussi incitative, voire plus financièrement, que l'hospitalisation complète d'une nuit. Pour les établissements sous dotation globale, il est important que les praticiens n'aient pas le sentiment que leur activité chirurgicale est dévalorisée quand elle se situe dans le cadre ambulatoire, ce qui est le cas aujourd'hui du fait de la moindre valorisation dans le PMSI. Or cette moindre valorisation du point ISA apparaît plus être une contre incitation qu'une sous-valorisation.

Ainsi un assouplissement de la réglementation et une modification de la tarification pourraient sans doute encourager le développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public, même s'il ne faut pas oublier les entraves sociologiques. Or la chirurgie ambulatoire implique de remettre en cause la logique d'organisation de l'hôpital par services, en ce qu'elle exige une collaboration entre les spécialités, en particulier au niveau de la gestion du bloc opératoire. De plus, le nombre de lits reste encore trop souvent dans les esprits un symbole de réussite et un mode de répartition des allocations budgétaires. On pourrait par exemple rendre l'allocation de ressources par services plus dépendante de la production de soins. Ce n'est qu'en combinant plusieurs mesures que l'on encouragera son essor.

CONCLUSION

La création d'une unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire pour un hôpital public comme celui de Coulommiers représente une opportunité par les avantages qu'elle induit : sur le plan de la qualité des soins, du service rendu au patient et des coûts engendrés versus l'hospitalisation traditionnelle. Elle représente en outre un facteur de modernisation du fonctionnement des établissements par la prise en charge transversale qu'elle induit : réunion dans une unité individualisée des compétences de chirurgiens de disciplines différentes. Ce mode de fonctionnement exige le respect du choix des patients, une réelle motivation de l'ensemble des acteurs et une coordination étroite entre chirurgien, anesthésiste et médecin traitant. En France, la chirurgie ambulatoire évoque encore trop souvent pour le patient un type d'intervention motivée par un souci économique, et notre système de protection sociale est tel que le patient estime avoir le droit de coucher à l'hôpital, bien que l'évolution des mentalités en la matière soit sensible. Les patients se déclarent de plus en plus nombreux en faveur de ce mode de prise en charge. Pour surmonter les réticences culturelles, la relation avec le malade est essentielle. Dès lors qu'on informe les patients du progrès que constitue la chirurgie ambulatoire (anesthésie locale, reprise d'activité précoce, guérison rapide et sans complications), ils adhèrent le plus souvent à l'ambulatoire. La motivation des acteurs hospitaliers publics, réelle, impose néanmoins de revoir la valorisation de l'activité ambulatoire telle qu'elle est exprimée au travers du PMSI. Ou alors un mode de répartition budgétaire autre que dépendant du nombre de points ISA produits par les établissements devrait pouvoir être envisagé. Les conclusions de l'enquête menée par les trois caisses nationales d'assurance-maladie et les propositions à ce sujet sont très attendues.

Enfin la pratique de la chirurgie ambulatoire peut se révéler essentielle pour l'avenir de la chirurgie à l'hôpital public. 65 % des actes chirurgicaux sont réalisés aujourd'hui en secteur libéral, alors que l'hôpital public possède deux marchés "captifs" : la greffe d'organe (restreint) et la prise en charge des urgences. Les établissements publics de santé se doivent donc d'offrir, en situation concurrentielle avec le secteur libéral, une activité ambulatoire, afin d'accroître à nouveau la part restreinte de recrutement qui leur reste.

Bibliographie

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. La chirurgie ambulatoire, mai 1997. Paris : ANAES, service évaluation technologique, mars 1998. 105 p.

BAUBEAU D., BOUSQUET F., JOUBERT M. Le traitement chirurgical de la cataracte en France, un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire. Etudes et résultats, DREES, février 2001, n°101. 8 p.

BERGOGNE A. Mieux développer la chirurgie ambulatoire. Le concours médical, juin 2000. Pp. 1673-1675.

BEUTTER P. Les outils informatiques dans la gestion du bloc. Revue hospitalière de France, janvier – février 1999, n°1. Pp 70-72.

BLATTER S., BAUD R., LOUIS CH. L'information médicale : enjeu stratégique pour le management des systèmes de santé. Gestions hospitalières, juin -juillet 1999, n°387, 6 pp.

BOCOGNANO A., MIREAULT J., SOURTY -LE GUELLEC M-J. Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec. CREDES, novembre 1997, 29 p.

BOUREL P., PERNICENI T. Evaluation médicale et bloc opératoire. Revue hospitalière de France, janvier – février 1999, n°1. Pp 63-65.

BUSSON O., DOUSSIN A., SOURTY LE GUELLEC M-J. Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, l'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales. Questions d'économie de la santé, CREDES, mai 2000, n°30. 4 p.

BUSSON O., DOUSSIN A., SOURTY LE GUELLEC M-J. Chirurgie ambulatoire : comparaison France et Etats – Unis, communication présentée aux journées

thématiques sur l'hospitalisation (CNAMTS), Lille, 25-26 novembre 1999.
CREDES, février 2000, 18 p.

CARLET J. Le bloc et les infections nosocomiales. Revue hospitalière de France, janvier – février 1999, n°1. Pp 51-52.

CHALE J-J., BRIAND S., PROCHILLO S. et al. Développement de la chirurgie ambulatoire au Centre hospitalier universitaire de Toulouse : évaluation du potentiel et impact sur la mesure de l'activité. Journal d'économie médicale, novembre – décembre 1999, vol.17 – n°7-8. Pp 505-515.

CHOMETTE E. Evaluation médico-économique de l'activité chirurgicale. Revue hospitalière de France, janvier – février 1999, n°1. Pp 66-67.

CUVELIER G. deux exemples d'application du logiciel Ambu 1.0. Revue hospitalière de France, mai – juin 2000, n°3. Pp 60-61.

DERAEDT S., PIOLOT M., LEPAGE E., et al. Outil d'analyse du PMSI et activité chirurgicale dans les établissements de santé d'île- de- France. Revue médicale de l'assurance maladie, janvier – mars 2000, n°1. Pp 71-78.

DERAEDT S., SAGNAT J., ARPIN-RAMBAL A, et al. Contribution d'une étude du service médical de l'assurance maladie à la restructuration de l'offre de soins en chirurgie en Ile- de- France. Revue médicale de l'assurance maladie, janvier – mars 2001, n°1. Pp 33-41.

DEVREESE E. Une discipline en mutation, les évolutions de la chirurgie en France. Gestions hospitalières, octobre 2000, n°399. 5 p.

Evolution du système hospitalier. Le rapport Bacquet. Revue hospitalière de France, mai – juin 2000, n°3. 4 Pp

FERRERO Alain, Anesthésie et chirurgie ambulatoires comme modèle d'évaluation de la performance et de l'adaptation du système de soins. Mémoire ENSP de Médecin – Inspecteur de Santé Publique. Rennes, mai 1999.161 p.

GALVEZ C., NATHAN G. Le bloc opératoire au sein du projet médical. Revue hospitalière de France, janvier – février 1999, n°1. Pp 49-50.

GUIBERT M. La chirurgie d'un jour au CH du Puy-en- Velay, la dynamique du service infirmier. Mémoire ENSP d'Infirmier Général. Rennes. 100 p.

IRIS CONSEIL SANTE, Etude d'organisation du bloc opératoire, bilan, octobre 2001, 45 p.

KHALFI J. Les alternatives à l'hospitalisation à l'hôpital de la Timone : analyse et enjeu d'une prise en charge. Mémoire ENSP de Directeur d'hôpital. Rennes. 99 p.

LE CORRE M-C. Chirurgie d'un jour : le gage de l'efficacité. Revue de l'infirmière, juillet – août 1999, n°51. Pp 47-50.

LE FUR Ph., PARIS V., PICARD H. et al. Les trajectoires des patients en île -de-France : l'accès aux plateaux techniques. Questions d'économie de la santé, CREDES, juillet 2000, n°31, 6 p.

MATHIS D. Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Editions le Parc, hôpital de Taverny, juin 1997, 26 p.

MAHIEU A., RAFFY-PIHAN N. La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives. Paris : CREDES, novembre 1997. 126 p.

MATHIEUX Ch., BOUCHARD J-M. Dossier de demande de renouvellement d'autorisation de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires : modèle commenté. Guides pratiques de l'hospitalisation, éditions Bouchard – Mathieux, août 1998, 162 p.

MERLE Ph. Faire le choix de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public. Mémoire ENSP de Directeur d'hôpital. Rennes, décembre 1999, 179 p.

OLIVIER A., Où en est la chirurgie ambulatoire ? Gestions hospitalières, mai 1998. Pp 353-355.

Pr COLIN. Evolution des plateaux techniques, la chirurgie ambulatoire, exemple du CHU de Bordeaux, intervention aux journées AEAE de Poitiers, 2002.

RAIMBEAU G. Les unités de chirurgie ambulatoire. Revue hospitalière de France, janvier – février 1999, n°1. Pp 59-60.

SALA A. Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Perpignan. Mémoire ENSP de Directeur d'hôpital. Rennes. 63 p.

SALES J-P. L'ambulatoire, une nouvelle culture d'entreprise. Revue de l'infirmière, octobre 2000, n°64. Pp 41-43.

SALES J-P. Problématique des taux de change et points ISA. Revue hospitalière de France, mai – juin 2000, n°3. Pp 57-59.

SALES J-P., L'HUILLIER M-C. La chirurgie ambulatoire : un espace pour de nouveaux comportements. Revue hospitalière de France, mai – juin 2000, n°3. Pp 48-50.

SERAQUI M. Architecture de l'ambulatoire. Revue hospitalière de France, janvier – février 1999, n°1. Pp 61-62.

SERAQUI M. Guide de l'ambulatoire, éditions ENSP, 1998, 171 p.

SOURTY-LE GUELLEC M-J. La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs. Questions d'économie de la santé, CREDES, avril 2002, n°50. 6 p.

VINCKE B., TOSELLI A., MARTY M. PMSI et allocation budgétaire. Revue médicale de l'assurance maladie, janvier – mars 2000, n°1. Pp 79-81.

VENUTOLO F. Service de soins ambulatoires et consultations externes du CH de Gonesse. Revue hospitalière de France, mai – juin 2000, n°3. Pp 66-69.

La chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers sous dotation globale. Gestions hospitalières, juin -juillet 1999, n°387.

Sites internet :

- <http://le-pmsi.fr>
- <http://ile-de-France.sante.gouv.fr>
- <http://cramif.fr>
- <http://www.credes.fr>
- <http://atrium.rss.fr>
- <http://www.ors-idf.org>

Documents d'études :

PMSI indicateurs 2000. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile- de- France, service des établissements sanitaires et sociaux, sous la responsabilité de Sophie Malo, en collaboration avec le COTRIM d'Ile- de -France et la CRAM d'Ile- de –France. 1^{er} mars 2002, 169 p.

Programme national inter – régimes 2001-2002 : enquête chirurgie ambulatoire, méthode, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Mutualité sociale agricole, Assurance maladie des professions indépendantes, 2001, 96 pages.

Rapport financier 2000 du Centre Hospitalier de Coulommiers, Direction des Services Financiers.

Rapport financier 2001 du Centre Hospitalier de Coulommiers, Direction des Services Financiers.

SAE 1999. Les établissements de santé d'Ile- de- France en 1999. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile- de- France, service études et statistiques. Documents statistiques, n°9, novembre 2001, 96 p.

Schéma régional d'organisation sanitaire de l'Ile – de France 1999-2004 : rapport d'orientation stratégique. Agence régionale d'Hospitalisation d'Ile – de France, janvier 1999, 36 p.

Schéma régional d'organisation sanitaire de l'Ile – de France 1999-2004. Agence régionale d'Hospitalisation d'Ile – de France, octobre 1999, 186 p.

Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la chirurgie en Ile – de France. Agence régionale d'Hospitalisation d'Ile – de France, arrêté du 10 juillet 2000, 124 p.

Liste des annexes

- 1) Guide d'entretien avec les chefs de service du CH de Coulommiers concernés par l'activité de chirurgie ambulatoire
- 2) Liste des GHM (groupes homogènes de malades) composant la CM24
- 3) Liste des textes relatifs à la pratique de l'anesthésie chirurgie ambulatoire
- 4) Règlement intérieur de l'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire
- 5) Enquête de satisfaction relative à la pratique ambulatoire réalisée au CH de Coulommiers
- 6) Dépliant informatif sur l'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire du CH de Coulommiers

Guide d'entretien type, corps médical :

- Comment s'est développée l'activité de chirurgie ambulatoire au CH de Coulommiers ?
- Y a t'il eu un rôle spécifique joué par le corps médical, votre rôle en particulier ? Ou alors plutôt incitation de la politique d'établissement ?
- Quel a été le degré d'implication du service infirmier et en particulier des cadres ?
- La chirurgie ambulatoire était-elle pratiquée auparavant de manière individuelle dans chaque service ?
- Aujourd'hui, quel bilan faites- vous de cette offre de soins ?
- Dans votre spécialité, quels sont les actes que vous pratiquez le plus souvent en ambulatoire ?
- Que représente l'activité d'ACA en temps et en proportion sur l'ensemble de votre activité ?
- Les activités d'anesthésie chirurgie ambulatoire s'intègrent-elles sans difficulté dans le planning opératoire du bloc ?
- Quels sont les avantages, les inconvénients, pour le corps médical, les soignants, les malades ?
- Comment posez-vous les indications, quelles sont leurs limites actuelles et pourquoi ?
- Comment pourrait-on éventuellement envisager un développement de cette activité ?

Liste des GHM de la CMD n°24 : séances et séjours de moins de 24 heures

GHM	Libellé
680	Epuration extra- rénale
681	Chimiothérapie pour tumeur
682	Radiothérapie
683	Autres séances avec acte opératoire
684	Autres séances sans acte opératoire
701	Affections du système nerveux : ambulatoire, avec autre acte opératoire
702	Affections de l'œil : ambulatoire, avec autre acte opératoire
703	Affections ORL et Stomatologie : ambulatoire, avec autre acte opératoire
704	Affections de l'appareil respiratoire : ambulatoire, avec autre acte opératoire
705	Affections de l'appareil circulatoire : ambulatoire, avec autre acte opératoire
706	Affections du tube digestif : ambulatoire, avec autre acte opératoire
707	Affections du système hépato- biliaire et du pancréas : ambulatoire, avec autre acte opératoire
708	Affections et traumatismes de l'appareil musculo- squelettique et du tissu conjonctif : ambulatoire, avec autre acte opératoire
709	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins : ambulatoire, avec autre acte opératoire
710	Affections endocriniennes métaboliques et nutritionnelles : ambulatoire, avec autre acte opératoire
711	Affections du rein et des voies urinaires : ambulatoire, avec autre acte opératoire
712	Affections de l'appareil génital masculin : ambulatoire, avec autre acte opératoire
713	Affections de l'appareil génital féminin : ambulatoire, avec autre acte opératoire
714	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum : ambulatoire, avec autre acte opératoire
716	Affections du sang et des organes hématopoïétiques : ambulatoire, avec acte opératoire
717	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus : ambulatoire, avec acte opératoire
718	Maladies infectieuses et parasitaires : ambulatoire, avec acte opératoire
719	Maladies et troubles mentaux : ambulatoire, avec acte opératoire
721	Traumatismes, allergies et empoisonnements : ambulatoire, avec acte opératoire
722	Brûlures : ambulatoire, avec acte opératoire
723	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, avec acte opératoire
761	Libération du canal carpien, en ambulatoire
762	Interventions sur le cristallin, en ambulatoire
763	Amygdalectomies et/ ou adénoïdectomies, en ambulatoire
764	Drains transtympaniques, en ambulatoire
765	Ligature de veines et éveinage, en ambulatoire
766	Interventions réparatrices pour hernies abdominales, en ambulatoire
767	Interventions sur le rectum et sur l'anus, en ambulatoire
768	Résections osseuses localisées et ablation de matériel de fixation, en ambulatoire
769	Interventions sur la main, en ambulatoire
770	Arthroscopies, en ambulatoire
771	Interventions transurétrales, sauf prostatectomie, en ambulatoire

772	Interventions sur les testicules, en ambulatoire
773	Circoncisions, en ambulatoire
774	Interventions sur le système utéro- annexiel, en ambulatoire
775	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin, en ambulatoire
776	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, et conisation, en ambulatoire
777	Dilatations et curetages au cours de la grossesse, en ambulatoire
801	Affections du système nerveux : ambulatoire, sans acte opératoire
802	Affections de l'œil : ambulatoire, sans acte opératoire
803	Affections ORL et Stomatologie : ambulatoire, sans acte opératoire
804	Affections de l'appareil respiratoire : ambulatoire, sans acte opératoire
805	Affections de l'appareil circulatoire : ambulatoire, sans acte opératoire
806	Affections du tube digestif : ambulatoire, sans acte opératoire
807	Affections du système hépato- biliaire et du pancréas : ambulatoire, sans acte opératoire
808	Affections et traumatismes de l'appareil musculo- squelettique et du tissu conjonctif : ambulatoire, sans acte opératoire
809	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins : ambulatoire, sans acte opératoire
810	Affections endocriniennes métaboliques et nutritionnelles : ambulatoire, sans acte opératoire
811	Affections du rein et des voies urinaires : ambulatoire, sans acte opératoire
812	Affections de l'appareil génital masculin : ambulatoire, sans acte opératoire
813	Affections de l'appareil génital féminin : ambulatoire, sans acte opératoire
814	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum : ambulatoire, sans acte opératoire
815	Nouveaux- nés, prématurés, et affections de la période périnatale : ambulatoire
816	Affections du sang et des organes hématopoïétiques : ambulatoire, sans acte opératoire
817	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus : ambulatoire, sans acte opératoire
818	Maladies infectieuses et parasitaires : ambulatoire, sans acte opératoire
819	Maladies et troubles mentaux : ambulatoire, sans acte opératoire
820	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci ambulatoire
821	Traumatismes, allergies et empoisonnements : ambulatoire, sans acte opératoire
822	Brûlures : ambulatoire, sans acte opératoire
823	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé : ambulatoire, sans acte opératoire
827	Greffes d'organes : ambulatoire, sans acte opératoire
880	Décès immédiat
885	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire
886	Cathétérismes cardiaques ou coronographies, en ambulatoire
887	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire
890	Transfert immédiat

Textes relatifs à l'activité d'anesthésie chirurgie ambulatoire

- loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 : soumet les structures de soins à l'hospitalisation à autorisation.
- Décrets du 2 octobre 1992 : donnent la définition des structures, les conditions de création ou d'extension, les normes techniques de fonctionnement.
- décret n°92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L.712-10 du code de la santé publique
- décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du Code de la santé publique
- décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement
- Arrêté du 12 novembre 1992 : explicite les modalités de déclaration des structures
- Arrêté du 7 janvier 1993 : définit les caractéristiques du secteur opératoire en chirurgie ambulatoire
- Lettre- circulaire DH/EO 3-101 du 3 février 1994 relative aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Arrêté du 18 mai 1998 créant un traitement automatisé national d'informations médico-économiques destiné à améliorer la classification de groupes homogènes de malades du programme de médicalisation du système d'information dans sa partie traitant de l'activité d'hospitalisation dite "ambulatoire"
- Décret n°99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et modifiant le code de la santé publique.
- Arrêté du 31 mai 1999 relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou de renouvellement d'autorisation d'une structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.
- Instruction DH/EO du 7 juillet 1999 relative à l'entrée en vigueur du décret n°99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et modifiant le code de la santé publique.

REGLEMENT INTERIEUR DE L'UNITE DE CHIRURGIE
&
ANESTHESIE AMBULATOIRE
CENTRE HOSPITALIER DE COULOMMIERS
77527 COULOMMIERS CEDEX

Les dispositions ci-après ont été convenues entre les médecins utilisateurs de l'Unité de Chirurgie & Anesthésie Ambulatoire et le Centre Hospitalier de Coulommiers en vue de définir les modalités de fonctionnement de la structure en application de l'article D.712-34 du décret n° 92/1102 du 2 octobre 1992 (annexe 1) relatif aux conditions de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Le présent règlement est parti intégrante du règlement intérieur de l'Etablissement.

Il pourra être modifié sur proposition des médecins utilisateurs de la structure ou du directeur de l'établissement. Cette modification sera soumise à l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Technique d'Etablissement, et du Conseil d'Administration.

Il sera affiché.

Ce règlement intérieur sera réévalué à l'issue d'une période d'essai de fonctionnement de l'Unité de Chirurgie & Anesthésie Ambulatoire de 6 mois. La date d'ouverture est fixée au 19 octobre 2000.

TITRE I
DEFINITIONS, DISPOSITIONS GENERALES

§ 1 - L'Unité de Chirurgie & Anesthésie Ambulatoire du Centre Hospitalier de Coulommiers est une structure de type « centre intégré sans blocs spécifiques ». Elle a pour fonction l'accueil et l'hébergement de patients qui entrent le matin et quittent l'établissement le soir même, après y avoir bénéficié, sur rendez-vous, d'un acte chirurgical ou d'exploration, le plus souvent avec participation d'un médecin anesthésiste -réanimateur.

§ 2 - Cet acte chirurgical ou d'exploration est effectué dans un secteur opératoire dont l'organisation ne dépend pas des compétences de l'Unité, mais qui doit répondre aux normes et règlements en vigueur, et en particulier aux dispositions de l'arrêté du 7 janvier 1993 (annexe 2). Il en est de même de l'organisation des salles de surveillance post-interventionnelles correspondantes, particulièrement au regard du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 (annexe 3).

§ 3 - Dans ce document, l'Unité de Chirurgie & Anesthésie Ambulatoire sera désignée par le sigle « UC&AA », les praticiens réalisant l'acte qui justifie la prise en charge du patient seront désignés par le terme « Opérateurs », enfin, les médecins anesthésistes -réanimateurs seront désignés par le sigle « PHAR ».

§ 4 - Conformément à la réglementation et au projet d'établissement, les praticiens du Centre Hospitalier de Coulommiers s'engagent à utiliser la structure de l'UC&AA pour la prise en charge des patients répondant à la définition du § 1 du présent titre.

§ 5 - L'UC&AA est dotée d'un secrétariat propre, en relation constante avec les secrétariats des opérateurs, des PHAR et avec les responsables du bloc opératoire. Il a pour rôle :

- de participer à l'accueil
- d'élaborer le programme opératoire ambulatoire en concertation et de le diffuser après validation
- de préparer les documents pré et post-opératoires
- de centraliser les dossiers émis par les différents services en temps et en heure et de les restituer le soir de la sortie aux secrétariats concernés

§ 6 - L'UC&AA disposera de personnels soignants, infirmières diplômées d'Etat et aides-soignants, spécifiquement affectés, conformément à la réglementation (art. D. 712-32 du décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 - annexe 1).

TITRE I I LES ACTES, LES PATIENTS

Article 1 - Types d'actes réalisables avec prise en charge en UC&AA

§ 1 - Les interventions réalisées avec prise en charge par l'UC&AA seront **des interventions réglées, réputées de courte durée, peu hémorragiques, ayant un retentissement faible sur les grandes fonctions, peu douloureuses, peu handicapantes et n'entraînant que peu d'effets secondaires (nausées, vomissements).**

§ 2 - L'objectif est la pratique d'une réelle substitution.

§ 3 - Le catalogue des actes dont la réalisation sera, de principe, envisagée avec prise en charge du patient en UC&AA, sera rédigé par chaque opérateur, en concertation avec le groupe des PHAR. Ce catalogue comprendra : l'intitulé de l'intervention, sa durée moyenne, sa cotation dans les différentes nomenclatures et la durée moyenne d'hospitalisation post-opératoire souhaitée par l'opérateur et le PHAR, compatible avec la programmation opératoire, la durée de l'acte et l'amplitude d'ouverture de l'UC&AA.

Ce catalogue sera révisable selon les mêmes modalités et il sera joint en annexe du présent règlement (annexe 4).

§ 4 - La réalisation exceptionnelle d'actes qui n'auraient pas été inclus dans le catalogue prévu au § 3 - ci-dessus, pourra se faire avec l'accord des différents praticiens concernés.

Article 2 - les patients pris en charge par l'UC&AA

Pour pouvoir être pris en charge en UC&AA, les patients devront répondre à des critères médicaux et sociaux.

TITRE III PRINCIPES GENERAUX DU FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE

Article 1

L'UC&AA est ouverte au public de 7 H 30 à 17 H

Les lundi, mardi, jeudi et vendredi sauf jours fériés.
Et périodes de congés.

Les actes et soins accomplis par les praticiens dans le cadre de la structure ambulatoire, et qui nécessitent notamment l'utilisation du bloc opératoire ainsi que de toute autre installation technique indispensable, auront lieu dans le respect des plages horaires fixées par les praticiens qui interviennent dans la structure, au mieux de son fonctionnement. Il sera tenu compte :

- des horaires d'ouverture et de travail des personnels de la structure
- d'une programmation journalière spécifique avec deux spécialités possibles le même jour à condition de respecter :
 - ❖ la priorité absolue des interventions ambulatoires sur le reste du programme de l'opérateur (dernière anesthésie générale terminée à 12 heures 30)
 - ❖ La compatibilité des actes (par exemple : éviter propre/sale la même journée, enfant/IVG, etc).
- du calendrier arrêté avant l'ouverture de la structure et qui pourra être révisé lors de l'évaluation après six mois de fonctionnement :
 - ❖ lundi : ORL - Endoscopies
 - ❖ mardi : OPH - IVG - Gynéco - Chirurgie B - Chirurgie A
 - ❖ jeudi : OPH - IVG - Gynéco -- Endoscopies - Chirurgie A
 - ❖ vendredi : Chirurgie A dont urologie - **Stomatologie**

Article 2 : Etape pré-opératoire :

La chirurgie et l'anesthésie ambulatoire sont par définition des activités programmées

CIRCUIT DU PATIENT ET DE SON DOSSIER :

1. Secrétariat des consultations externes

Remplit la partie administrative du dossier médical

2. Médecin consultant ou chirurgien consultant

- Remplit la partie médicale du dossier
- Informe le patient sur l'acte chirurgical (il peut demander de rapporter la feuille d'information signée à l'anesthésiste) avec les précautions pré et post-opératoires
- Propose l'ambulatoire
- Donne la pochette d'ambulatoire :
 - prescrit les examens cités
 - demande au patient de remplir le questionnaire pré-opératoire pour l'anesthésiste à qui il apportera également les résultats d'analyse
 - Informe des conditions de la prise en charge : plaquette sur la chirurgie ambulatoire, règlement intérieur de la structure du Centre Hospitalier de Coulommiers, charte du patient hospitalisé
- Fixe une date opératoire avec le patient, qui sera confirmée par l'anesthésiste.

3. Secrétariat des consultations externes

- Reprend le dossier médical
- Selon l'heure de la consultation, peut ou non confirmer l'horaire et la date d'intervention en appelant le secrétariat de chirurgie ambulatoire, qui valide
- Prend ensuite le rendez-vous d'anesthésie dans un délai raisonnable avant la date prévue
- Photocopie la carte de sécurité sociale et de mutuelle
- Explique où se trouve la structure de chirurgie ambulatoire

N.B. : en cas de fermeture d'un ou des deux secrétariats, les deux rendez-vous définitifs seront téléphonés le lendemain au patient par le secrétariat de la consultation externe d'origine (après validation par le secrétariat de chirurgie ambulatoire et appel du secrétariat d'anesthésie)

4. Secrétariat d'anesthésie

- Récupère le dossier médical du patient auprès du secrétariat de l'opérateur le matin de la Consultation d'anesthésie
- Remplit la partie administrative du dossier anesthésique

5. Médecin anesthésiste

- Recueille selon les cas la fiche d'information du chirurgien ou du médecin signée par le patient
- Prend connaissance des réponses au questionnaire pré-opératoire et des résultats d'analyse
- Remplit le dossier anesthésique
- Informe sur l'acte anesthésique

A/ L'anesthésiste confirme l'hospitalisation en ambulatoire :

- Une anesthésie générale n'est pas une contre-indication à l'ambulatoire,

B/ L'anesthésiste s'oppose à l'hospitalisation en ambulatoire :

- Le secrétariat de chirurgie ambulatoire sera informé au plus tôt, ainsi que le secrétariat de chirurgie ou de médecine d'origine : Le passage en hospitalisation classique pourra entraîner une modification de l'ordre opératoire de la journée, voire de la date opératoire.

6. Le secrétariat d'anesthésie

- Contrôle que le dossier médical avec dossier anesthésique est complet
- Transmet ce dossier le lendemain de la consultation d'anesthésie au secrétariat de la spécialité qui aura en charge la pré-admission (à partir des photocopies faites lors de la consultation pré-opératoire)

7. Le secrétariat de chirurgie ambulatoire

- Reprend le jeudi après-midi les dossiers dans les différents secrétariats
- Contrôle avec ces secrétariats que l'ambulatoire constitue toujours le début du programme opératoire
- Contrôle que tous les dossiers de la semaine suivante sont présents
- Va chercher aux admissions le jeudi après-midi de la semaine qui précède l'hospitalisation la feuille jaune et les étiquettes des patients
- Tape le programme opératoire validé
- Le diffuse :
 - au bloc **via l'informatique** le vendredi à 12h00 au plus tard
 - à l'équipe soignante de chirurgie ambulatoire avec tous les dossiers
 - aux différents secrétariats

Article 3 : Admission du patient :

La pré-admission administrative est obligatoirement faite.

Le jour prévu pour la réalisation de l'acte, le patient est accueilli dans l'UC&AA par l'IDE et l'Aide-Soignante qui peuvent être aidées par la secrétaire.

Article 4 : Etape per-opératoire :

Compte tenu des dispositions de l'article 3 ci-dessus, la première induction anesthésique ne pourra pas avoir lieu avant 8 H 30. La dernière induction anesthésique de la matinée opératoire ne pourra pas avoir lieu après 12 H 30, compte tenu de la durée de réalisation de l'acte, de la durée du réveil post-anesthésique et de la durée de récupération des paramètres d'aptitude à la rue (définis ci-dessous).

L'intervention s'effectue en zone opératoire

Le réveil post-anesthésique s'effectue en salle de surveillance post-interventionnelle. Le patient quitte cette salle sur décision du PHAR. Celui-ci a rédigé ses prescriptions post-opératoires.

Il est de la responsabilité de chaque praticien participant à la réalisation de l'acte de procéder à la rédaction de tous les documents prévus par la réglementation, en particulier la fiche de surveillance per-anesthésique, post-interventionnelle, et le compte-rendu opératoire avec saisie des actes (cassette dictée à la fin de chaque intervention et rapportée avec le dossier du patient). De même, chaque praticien transmettra à l'UC&AA les prescriptions post-opératoires immédiates dans son domaine de responsabilité.

Article 5 : Séjour post-opératoire :

A l'issue de la période de réveil post-anesthésique, le patient retourne dans les locaux de l'UC&AA ; dès lors, la procédure vise à lui redonner les conditions de l'aptitude à la rue (stabilité des constantes vitales, déambulation, bon éveil, bonne orientation, absence de douleur, de nausée, de vomissement, absence de saignement chirurgical ou d'autre complication de la région opérée, prise de boisson, d'aliment, miction, etc.).

Dans le même temps, l'ensemble des documents nécessaires à la sortie du patient ainsi que la feuille individuelle sont réunis par le secrétariat de l'UC&AA et signés par les praticiens, au plus tard à 16 heures.

Article 6 : Sortie du patient :

§ 1- La sortie du patient sera décidée lorsque l'opérateur et/ou le PHAR concerné aura signée l'autorisation de sortie, chacun sur la base de ses critères propres.

§ 2- Comme indiqué au § 2 de l'art. 2 du titre II ci-dessus, le patient devra être accompagné, devra pouvoir être surveillé par un proche la nuit suivante et ne pas habiter à plus d'une heure de transport du centre (environ 30 km). Ces conditions seront signées par le patient et son accompagnateur.

§ 3- Seront remis au patient par l'IDE :

- les ordonnances
- l'arrêt de travail
- le rendez-vous post-opératoire
- la lettre au médecin traitant avec ou sans CRO
- Le bulletin de sortie signé par l'opérateur et l'anesthésiste et qui comprendra les précautions post-opératoires ainsi que le numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence : il devra être signé du patient et de l'accompagnant.

§ 4- Le dossier de l'UC&AA une fois clôturé, est rapporté le soir même au secrétariat de l'opérateur L'UC&AA ne conserve pas d'archives de type dossier médical. Seuls sont saisis et enregistrés les éléments relatifs à la traçabilité et à l'évaluation de l'activité.
Les CRH seront élaborés au niveau des secrétariats d'origine.

Article 7 : Après la sortie du patient :

§ 1- Il existe une procédure d'appel d'urgence des médecins concernés ou d'un médecin de même discipline que ceux ayant participé à la réalisation de l'acte. Les praticiens participant à la réalisation d'un acte de chirurgie ou anesthésie ambulatoire s'engagent à rester joignables pendant les 24 H post-opératoires ou à prendre toutes dispositions pour assurer leur remplacement.

§ 2 - L'infirmière de l'UC&AA procède à un suivi téléphonique du patient, à J + 1 ouvré, dans le but d'évaluer la qualité des suites de l'acte réalisé (exception faite pour les IVG.)

§ 3 - La secrétaire fait parvenir la fiche individuelle des patients aux admissions



La fonction de médecin coordonnateur des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire est prévue dans l'article D.712-34 du décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 (annexe 1) relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code. (JO - 8 octobre 1992,13991), ainsi que dans l'arrêté du 7 janvier 1993.

Article 1 : Sa mission :

A - Avant la date d'ouverture de l'UC&AA :

Il propose un mode d'organisation discuté à l'intérieur d'un groupe -projet spécifique et qui est soumis au vote de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration. Il participe à la prise des décisions relatives à la future unité.

Il participe à la rédaction des documents prévus par la réglementation.

B - A partir de l'ouverture de l'UC&AA :

§ 1- A l'intérieur de l'UC&AA :

❖ Il dirige l'Unité, c'est-à-dire qu'il assure les fonctions de prévision, organisation, planification, contrôle, administration, communication, écoute, évaluation et développement.

❖ Il rend compte de l'activité de l'Unité devant les instances de l'établissement et devant les organismes de tutelle.

❖ En tant que praticien hospitalier, il continue d'assurer sa fonction principale, c'est-à-dire que son rôle n'est pas la prise en charge quotidienne des patients présents dans l'Unité.

§ 2- A l'extérieur de l'UC&AA :

❖ Sa fonction est définie par l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b) de ce même code (JO - 15 janvier 1993, 821 - 822) (annexe 2). Ce texte le rend coresponsable de l'organisation des secteurs opératoires et des salles de surveillance post-interventionnelles où sont pris en charge les patients hospitalisés dans l'UC&AA.

Article 2 : Sa qualification :

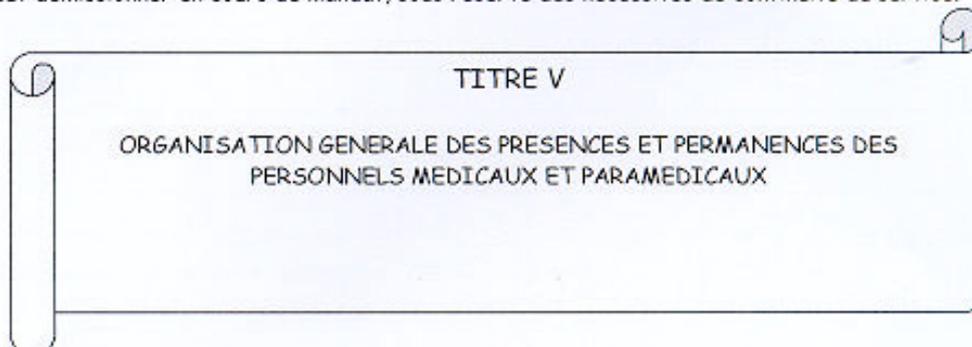
Le médecin coordonnateur, qui doit être un praticien hospitalier temps -plein, utilisateur de la structure, peut-être un chirurgien, un anesthésiste -réanimateur ou un médecin spécialiste qualifié.

Article 3 : Sa désignation, son mandat :

Il est proposé par les médecins utilisateurs de la structure ; cette proposition est soumise au vote de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration.

Son mandat est de 1 an renouvelable.

Il peut démissionner en cours de mandat, sous réserve des nécessités de continuité du service.



Article 1 : Personnels médicaux :

§ 1- Durant les heures d'ouverture de l'UC&AA :

❖ La sécurité du patient doit être assurée.

§ 2- Lorsque l'UC&AA est fermée :

❖ L'opérateur s'assure qu'il reste joignable durant les 24 H Post- opératoires ; à défaut, il s'assure que dans le cadre de l'astreinte opérationnelle ou de la garde organisée par l'établissement, un médecin qualifié pourra prendre en charge son patient, en cas de besoin, dans le cadre de sa discipline.

❖ Le PHAR s'assure de même qu'un praticien de même discipline pourra répondre à la demande d'un patient, dans le cadre de l'astreinte opérationnelle ou de la garde organisée par l'établissement.

Article 2 : Personnels para- médicaux affectés spécifiquement à l'UC&AA :

❖ Le nombre et la qualification des personnels paramédicaux exerçant dans la structure, pendant ses heures d'ouverture sont conformes aux dispositions réglementaires, et en particulier aux dispositions de l'article D. 712-32 du décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 (annexe 1) qui prévoit la présence minimale permanente d'un infirmier pour 5 patients présents.

- 11 -

❖ Afin de procéder à l'ouverture et à la fermeture de l'Unité, le personnel sera présent au moins 30 minutes avant l'heure d'accueil et 30 minutes après le départ des patients.

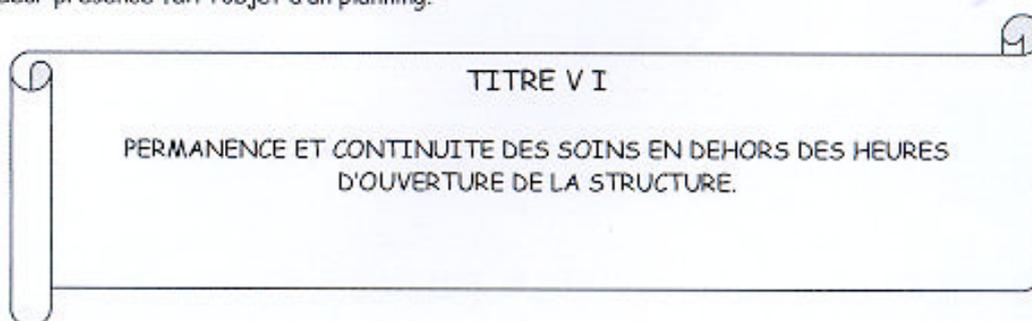
❖ Les effectifs de l'UC&AA sont fixés à 1,5 ETP pour les Infirmières diplômées d'Etat et à 1,5 ETP pour les Aides-Soignants. Ils sont à réactualiser en fonction de l'activité.

❖ Leur recrutement se fait au vu des profils de postes rédigés par le **cadre de santé** du service.

❖ Ces personnels reçoivent une formation spécifique.

❖ Leur rôle fait l'objet d'une description de poste rédigée par le **cadre de santé** du service.

❖ Leur présence fait l'objet d'un planning.



Les structures de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, dimanches et jours fériés inclus. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.

En dehors des heures d'ouverture de l'UC&AA, les patients, leur famille ou leur médecin traitant peuvent appeler à tout moment le Centre Hospitalier de Coulommiers qui aura mis en place une procédure permettant de joindre l'opérateur ou l'anesthésiste (sinon, le médecin d'astreinte dans la spécialité ou le PHAR de garde).

Il pourra donner toute information utile, et, éventuellement se charger de l'organisation du transport du patient vers le Centre Hospitalier de Coulommiers qui s'engage à assurer l'accueil en

urgence de ces patients en dehors des heures d'ouverture de l'UC&AA ou vers toute autre structure d'urgence nécessitée par l'état du patient.

En cas d'hospitalisation, celle-ci se fera sous la responsabilité de l'opérateur qui en sera informé ou du médecin d'astreinte dans la spécialité.

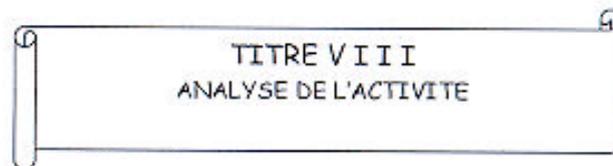
TITRE V I I
MODALITES DE CONSTITUTION ET DE COMMUNICATION DES DOSSIERS MEDICAUX

Conformément aux dispositions du décret n° 92 -329 du 30 mars 1992 (annexe 5), un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans l'UC&AA. Il comprend des éléments obligatoires dont la rédaction incombe aux différents acteurs de l'acte de chirurgie ambulatoire, à savoir :

Moment de la rédaction	Acteurs responsables de la rédaction.	Liste des documents réglementaires.
LES DOCUMENTS ETABLIS AU MOMENT DE L'ADMISSION ET DURANT LE SEJOUR.	UC&AA	La fiche d'identification du malade
	OPERATEUR	Le document médical indiquant le ou les motifs de l'hospitalisation
		Les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient.
		Les comptes rendus des explorations para-cliniques et des examens complémentaires significatifs, notamment le résultat des examens d'anatomie et de cytologie pathologique.
		Le ou les comptes rendus opératoires ou d'accouchement.
	PHAR	La fiche de consultation pré-anesthésique, avec ses conclusions et les résultats des examens demandés, et la feuille de surveillance anesthésique.
	Opérateur et PHAR	Les prescriptions d'ordre thérapeutiques.
	UC&AA	Le dossier de soins infirmier
Les documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier.	Opérateur	Le compte-rendu d'hospitalisation, avec notamment le diagnostic de sortie
	Opérateur et PHAR	Les prescriptions établies à la sortie du patient.
	UC&AA	La fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers.

Chacun des acteurs identifiés ci-dessus s'engage à remettre au patient, en tenant compte des heures de fonctionnement de l'UC&AA, les documents de sortie, et à verser au dossier médical les pièces prévues par la réglementation.

Après la sortie du patient, l'ensemble des documents qui lui sont relatifs et qui sont détenus par l'UC&AA sera joint au dossier médical. Celui-ci sera rapporté aux secrétariats des opérateurs le soir de la sortie.



TITRE V I I I
ANALYSE DE L'ACTIVITE

Pour ce qui concerne son activité, l'UC&AA produira annuellement un document qui précisera le nombre de passages, le type d'actes réalisés, le types d'anesthésies, enfin, les paramètres d'évaluation de la qualité.

Les opérateurs et les PHAR sont responsables, chacun pour ce qui les concerne, de la saisie de leurs actes et de la saisie de leur activité, conformément à la réglementation.

Fait à Coulommiers, le.....

Le directeur du Centre Hospitalier de Coulommiers.
Le président de la Commission Médicale d'Etablissement
Le médecin Coordonnateur

QUESTIONNAIRES PATIENTS ANNEE 2001 SERVICE : CHIRURGIE AMBULATOIRE

Nombre de questionnaires: 116 + 1 ancienne version + 1 inexploitable (2 côtés recto)
Entrées directes du 01/06 au 31/12: 429
Nombre de livrets d'accueil distribués: 240

Taux de réponses exploitables par-rapport (%): Aux entrées directes: 27,04
Aux livrets distribués: 48,33

Accueil

Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
Aux admissions	91	0	25	116
%	78,45	0,00	21,55	100,00
Aux Urgences	29	0	87	116
%	25,00	0,00	75,00	100,00
Dans le service	106	0	10	116
%	91,38	0,00	8,62	100,00

Le livret d'accueil et le questionnaire de sortie vous ont-ils été remis avec des explications ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	105	4	7	116
%	90,52	3,45	6,03	100,00

Son contenu vous a-t-il convenu ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	95	0	21	116
%	81,90	0,00	18,10	100,00

La signalisation des locaux et des services vous a-t-elle satisfait ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	104	3	9	116
%	89,66	2,59	7,76	100,00

Les Soins

Avez-vous été satisfait(e) des soins ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	112	0	4	116
%	96,55	0,00	3,45	100,00

Le personnel a-t-il été :

		%		%	
Très aimable	112	96,55	Très disponible	83	71,55
Aimable	4	3,45	Disponible	4	3,45
Pas aimable	0	0,00	Pas disponible	0	0,00
Ne se prononce pas	0	0,00	Ne se prononce pas	29	25,00
Total	116	100,00		116	100,00

Votre intimité a-t-elle été respectée ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	108	0	8	116
%	93,10	0,00	6,90	100,00

Si vous avez eu besoin d'une aide dans les gestes de la vie quotidienne (vous rendre aux toilettes, vos soins d'hygiène, l'aide aux repas...), cette aide a-t-elle été efficace ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	78	1	37	116
%	67,24	0,85	31,90	100,00

Dans vos demandes particulières, avez-vous eu une réponse correspondant à vos attentes ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
En cas de douleur :	76	1	39	116
%	65,52	0,86	33,62	100,00
En cas d'anxiété ou de tristesse :	55	1	60	116
%	47,41	0,86	51,72	100,00

Avez-vous été satisfait(e) des relations avec le personnel ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	100	0	0	100

Avez-vous été informé(e) sur :

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
Les horaires de visites	48	2	66	116
%	41,38	1,72	56,90	100,00
Les services mis à votre disposition (téléphone, télévision, courrier...)	40	2	74	116
%	34,48	1,72	63,79	100,00

Avez-vous été informé(e), par le médecin, sur votre état de santé concernant :

	Oui	Partiellement	Non	Ne se prononce pas	Total
L'évolution de votre état de santé	53	3	2	58	116
%	45,69	2,59	1,72	50,00	100,00
Les examens que vous avez subis	62	2	2	50	116
%	53,45	1,72	1,72	43,10	100,00
Les résultats de ces examens	56	1	59	3	116
%	48,28	0,86	50,86	2,59	100,00
Les traitements (médicaments, opération...)	53	1	59	3	116
%	45,69	0,86	50,86	2,59	100,00
Les effets indésirables possibles de ces traitements	45	2	67	2	116
%	38,79	1,72	57,76	1,72	100,00

Les informations données, par le médecin, vous ont-elles paru :

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
Compréhensibles	80	1	35	116
%	68,97	0,86	30,17	100,00
Précises	69	1	46	116
%	59,48	0,86	39,66	100,00

Les informations données, par les infirmier(e)s et les surveillant(e)s, vous ont-elles paru :

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
Compréhensibles	86	0	30	116
%	74,14	0,00	25,86	100,00
Précises	87	0	29	116
%	75,00	0,00	25,00	100,00

Avez-vous été consulté(e) pour certaines décisions (examens, interventions...)?

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	36	6	74	116
%	31,03	5,17	63,79	100,00

Les informations que vous avez reçu durant votre séjour correspondaient-elles à vos attentes ?

	Oui	Partiellement	Non	Ne se prononce pas	Total
	85	1	0	30	116
%	73,28	0,86	0,00	25,86	100,00

Avez-vous été informé(e) sur votre sortie concernant :

	Oui	Partiellement	Non	Ne se prononce pas	Total
Le suivi médical après votre sortie (consultations, examens... les signes qui doivent vous alerter)	84	3	0	29	116
%	72,41	2,59	0,00	25,00	100,00
Les traitements à prendre (médicaments, explications sur l'ordonnance...)	69	3	0	44	116
%	59,48	2,59	0,00	37,93	100,00
L'hygiène de vie (activités diverses, ... pouvant être reprises)	64	2	1	49	116
%	55,17	1,72	0,86	42,24	100,00

Le séjour

Avez-vous été satisfait(e) de votre chambre? (Literie, propreté, bruit, température...)

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	101	0	15	116
%	87,07	0,00	12,93	100,00

Avez-vous été satisfait(e) des repas ? Qualité / Quantité / Horaires ...

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	92	1	23	116
%	79,31	0,86	19,83	100,00

Avez-vous été satisfait(e) de vos conditions de sortie ? (Formalités / Transport / Horaires / Informations / Conseils...)

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Total
	90	0	26	116
%	77,59	0,00	22,41	100,00

Non classées et commentées