

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Filière Directeurs d'hôpital

Date du Jury : **Décembre 2005**

**ENJEUX ET PERSPECTIVES DU
DEVELOPPEMENT D'ALTERNATIVES A
L'HOSPITALISATION DANS LES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

L'exemple du CHI Elbeuf - Louviers / Val de Reuil

Jérôme RIFFLET
Promotion 2004 -2006

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont aidé et accompagné tout au long de mon stage hospitalier, dont la rédaction de ce mémoire constitue l'une des concrétisations.

En particulier :

M. Olivier BRAND, Directeur du centre hospitalier intercommunal Elbeuf – Louviers / Val de Reuil, qui m'a offert le meilleur accueil et les meilleures conditions possibles pour réaliser un stage d'une grande richesse professionnelle ;

Melle Véronique SURENA, Directeur adjoint chargé de l'accueil, de la clientèle et de la qualité, pour son accompagnement rigoureux et permanent en qualité de maître de stage ;

L'ensemble de l'équipe de direction du CHI Elbeuf-Louviers / Val de Reuil, pour la qualité de l'accueil qui m'a été réservé ;

Toutes les personnes, dont la liste figure en annexe, qui m'ont accordé une partie de leur temps dans le cadre de ce travail ;

M. Joël CLEMENT, Enseignant à l'École Nationale de la Santé Publique, pour son aide à préciser et à baliser le sujet de ce mémoire ;

Carole, pour son soutien constant et permanent, ainsi que sa relecture attentive.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 UN CONTEXTE FAVORABLE AU DEVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION	5
1.1 Les attentes des patients.....	5
1.1.1 L'affirmation de la place des patients dans le système de soins.....	5
A) Le développement du droit des patients	5
B) La place des patients dans les établissements publics de santé.....	6
C) Une évolution jurisprudentielle favorable au patient.....	7
1.1.2 L'émergence de nouvelles préoccupations.....	8
A) Les infections nosocomiales.....	8
B) La lutte contre la douleur	9
C) Les exigences d'information	9
1.1.3 L'émergence de démarches client.....	10
A) Les apports de la procédure d'accréditation	10
B) Une prise en compte du patient davantage institutionnalisée.....	11
1.2 Des progrès médicaux favorables au développement de nouvelles modalités de prise en charge	12
1.2.1 La chirurgie ambulatoire	13
1.2.2 L'hospitalisation à domicile.....	16
1.3 Des réformes hospitalières facilitantes	19
1.3.1 Les évolutions de la planification sanitaire.....	20
1.3.2 La réforme du mode de financement.....	21
1.3.3 Un hôpital plus ouvert.....	24
2 DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION : UNE ORIENTATION DU CENTRE HOSPITALIER D'ELBEUF-LOUVIERS	27
2.1 Eléments de contexte.....	27
2.1.1 Contexte démographique et épidémiologique du bassin de santé	28
A) Les indicateurs locaux et régionaux.....	28
B) Positionnement de l'établissement.....	30
2.1.2 Bilan de l'existant	34

A) Un développement des alternatives à l'hospitalisation dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2001-2003.....	34
B) Les problématiques rencontrées	38
2.2 La place des alternatives à l'hospitalisation dans le projet d'établissement 2005-2009	40
2.2.1 La méthodologie d'élaboration	40
A) Une démarche participative.....	41
B) Le groupe de travail « alternatives à l'hospitalisation »	42
2.2.2 Les orientations retenues.....	43
A) Favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire.....	43
B) Augmenter la capacité de l'hôpital de jour de médecine du site d'Elbeuf.....	46
C) Etudier la pertinence de la création d'un service d'hospitalisation à domicile	46
3 ANALYSE ET PROPOSITIONS	49
3.1 Le point de vue des professionnels	49
3.1.1 Une convergence des points de vue	49
A) Les facteurs de développement des alternatives à l'hospitalisation.....	49
B) Aspects positifs du développement des alternatives à l'hospitalisation.....	49
C) Perspectives d'évolution.....	50
D) Conséquences du développement des alternatives à l'hospitalisation.....	50
E) Obstacles au développement des alternatives à l'hospitalisation	50
3.1.2 Les problématiques spécifiques du CHI Elbeuf-Louviers	51
A) La chirurgie ambulatoire.....	51
B) Hôpital de jour de médecine.....	51
C) Hospitalisation à domicile.....	52
3.1.3 L'utilité de la démarche « projet d'établissement »	52
3.2 Les axes de travail utiles	53
3.2.1 Travailler sur les organisations	53
A) Travailler en interne	53
B) Travailler avec l'extérieur	57
3.2.2 Travailler sur la culture.....	61
A) L'apport possible des pôles d'activité	61
B) Le dossier médical personnel.....	62
C) L'évaluation des pratiques professionnelles	62
3.2.3 Le rôle du directeur d'hôpital.....	63
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69

LISTE DES ANNEXESI

Liste des sigles utilisés

AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ASA	American society of anesthesiologists
CA	Conseil d'administration
CES	Conseil économique et social
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHIELVR	Centre hospitalier intercommunal Elbeuf – Louviers - Val de Reuil
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNEH	Centre national d'expertise hospitalière
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREDES	Centre de recherches, d'études et de documentation en économie de la santé
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSP	Code de la santé publique
DIM	Département d'information médicale
DMP	Dossier médical personnel
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
FHF	Fédération hospitalière de France
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupe homogène de tarif
HAD	Hospitalisation à domicile
HDJ	Hospitalisation de jour
IAAS	International association for ambulatory surgery
ISA	Indice synthétique d'activité
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OCDE	Organisation pour le développement et la coopération économique

ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire régional de la santé
PMSI	Projet de médicalisation des systèmes d'information
RMI	Revenu minimum d'insertion
SAU	Service d'accueil des urgences
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Les racines de l'hôpital public plongent jusqu'au moyen âge, dans le cadre de la tradition chrétienne d'assistance et d'accueil. Sa mission est alors de secourir les indigents, bien davantage que de soigner des malades. Si le médecin est régulièrement appelé, il ne fait pas directement partie de l'institution, et ne tient alors qu'un rôle secondaire. D'ailleurs, l'efficacité de la médecine reste très limitée. Dans le contexte révolutionnaire de la fin du XVIIIème siècle, l'Etat supprime l'hôpital chrétien¹ et crée les hospices civils pour accueillir les personnes nécessitant d'être secourues : l'assistance aux pauvres est proclamée « charge nationale ». Au-delà de ce changement de nature des institutions, leur mission principale reste l'hébergement.

Le véritable bouleversement a lieu au XIXème siècle, avec la médicalisation des établissements. La médecine anatomo-clinique cherche à établir des liens entre les lésions observées sur les différents organes et les signes cliniques présentés par les patients. A l'image des travaux de Bayle et Laennec, le développement de ce savoir repose sur l'observation de lésions et les autopsies : il est commode de regrouper les sujets à observer en un même lieu. Pour multiplier les observations, il est en outre nécessaire de former de jeunes auxiliaires, qui deviendront ensuite des médecins à part entière. Cette préoccupation est à l'origine de la création de l'internat en 1802. Il devient alors indispensable de regrouper les malades : l'hôpital-hospice du XIXème siècle se mue progressivement en centre de soins, et ses missions d'enseignement et de recherche se mettent en place. Après plus d'un siècle d'hésitation entre les missions d'assistance et les missions de soin, le législateur en fait définitivement un centre de soins durant la seconde guerre mondiale. La Loi du 21 décembre 1941 l'ouvre à l'ensemble de la population ; à partir de ce moment l'hôpital public évolue vers la forme que nous lui connaissons aujourd'hui, il n'est plus seulement réservé à la frange la plus défavorisée de la population. Les progrès technologiques des décennies 1950 et 1960 confortent cette évolution : dans le sillage emblématique des centres hospitaliers universitaires, les hôpitaux deviennent des établissements hyper spécialisés, bénéficiant de plateaux techniques performants et de moyens thérapeutiques de plus en plus sophistiqués.

La médecine moderne et ses développements technologiques ne remettent pas fondamentalement en cause les orientations des pionniers du XIXème siècle : le praticien continue à rechercher la lésion débutante, signe avant coureur d'une pathologie donnée.

¹ Loi du 22 messidor an II (11 Juillet 1794).

C'est la maladie qui détermine la prise en charge et l'organisation des soins : le patient est davantage considéré comme « malade-cas » que comme « malade-personne ». Cette évolution de la médecine à partir de l'organe explique que les établissements soient organisés en services. De plus, le médecin est un protecteur qui n'a pas à rendre de comptes : la fonction est en quelque sorte sacralisée, la figure la plus symbolique étant celle du « mandarin ».

Cette situation évolue à partir des années 1970, et s'accélère dans les années 1980 et 1990, avec la montée en puissance du droit des patients, et de son corollaire : les attentes en termes de qualité. Les malades, qui se muent progressivement en « usagers », deviennent des partenaires informés et associés aux choix thérapeutiques. Ils n'hésitent plus à rechercher la responsabilité du praticien en cas de désagrément. Ils ont aussi la faculté de choisir leur établissement, en étant de mieux en mieux informés : désormais les rapports d'accréditation des établissements de santé sont disponibles sur l'Internet. Ils souhaitent par ailleurs passer le moins de temps possible à l'hôpital, tout en revendiquant une qualité de prise en charge légitime.

La montée en puissance d'un consumérisme médical critique, ainsi que du droit des malades, conduisent les professionnels à penser différemment les conditions de leur exercice. En effet, la mutation du socle historique de l'hôpital public, qui repose largement sur une façon de concevoir la médecine héritée du XIX^{ème} siècle, remet en cause les cultures professionnelles. Finalement, au delà la prise en charge traditionnelle de la maladie, l'un des défis aujourd'hui posé aux hôpitaux est de prendre en charge le malade.

Les progrès médicaux, faisant appel à des technologies de plus en plus développées, ont un coût que la collectivité a de plus en plus de mal à assumer dans le contexte économique et social actuel. Les processus de prise en charge se complexifient, et ne sont plus le fait d'un seul professionnel travaillant de manière isolée. La collégialité de l'acte médical est croissante, il associe de nombreux interlocuteurs et fonctions supports, éventuellement externes à l'établissement.

Envisager de prendre en charge les patients dans des structures alternatives à l'hospitalisation classique permet de ne pas systématiquement avoir recours à une prise en charge lourde et coûteuse pour mettre en œuvre un acte de soin : le développement de telles structures offre la possibilité de différencier les productions de soins selon les situations. C'est effectivement ce qui se passe quand la pression économique tend à réduire les durées moyennes de séjour, dans la mesure bien sûr où les progrès de la médecine rendent cette évolution possible.

La modification du rapport au patient et la possibilité de différencier les modalités de production de soins constituent deux bouleversements culturels concomitants : la convergence de ces deux phénomènes est favorisée par une réglementation qui vise à encourager ces évolutions pour rendre l'offre de soins plus compatible avec les ressources financières disponibles. Le développement de la notion d'efficience médicoéconomique en est l'une des illustrations.

Tout se passe comme si après être passé de l'hébergement sans soins à l'hébergement avec soins, le mouvement historique que nous venons de parcourir brièvement se prolongeait aujourd'hui vers des soins sans hébergement. De fait, les restructurations hospitalières effectuées au cours des vingt dernières années concentrent les lits de court séjour dans les grands établissements dotés de plateaux techniques performants, tout en réduisant leur nombre total.

Dans ce contexte, le développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle semble voué à une croissance importante, qu'il s'agisse d'hospitalisation de jour ou même d'hospitalisation à domicile. Les projets d'établissement des hôpitaux publics leur font une place grandissante, les désignant comme des modèles organisationnels vers lesquels l'ensemble des acteurs a intérêt à tendre. En effet, les patients y ont intérêt parce que c'est un moyen de bénéficier de soins de qualité tout en répondant à leurs attentes de raccourcissement des séjours hospitaliers. Les financeurs parce que ces modes de prise en charge permettent de réduire les dépenses en optimisant l'utilisation des équipements. Enfin, les médecins et les personnels parce les alternatives à l'hospitalisation permettent d'améliorer la qualité des soins et les conditions de travail...

Au-delà de ces considérations qui font aujourd'hui l'objet d'un consensus, le développement des alternatives à l'hospitalisation implique des changements culturels importants : il s'agit pour les établissements d'une évolution notable des modalités de fonctionnement. Dans ce schéma, l'hôpital devient davantage une plate forme de services, centrée sur les examens, les diagnostics, les traitements et les interventions. La fonction traditionnelle d'hébergement recule. Il ne peut plus agir seul, mais doit se penser comme l'un des éléments d'un système plus vaste : la notion émergente de territoire de santé vient nous le rappeler.

L'importance des enjeux culturels, techniques et financiers sous jacents rend le choix collectif impératif. Dans ce contexte, le rôle du projet d'établissement prend tout son sens : en quoi peut-il favoriser la convergence des points de vue des différents acteurs, et

finalement la réussite du projet « alternatives à l'hospitalisation », qui constitue la partie apparente de changements profonds ?

Nous pouvons émettre l'hypothèse que le développement des alternatives à l'hospitalisation est une réponse pertinente aux mutations en cours, qu'il s'agisse des attentes des patients, des évolutions du mode d'exercice des professionnels de santé, des impératifs économiques qui s'imposent aux établissements. Toutefois, vu l'importance des enjeux et la rupture qu'ils représentent avec la tradition hospitalière, il n'y pas d'évolution possible sans une adhésion réelle des acteurs au projet, de sa conception à sa mise en œuvre.

Pour valider ces hypothèses nous avons suivi dans le cadre de notre stage hospitalier l'élaboration du projet d'établissement 2005-2009 du centre hospitalier intercommunal (CHI) Elbeuf-Louviers / Val de Reuil. La méthode a consisté à repérer tout d'abord les principaux éléments historiques permettant de comprendre le cheminement de l'établissement. Ce repérage a été réalisé grâce à l'analyse de documents institutionnels, au passage dans les services de soins réalisé lors du premier stage (février-avril 2004), et aux discussions informelles avec les professionnels.

Une analyse de la littérature nous a ensuite permis de confronter ce vécu à des éléments théoriques dans le but de construire une vision plus complète des enjeux relatifs aux alternatives à l'hospitalisation.

Dans un second temps, le parallélisme du deuxième stage hospitalier et de l'élaboration du projet d'établissement nous a offert l'opportunité de participer aux travaux du groupe « alternatives à l'hospitalisation », ainsi qu'au comité de pilotage du projet.

Enfin, des entretiens avec des professionnels représentatifs de différents métiers, réalisés après qu'aient été officiellement présentées les grandes lignes du projet d'établissement, nous ont permis de mieux comprendre quelles étaient leurs perceptions de ces évolutions. Nous avons complété cette vision par la visite de structures extérieures au CHI : l'hôpital de la Croix-Rouge de Bois-Guillaume pour l'hospitalisation à domicile, et la clinique Mathilde de Rouen pour la chirurgie ambulatoire.

A partir de ces éléments, nous présenterons tout d'abord l'analyse des différents facteurs qui conduisent aujourd'hui à favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation (I). Nous illustrerons ensuite notre propos par l'exemple du centre hospitalier Elbeuf-Louviers / Val de Reuil, qui s'est engagé dans cette voie et a choisi d'amplifier ce développement dans le cadre de son projet d'établissement 2005-2009 (II). Cet exemple nous permettra d'aborder une réflexion sur les conditions de succès de ce type de démarche (III).

1 UN CONTEXTE FAVORABLE AU DEVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

Pour des raisons historiques liées à la construction de la discipline, la médecine est longtemps restée focalisée sur les organes, les pathologies. Dans ce schéma de pensée, la prise en compte du patient, de ses attentes, de ses souhaits ne constitue pas un objectif prioritaire. L'important est l'efficacité médicale, et le médecin juge en son âme et conscience de la stratégie thérapeutique à adopter : sa déontologie est alors la seule ligne de conduite qui le guide. Cette conception est souvent caractérisée par la notion de « paternalisme médical », qui, selon Lin Daubech² repose sur : « *l'idée d'incompétence personnelle du malade en matière médicale, et d'un amoindrissement de ses facultés de compréhension par la maladie* ».

Peu à peu, les progrès du niveau socioculturel de la population et du niveau de vie concourent à l'émergence de nouvelles attentes. Ces attentes sont relayées par le droit, qui rétablit progressivement l'équilibre de la relation médecin-malade. Les établissements ne peuvent ignorer cette évolution (1.1). Dans ce contexte, la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation apporte des bénéfices multiples en aidant à mieux répondre aux attentes de la population. En effet, les impératifs qui pèsent sur ce type d'organisation conduisent à améliorer la qualité des prestations dans le sens souhaité par les personnes prise en charge (1.2). En outre, les réformes hospitalières récentes peuvent faciliter cette transformation (1.3).

1.1 Les attentes des patients

1.1.1 L'affirmation de la place des patients dans le système de soins

A) Le développement du droit des patients

C'est dans un contexte hérité de l'Histoire du développement de la médecine que la première charte du patient hospitalisé est publiée en 1974. Pour la première fois en France, un document signé des autorités publiques aborde la problématique du droit des

² Lin Daubech, « L'évolution de la place du malade dans les établissements de santé », *Entreprise-santé*, Mai-Juin 2004, N°51.

patients, mais son impact reste relativement faible. Le décret 74-27 du 14 janvier 1974 traite la question de l'information du patient, en laissant clairement au praticien le choix de l'opportunité de la lui délivrer : « *Le médecin chef de service ou les médecins du service doivent donner aux malades, (...), les informations sur leur état qui leur sont accessibles. Dans toute la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux malades doivent aussi faire l'objet d'une information de la part du médecin* ». La relation reste alors très asymétrique, clairement empreinte de paternalisme médical.

Vingt ans plus tard, le 6 mai 1995, une nouvelle charte est élaborée par Simone Veil, le même ministre de la santé qu'en 1974. L'évolution par rapport au document précédent est considérable, témoignant de l'évolution de la société sur le thème de la relation médecin-patient. Cette charte souligne notamment la nécessité d'information du patient, de recueil préalable du consentement aux soins, de respect de la dignité. Elle a cette fois un retentissement beaucoup plus important, venant relayer des préoccupations majeures de l'opinion publique. En effet, la décennie 1980, marquée par plusieurs drames sanitaires extrêmement médiatisés, a durablement marqué la société française. L'épidémie de VIH a touché des catégories sociales relativement aisées, bénéficiant de réseaux relationnels développés, qui se sont regroupées et organisées pour faire valoir leurs droits et revendiquer des prises en charge de qualité. Le scandale du sang contaminé a fortement contribué au développement d'un sentiment de défiance de la population à l'égard des autorités publiques et du monde de la santé en particulier. Le « blanc-seing » qui était jusque là accordé aux médecins par leurs patients fait désormais partie du passé. Les patients souhaitent être informés loyalement, et décider en conscience de ce qui est bon pour eux.

La loi 2002-303 du 4 mars 2002 prolonge cette évolution du droit, en donnant une portée législative aux principes énoncés par la charte du patient hospitalisé, elle renforce encore l'accès à l'information avec la possibilité de communication directe du dossier médical, sans l'intermédiaire d'un praticien.

B) La place des patients dans les établissements publics de santé

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 contribue à reconnaître la place des patients dans les établissements. L'une des innovations majeures du texte est de réformer la composition des conseils d'administration (CA) des établissements publics de santé. Désormais, deux usagers, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) sur proposition du Préfet siègent avec voix délibérative. Même si d'importants progrès restent à accomplir pour rendre cette mesure complètement

opérationnelle, notamment en termes de formation de ces personnes aux problématiques sanitaires et hospitalières, la symbolique est très forte.

L'ordonnance instaure également une commission de conciliation. Cette nouvelle instance, comprenant des représentants des usagers et des représentants de l'établissement est chargée de donner suite aux réclamations déposées par des patients de l'établissement.

Le développement d'échanges d'informations entre l'institution et le patient constitue l'un des aspects notables de l'ordonnance de 1996. Ainsi, la délivrance d'un livret d'accueil contenant la charte du patient hospitalisé devient obligatoire, ce qui renforce considérablement son importance. En retour, les patients sont invités à compléter un questionnaire de satisfaction. Cette démarche témoigne du fait que les établissements s'orientent vers une prise en compte grandissante de l'avis des usagers-clients, à l'instar du modèle de l'entreprise.

Les dispositions législatives et réglementaires les plus récentes confirment la tendance au renforcement de la place des usagers dans les EPS : l'ordonnance n°2005-406 du 20 mai 2005 porte de deux à trois le nombre de représentants des usagers siégeant au conseil d'administration.

Par ailleurs, la commission « de conciliation » devient commission « des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge »³ : au delà de l'élargissement de ses prérogatives, l'évolution sémantique de son appellation souligne clairement l'évolution de l'hôpital vers la démarche qualité, en vue de satisfaire la demande de la population.

C) Une évolution jurisprudentielle favorable au patient

Si les patients bénéficient de droits de mieux en mieux formalisés et reconnus, l'évolution de leurs attentes et de leurs exigences envers le système de santé se matérialise aussi par le fait qu'ils n'hésitent plus à mettre en cause les praticiens et les établissements devant les tribunaux lorsqu'ils s'estiment victimes de désagréments. Une évolution des jurisprudences, s'est opérée à la fin de la décennie 1990, dans un sens favorable aux usagers. Auparavant, un malade qui s'estimait lésé devait apporter la preuve de ses affirmations. Cette charge de la preuve est aujourd'hui renversée, puisque les professionnels de santé doivent prouver qu'ils n'ont pas commis de faute. C'est une évolution fondamentale, porteuse de beaucoup de conséquences notamment d'ordre financier, que nous n'examinerons pas ici. C'est le 25 février 1997 que la cour de

³ Décret n°2005-213 du 2 mars 2005

cassation⁴ a franchi ce pas, suivie par le conseil d'Etat le 5 janvier 2000⁵. Désormais, l'information préalable au consentement s'impose à l'ensemble des personnels de santé, y compris pour des risques exceptionnels. En effet, les demandes de réparation se situent le plus souvent sur le terrain de la perte de chance : le patient estime qu'il a donné son consentement parce qu'il était mal informé. C'est désormais au professionnel d'apporter la preuve qu'il l'a bien été. Le code de la santé publique prend acte de cette évolution : l'article L1111-2 stipule : « *En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article.* » Ces évolutions montrent comment la notion d'usager glisse vers la notion de client, ce dernier n'hésitant plus à montrer son insatisfaction en demandant réparation à la justice.

1.1.2 L'émergence de nouvelles préoccupations

A coté du droit général des patients, certains aspects font l'objet de développements juridiques spécifiques : c'est le cas de la lutte contre les infections nosocomiales et de la lutte contre la douleur. En effet ces problématiques suscitent des attentes particulières de la part de la population, qui souhaite d'une façon générale être mieux informée lors des séjours hospitaliers. Les modalités particulières d'organisation des structures alternatives à l'hospitalisation constituent un outil de réponse intéressant à ces attentes spécifiques.

A) Les infections nosocomiales

Selon un sondage réalisé en avril 2004⁶ pour la Fédération Hospitalière de France (FHF), 63% des personnes interrogées pensent que le risque d'infection nosocomiale a augmenté au cours des dernières années. Ce problème fait l'objet de textes réglementaires spécifiques : le décret 88-657 du 6 mai 1988 instaure les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dans les hôpitaux publics, et le décret 99-1034 du 6 décembre 1999 les généralise à tous les établissements de santé. Ces textes prévoient notamment que les usagers siégeant au CA assistent à la séance au cours de laquelle sont discutés le rapport annuel du CLIN et le programme annuel d'actions.

⁴ Arrêt Hédreul, CC, 25 février 1997.

⁵ Arrêt Gulibot, CE, 5 janvier 2000.

⁶ Sondage réalisé les 21, 22, 28 et 29 avril 2004 auprès de deux échantillons nationaux représentatifs de 1000 et 500 personnes par la TNS Sofres.

La lutte contre les infections nosocomiales, qui tient une place grandissante dans les établissements, peut conduire à repenser les modalités d'organisation des séjours. Les alternatives à l'hospitalisation constituent l'un des vecteurs de réduction de ce risque en réduisant la durée d'exposition des malades. Par exemple, la chirurgie ambulatoire, du fait de ses impératifs, réduit considérablement les contaminations survenant au bloc opératoire.

B) La lutte contre la douleur

La lutte contre la douleur et les soins palliatifs ont aussi fait l'objet de développements particuliers au cours des dernières années. Ainsi, la loi 99-477 du 9 juin 1999 garantit l'accès aux soins palliatifs qui visent « à soulager la douleur, à apaiser le souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » et crée un livre préliminaire dans le CSP : « droits de la personne malade et des usagers du système de santé ». L'article L1112-4 du CSP prévoit que « les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent ». Les alternatives à l'hospitalisation peuvent contribuer à développer ce type de prise en charge, en permettant par exemple à des patients en fin de vie de regagner leur domicile dans le cadre d'une HAD.

C) Les exigences d'information

L'information constitue l'un des thèmes sur lesquels les usagers sont le plus sensibles. Le sondage mené par la FHF en 2004 nous apprend que seulement 53% des personnes interrogées ont une appréciation positive du niveau d'information sur les soins prodigués pendant leur séjour. Pourtant, l'accent est, on l'a vu, mis sur l'information des patients depuis une dizaine d'années. Le rapport du Conseil d'Etat *Réflexions sur le droit à la santé* (1998), insiste sur ce point : « le médecin doit informer le patient en vue d'éclairer son consentement aux soins et de lui permettre d'adapter sa conduite à la maladie et à la thérapeutique prescrite ». Le code de déontologie médicale issu du décret du 6 septembre 1995 (art. 36) l'affirme clairement : « le consentement doit être recherché dans tous les cas », or le consentement « éclairé » suppose une information préalable et suffisante. D'ailleurs, beaucoup de professionnels font des efforts considérables, en utilisant des documents de vulgarisation qui permettent d'informer les patients sur les pathologies, les thérapeutiques envisagées...

Les patients accèdent par ailleurs à beaucoup d'information, notamment par l'intermédiaire de l'internet, qu'il s'agisse de travaux de sociétés savantes, des résultats d'accréditation des établissements de santé ou de travaux de vulgarisation. Le travail du praticien consiste alors à leur expliquer en quoi leur cas est singulier, et à les aider à se repérer parmi cette surabondance de documentation, de plus en plus facilement accessible. Les patients ne s'y trompent pas : une enquête menée en 2003 par le CREDOC⁷ montre que le médecin reste de très loin la source d'information la plus spontanément citée (94% des réponses) par les français lorsqu'ils ont des interrogations quant à un problème de santé. Loin de constituer une menace, cette aspiration à l'information et à la compréhension peut contribuer à faire émerger une nouvelle facette de la profession médicale, facette qui peut renforcer sa légitimité : celle de la pédagogie, conduisant au partenariat.

Les alternatives à l'hospitalisation, reposant par définition sur des activités programmées, permettent de mettre l'accent sur les actions d'information destinées aux patients, et de développer le lien avec leur entourage, amené à participer à l'épisode de soins. De plus, le raccourcissement significatif des durées de prise en charge oblige à impliquer davantage le patient : il doit à la fois concourir à la préparation du séjour, en suivant par exemple un protocole préparatoire et à la fois participer à l'aval de la prise en charge, en respectant des consignes délivrées par l'équipe soignante.

1.1.3 L'émergence de démarches client

Afin de toujours mieux répondre aux attentes des patients-usagers, les établissements, sous l'impulsion de la procédure d'accréditation, ont modifié leurs manières de fonctionner, en créant des directions spécifiques, en développant des services complémentaires.

A) Les apports de la procédure d'accréditation

Le devoir de transparence envers les patients est aussi l'un des principes qui guide la procédure d'accréditation, instituée par les ordonnances de 1996. Elle a entre autres objets d'apprécier la place du patient dans l'organisation des soins ; mais aussi, de faire reconnaître au plan externe la qualité des soins et d'améliorer la confiance du public. Plusieurs référentiels du manuel concernent directement la prise en compte du patient,

⁷ CREDOC : « Conditions de vie et aspirations des français », 2003.

comme le référentiel n°1 : « Droit et information du patient », dont l'introduction stipule : « *La loi du 4 mars 2002 confirme la triple évolution philosophique, sociale et juridique qui transforme le patient « objet de soins » en « sujet pensant » et « usager et acteur économique (client) avec un renforcement de ses droits.* ».

Celle du référentiel n°3, intitulé « Organisation de la prise en charge des patients » affirme : « *Après une évaluation initiale et régulière de l'état de santé des patients ainsi que l'identification et la prise en charge de leurs besoins spécifiques, notamment la douleur, une information comportant la réflexion bénéfiques / risques est donnée au patient. La coordination entre secteurs cliniques et médico-techniques s'avère indispensable à la continuité des soins* ».

La deuxième version de la procédure renforce ces orientations : les trois référentiels relatifs à la prise en charge du patient sont fusionnés en un seul : « Prise en charge du patient », dont l'introduction souligne « *la participation active du patient au projet thérapeutique le concernant* ». Nous pouvons citer à titre d'exemple la référence n°41 : « *Le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge.* »

Bien entendu, ces aspects de transversalité des pratiques et d'association étroite du patient à sa prise en charge se prêtent particulièrement à des organisations telles que les hospitalisations de jour ou à domicile.

B) Une prise en compte du patient davantage institutionnalisée

L'évolution de la réglementation a accompagné une évolution sociétale, dans laquelle les exigences de patients se sont développées. Les établissements se sont adaptés à ces demandes en modifiant leurs organigrammes en créant directions de l'accueil et / ou des usagers. Ces nouvelles directions, quelquefois judicieusement rattachées à celle de la qualité, ont pour mission de répondre aux réclamations, de traiter les questionnaires de satisfaction. De façon générale, les établissements intègrent de plus en plus la demande d'information des patients : ainsi, ils sont de plus en plus nombreux à créer des sites internet. Parallèlement, les études comparatives sur les hôpitaux effectuées par les magazines grand public se développent, et leur impact est réel. Les établissements ne peuvent se permettre de l'ignorer, même si elles sont critiquables.

Dans le souci de répondre aux attentes des usagers, le confort hôtelier s'est amélioré : toutes les chambres sont désormais équipées de télévisions, beaucoup d'établissements ont ouvert des cafétérias, proposent des points de vente de journaux. Il reste souvent des efforts à faire sur la qualité des repas, qui focalisent souvent le mécontentement. Le

sondage de la FHF fait ressortir le fait que seulement 45% des personnes interrogées s'estimaient satisfaites sur ce point en 2004. A coté de la qualité des soins, tout ce qui concourt à améliorer les conditions d'accueil et de séjour constitue désormais un enjeu pour les patients, et par conséquent pour les établissements. Plusieurs fondations travaillent sur ces thématiques et font connaître leurs actions au grand public, contribuant de ce fait à amplifier le phénomène.

Les établissements doivent travailler à faire coïncider leur offre à ces nouvelles exigences, en faisant évoluer les modalités de prise en charge des patients : développer les alternatives à l'hospitalisation est assurément l'un des moyens disponibles en vue d'atteindre cet objectif.

1.2 Des progrès médicaux favorables au développement de nouvelles modalités de prise en charge

Avec le développement des technologies médicales, les hôpitaux sont dotés de plateaux techniques de plus en plus performants, de plus en plus perfectionnés. En multipliant les moyens d'investigation, la médecine permet dans le même temps de réaliser des diagnostics en un laps de temps réduit. Les thérapies et les techniques opératoires sont moins invasives, et la mise au point de nouvelles molécules permet d'accroître l'efficacité des traitements, tout en réduisant leurs effets secondaires. L'une des conséquences de ces évolutions est de modifier la manière de prendre en charge les patients. Il devient en effet possible de réduire les durées de séjour, voir même dans certains cas de ne pas recourir à l'hospitalisation. Ainsi, en France, le nombre de lits de court séjour a diminué de plus de 16 000 entre 1998 et 2002 passant de 249 000 à 232 000. Au-delà d'une volonté politique de contenir la progression des dépenses d'assurance maladie, ce mouvement traduit une évolution des pratiques, qui touche aussi bien la médecine que la chirurgie. Nous présentons ici les notions de chirurgie ambulatoire et d'hospitalisation à domicile, qui sont deux modes de prise en charge caractérisant bien ce que sont les alternatives à l'hospitalisation. L'essentiel des principes présentés ici s'applique également à l'hospitalisation de jour en médecine, dont l'objet est de réaliser des diagnostics en regroupant les différentes modalités d'investigation sur une seule journée et/ou de réaliser des traitements courts en évitant un séjour hospitalier.

1.2.1 La chirurgie ambulatoire

Le code de la santé publique définit la chirurgie ambulatoire de la manière suivante : « (...) les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui permettent au patient de rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ». Ces structures « dispensent sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures (...) » des prestations qui équivalent « par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées en hospitalisation à temps complet. ».⁸

Les patients admissibles en chirurgie ambulatoire doivent satisfaire à une triple condition :

- Des critères médicaux, avec une classification du risque anesthésique sur une échelle graduée de 1 à 5 (échelle élaborée par l'american society of anesthesiologists (ASA))
- Des critères psychosociaux : le retour à domicile doit pouvoir s'effectuer dans des conditions offrant toutes les garanties de sécurité et de confort (critères élaborés par sa société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)).
- Des critères chirurgicaux, en fonction des actes praticables en ambulatoire (actes de durée inférieure à une heure, à faible risque hémorragique et dont la douleur post-opératoire est contrôlée).

Cependant, les sociétés savantes refusent de publier des listes d'actes réalisables en ambulatoire. En effet, des listes indicatives pourraient générer des effets pervers :

- des erreurs d'interprétation conduisant des patients ou des praticiens à prendre des risques inconsidérés,
- un frein à l'innovation par les équipes pionnières en raison du caractère limitatif d'une liste.

Les travaux menés par l'international association for ambulatory surgery (IAAS) et l'association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) permettent de dégager dix-huit « gestes marqueurs », considérés comme couramment réalisables en ambulatoire. Ils permettent d'apprécier le développement de cette modalité de prise en charge. Une étude comparative menée sur plusieurs pays de l'OCDE en 1997-98 montre que la France accuse un retard considérable en la matière. Elle arrive en effet en douzième position sur

⁸ Articles R712-2-1 et D712-30 du code de la santé publique

les quatorze pays étudiés, avec 30% des ces interventions effectivement réalisés en structure ambulatoire. Les pays nord américains sont ceux qui ont le plus développé la chirurgie ambulatoire, avec 94% pour les Etats-Unis et 85% pour le Canada. Mais certains pays de l'Union européenne ont également une avance importante : les taux de prise en charge sont de 78% au Danemark et de 67% aux Pays Bas.

La plupart des pays de l'OCDE se sont engagés dans cette voie depuis plus longtemps que la France. Pour autant les raisons de cet engagement sont loin d'être uniformes : selon les pays, la chirurgie ambulatoire a pour objet de répondre à des problématiques d'offre de soins excédentaire ou insuffisante, de vieillissement de la population, d'évolution de pratiques professionnelles ou même de judiciarisation de la médecine.

Ces comparaisons internationales doivent être nuancées : la définition de la chirurgie ambulatoire peut varier selon les pays. Par exemple, les Etats-Unis placent la limite de durée à vingt-quatre heures (contre douze en France) et incluent les explorations fonctionnelles. Ce pays développe en outre des mesures incitatives auprès des patients, avec un meilleur remboursement des soins effectués en ambulatoire. Au-delà de ces différences de contextes nationaux, il existe des disparités significatives en France. Celles-ci se présentent à deux niveaux : d'abord en fonction des statuts des établissements, ensuite en fonction des régions étudiées.

En se centrant sur le patient, la chirurgie ambulatoire augmente le niveau d'exigence en termes de qualité de soins, et conduit à optimiser les organisations. Le service est soumis à une obligation de résultat : le patient doit avoir été pris en charge et ressortir de l'établissement dans les douze heures qui suivent son admission. Dans ces conditions, on comprend aisément que tout doit être mis en œuvre afin de ne pas gaspiller de ressources. La brièveté de séjour est en soi un facteur d'amélioration de la prestation, dans la mesure où la sécurité des soins doit être aussi irréprochable que dans n'importe quel autre service. D'ailleurs, passer moins de temps à l'hôpital constitue un facteur minorant le risque d'infection nosocomiale. Au total, les sociétés savantes estiment que les patients peuvent être pris en charge en ambulatoire avec une qualité de soins égale à une unité conventionnelle, et sans accroître les risques de complications.

Les impératifs de délais, de résultats, conduisent aussi les professionnels de l'hôpital à travailler ensemble sur les organisations, en dépassant les clivages de services habituels : le bloc opératoire, les services médico-techniques mais aussi les services administratifs doivent étroitement collaborer avec le service ambulatoire pour que le pari d'une prise en charge de courte durée puisse être tenu. Les études menées ces dernières années par le CREDES et la CNAM montrent que les patients pris en charge de cette

façon sont en général très satisfaits, même si les résultats peuvent varier en fonction des établissements.

La mise en place de structures dans lesquelles les patients ne séjournent que quelques heures conduit aussi à fortement développer les protocoles d'information. Il est fondamental de s'assurer que le patient ait intégré les exigences pré et post opératoires, afin de garantir qu'il soit à même d'appliquer les consignes délivrées. L'implication des personnes de son entourage prend aussi importance particulière dans le cadre d'un retour à domicile immédiat. La place des médecins de ville s'en trouve par ailleurs accrue : en amont, leur concours peut s'avérer précieux pour évaluer la capacité du patient à entrer dans le cadre des critères posés par la structure, notamment les critères psychosociaux. En aval, ils doivent prendre le relais pour assurer le suivi du patient rentré à son domicile. Cette continuité implique pour l'établissement que le compte rendu soit envoyé le jour même au médecin traitant.

Ce mode de prise en charge présente aussi des intérêts au plan social : raccourcir l'épisode hospitalier signifie aussi regagner plus rapidement son domicile, et par conséquent ne pas fragiliser le lien social, aspect qui peut être fondamental pour des personnes âgées. A titre d'exemple, plus de 20 000 opérations de la cataracte sont réalisées chaque année en France sur des patients de plus de 80 ans. Cette intervention relève typiquement de la chirurgie ambulatoire quand les critères de prise en charge sont réunis. Or, nous savons que l'hospitalisation des personnes âgées majore les risques de survenue de dépendance, il est donc souhaitable de l'éviter chaque fois que possible.

Ce raccourcissement des séjours lié à la chirurgie ambulatoire peut aussi satisfaire les attentes de personnes ayant une activité professionnelle. En responsabilisant le patient, en l'associant plus étroitement à sa prise en charge, la chirurgie ambulatoire contribue au développement d'une conception de service rendu à un usager partenaire. Elle contribue d'autre part à rationaliser les organisations et à développer une culture pluridisciplinaire, tout en incitant l'organisation à s'ouvrir vers les professionnels de ville.

Enfin, la chirurgie ambulatoire présente un intérêt économique évident. Une étude réalisée par la CNAM en juin 2001 sur les cinq interventions les plus pratiquées en ambulatoire⁹ montre que les séjours pris en charge de cette façon coûtent toujours moins cher à l'assurance maladie, quel que soit le statut de l'établissement et quel que soit le

⁹ Intervention sur la cataracte, arthroscopie du genou, intervention sur le canal carpien, extraction de deux dents de sagesse, intervention sur les varices.

type d'acte chirurgical. L'économie sur la dépense globale de soins, prenant en compte l'ensemble des dépenses générées trois semaines avant l'intervention jusqu'à deux mois après l'intervention, est comprise sur une échelle allant de -7% à -51% par rapport aux mêmes prises en charge en chirurgie traditionnelle.

De plus, dans le contexte de démographie des professions de santé que connaît actuellement la France, toutes les organisations permettant d'optimiser leur utilisation sont potentiellement intéressantes : les alternatives à l'hospitalisation en font bien sûr partie. Comme le souligne Michel Crémadez : « Le gaspillage de ressources et d'énergie devient rédhibitoire dans un contexte où la pénurie s'accompagne d'un renforcement des vigilances et de l'application du principe de précaution, exigeant des professionnels davantage de rigueur et de cohésion. »¹⁰ De plus, le côté attractif de ce type de service, qui s'adresse par définition à des patients répondant à certains critères et qui permet de se consacrer à du travail exclusivement planifié, généralement du lundi au vendredi, peut contribuer à attirer des compétences rares : l'effet « vitrine » des alternatives à l'hospitalisation est sans aucun doute favorable pour le recrutement. D'ailleurs les taux d'absentéisme sont dans la plupart des structures significativement moins élevés que dans les structures traditionnelles.

La chirurgie ambulatoire est en plein développement en France : les études menées par la CNAMTS montrent que l'essentiel du développement de la chirurgie (+8%) observé sur la période 1999-2001 est imputable à la chirurgie ambulatoire (+21%, contre +1% en hospitalisation traditionnelle). Au delà, il apparaît même que les structures qui n'ont pas fait le choix de l'ambulatoire alors qu'elles en ont le potentiel mettent en cause à terme l'existence de leur activité conventionnelle¹¹ : l'ambulatoire semble produire un appel qui renforce concomitamment le recrutement de la chirurgie traditionnelle.

1.2.2 L'hospitalisation à domicile

Les premières expériences d'hospitalisation à domicile (HAD) sont relativement anciennes : elles remontent aux années d'après guerre. En 1945, le Professeur Bluestone doit faire face à un important problème de sur occupation de son service new yorkais. Il décide de transférer certains patients à leur domicile pour continuer à les suivre. En France c'est l'assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) qui ouvre le premier

¹⁰ Michel Crémadez, « Evolution de la gouvernance un enjeu capital pour l'hôpital », *Gestion hospitalières*, Novembre 2003.

¹¹ Dr Gilles Bontemps, « L'hôpital public verra-t-il sa chirurgie publique disparaître ? », *Info en santé*, Lettre de la FHF n°10, février 2005.

service en 1957, suite aux expériences menées par le Professeur Siguiet. Pourtant, cette modalité de prise en charge a mis plusieurs décennies avant de commencer à se développer de façon significative. En 1990, trois départements français sur quatre ne comptaient pas ce service d'HAD. En 2004, ce rapport n'était plus que de un sur cinq. Nous assistons actuellement à un développement notable, et l'ambition des pouvoirs publics de créer 8000 places entre 2003 et 2005 souligne cette tendance.

Il est vrai que la reconnaissance réglementaire de l'HAD ne date que d'octobre 1992 : le décret¹² la définit comme : « *une structure permettant d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se distinguent de ceux traditionnellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence.* ». Cette définition lève l'éventuelle ambiguïté avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). L'objet de l'HAD est bien de dispenser des soins de niveau hospitalier, pluridisciplinaires, avec une coordination médicale. Comme le souligne Pierre-Jean Cousteix, président de la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) : « *des techniques de soins lourds peuvent maintenant être pratiquées au domicile des malades sans perte de chances* »¹³. En outre l'HAD est encadrée par des textes¹⁴ qui précisent les critères de qualité des soins qu'elle doit remplir : existence d'un projet thérapeutique, présence d'un médecin coordonnateur, accompagnement psychosocial du patient, prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, formation des personnels, dossier du patient... De plus la version n°2 de la procédure d'accréditation lui consacre un chapitre, ce qui constitue un élément particulièrement novateur.

Avec le renforcement du rôle « technique » de l'hôpital, les durées de séjour diminuent régulièrement. Pour autant, les patients ne sont pas toujours capables de recouvrer immédiatement une vie autonome à domicile. Le vieillissement de la population vient amplifier ce phénomène. Le problème récurrent d'« embolie » des lits de court séjour en est la conséquence directe. La médecine « de réhabilitation et d'accompagnement » aujourd'hui pratiquée dans les services de moyen séjour, de soins de suite et de réadaptation, de centres de rééducation, voire même de long séjour, peut parfaitement dans certains cas, être pratiquée dans des structures d'hospitalisations à domicile. L'HAD

¹² Décrets 92-1101 et 92-1102 du 2 octobre 1992

¹³ Pierre-Jean Cousteix, « Hospitalisation à domicile : état des lieux et perspectives », *Revue hospitalière de France*, Janvier-Février 2004

¹⁴ Circulaire du 3 mai 2000

peut à ce titre contribuer au recentrage des hôpitaux sur leurs missions diagnostiques et thérapeutiques, en leur apportant une solution supplémentaire pour fluidifier les circuits de prise en charge.

Bien entendu, l'HAD peut également intervenir en amont, en évitant au malade une hospitalisation ou en la retardant.

Elle a vocation à occuper l'espace existant actuellement entre la médecine de ville et l'hôpital, et de ce fait de jouer le rôle de « trait d'union » entre les deux. L'HAD peut constituer un vecteur de décloisonnement entre l'hôpital et son environnement, en contribuant à concrétiser la notion de projet médical de territoire introduite par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Le médecin traitant a en effet toute sa place dans ce dispositif, il peut continuer à suivre son patient, en collaboration avec le médecin coordonnateur de la structure, qui en est le responsable médical. Signe de la reconnaissance croissante de l'HAD, nous pouvons noter que le premier diplôme universitaire de médecine de coordination et d'hospitalisation à domicile a été inauguré en 2003 à l'université de Grenoble.

Bien entendu, développer l'hospitalisation à domicile implique de dépasser certains freins naturels, liés à la méfiance traditionnelle entre médecine hospitalière et médecine libérale. Pour y parvenir, des enjeux importants, par exemple celui du partage d'information, doivent être clarifiés et formalisés : il est incontournable que le projet thérapeutique soit construit en concertation entre tous les protagonistes. C'est dans cet esprit qu'Edouard Couty, ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins écrivait en janvier 2004 : « *Nos priorités portent aujourd'hui sur la qualité de prise en charge en HAD et sur la continuité des soins. Cela se traduit notamment par la complémentarité, l'articulation et la coordination entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du malade* »¹⁵. Il semble en effet nécessaire que les médecins traitants ne puissent suspecter les promoteurs d'« hospitalo-centrisme ». Face à des pathologies lourdes, les professionnels libéraux peuvent parfois se sentir isolés, démunis. Pouvoir s'appuyer sur une structure, des protocoles de soins, échanger avec d'autres professionnels rend possible des prises en charge qui ne le seraient pas dans des conditions d'exercice traditionnelles. La mise en place du dossier médical personnel, prévu à l'horizon 2007 par la Loi du 13 Août 2004 réformant l'assurance maladie constitue une opportunité forte de développer les relations ville-hôpital : les services d'HAD peuvent constituer un terrain de rencontre évident.

¹⁵ Edouard Couty, « HAD : complémentarité, articulation, coordination », *Revue Hospitalière de France*, N°496, Janvier-Février 2004.

Le succès de ce rapprochement pourrait par ailleurs faciliter la formation continue des professionnels libéraux, qu'ils soient médicaux ou para médicaux. En effet, quel meilleur moyen de diffuser les bonnes pratiques que de confronter au quotidien sa façon de travailler ? Travailler en commun dans le cadre de l'HAD peut également permettre d'améliorer la connaissance et l'image de l'établissement dans son bassin de santé, en particulier vis à vis des prescripteurs-adresseurs, et de ce fait avoir un impact positif sur l'ensemble de son portefeuille d'activité.

Par ailleurs, l'HAD constitue une réponse aux souhaits des patients d'être soignés dans leur environnement, mais aussi, de pouvoir mourir à domicile. Or, aujourd'hui, seuls 20% des français voient ce souhait exaucé. Déjà, un quart des malades actuellement admis en HAD le sont pour des soins palliatifs : le potentiel de développement semble considérable. En outre, ce type de prise en charge leur permet aussi, s'ils le souhaitent de continuer à être suivis par leur médecin traitant.

1.3 Des réformes hospitalières facilitantes

Nous avons vu que la France accusait un retard significatif en ce qui concerne le développement de la chirurgie ambulatoire. Cependant, les établissements privés se sont lancés beaucoup plus rapidement que les établissements publics dans ces modes de prise en charge. Ainsi en 2002, le nombre de places autorisées est de 2 375 dans le public (27%) et de 6 518 dans le privé (73%). Cette disparité est encore plus forte si l'on comptabilise les actes : 13% dans le public contre 87% dans le privé. Plusieurs freins, tels que la planification sanitaire ou le mode d'allocation des ressources, sont généralement invoqués pour expliquer cette situation.

En revanche, la situation de l'hospitalisation à domicile est plus difficile à comparer à celle de nos voisins. Par exemple, le *home health care* américain ou le *hausliche krakenpflege* allemand sont des notions beaucoup plus larges que l'HAD française. Ils englobent en effet les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Comme le souligne Pierre Jean Cousteix, président de la FNEHAD : « *La France n'est pas en retard, il est même possible qu'elle soit plutôt en avance sur ce qui se passe dans les pays comparables* »¹⁶.

¹⁶ Pierre-Jean Cousteix, « Hospitalisation à domicile : état des lieux et perspectives », *Revue hospitalière de France*, Janvier-Février 2004

Cependant, au-delà de cette comparaison, notre pays présente des disparités régionales certaines concernant l'HAD.

Pour répondre aux attentes des patients, tout en optimisant les circuits de prise en charge et les coûts, les pouvoirs publics souhaitent faciliter le développement des alternatives à l'hospitalisation. Cette orientation de plus en plus prégnante se traduit par des mesures incitatives.

1.3.1 Les évolutions de la planification sanitaire

La première raison invoquée pour expliquer le retard du secteur public dans la mise en œuvre de nouvelles modalités de prise en charge est généralement celle des « taux de change ». Jusqu'à un passé récent, les établissements qui souhaitaient créer des places d'alternatives à l'hospitalisation devaient fermer des lits traditionnels lorsque les indices maxima de la carte sanitaire étaient atteints. Ce raisonnement était assez logique dans un financement en dotation globale. Mais il s'est naturellement heurté à la réalité de l'hôpital. En effet, longtemps un raisonnement en termes exclusivement quantitatifs a prévalu : nombre de journées, durées moyennes de séjour, et nombre de lits. La taille, et par conséquent l'importance d'un établissement, se mesurait grâce à ce type de données. Il était alors très difficile pour une direction d'accepter de « fermer » des lits, ce qui équivalait à perdre du poids dans l'environnement. Les médecins, très attachés à la notion de service pour des raisons évoquées plus haut, entretenaient naturellement ce raisonnement. La taille de « leur » service leur permettait en effet de s'étalonner entre eux.

L'émergence du Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), qui permet de décrire beaucoup plus finement l'activité d'un hôpital est très récente : la culture professionnelle reste largement imprégnée de ces anciennes notions. L'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime ce taux de change entre lits conventionnels et places d'ambulatoire. Elle précise le cadre des SROS de troisième génération, qui doivent être publiés pour le 6 septembre 2005, dont l'objet est de « *prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale (...) Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes.* ». Avec la suppression de la carte sanitaire et des indices, le SROS devient l'outil central de la planification sanitaire. Les nouveaux schémas doivent faciliter les articulations entre les différents niveaux gradués

d'offre de soins, entre les différents modes de prise en charge des malades, entre les acteurs participant à ces prises en charge.

La circulaire¹⁷ préparatoire aux schémas régionaux sanitaires (SROS) de troisième génération met en avant quatre priorités :

- une meilleure évaluation des besoins de santé,
- une meilleure prise en compte de la dimension territoriale avec les projets médicaux de territoire,
- une association plus étroite des établissements, des professionnels, de élus, des usagers,
- une animation de la mise en œuvre du SROS sur chaque territoire.

Cette circulaire fait elle aussi la part belle aux alternatives à l'hospitalisation : ainsi, la chirurgie ambulatoire doit explicitement être intégrée à la réflexion régionale sur la chirurgie. L'hospitalisation à domicile occupe elle aussi une place importante dans les orientations qui guident les travaux préparatoires aux SROS dans la mesure où elle fait désormais partie des seize champs médicaux obligatoirement couverts par les schémas régionaux¹⁸. En outre, elle a été retenue parmi les priorités du plan « hôpital 2007 », au sein du chapitre « la simplification de la planification ». Concrétisant ces orientations, le gouvernement a annoncé en 2003 un objectif volontariste avec la création de 8000 places d'HAD en deux ans.

De plus, la notion de territoire de santé, avec la complémentarité accrue des acteurs qu'elle implique, semble elle aussi très favorable au développement des alternatives à l'hospitalisation.

1.3.2 La réforme du mode de financement

La montée en puissance de la tarification à l'activité peut contribuer à accompagner le développement d'alternatives à l'hospitalisation. En effet, deux aspects de la réforme semblent particulièrement intéressants.

D'abord le fait que les tarifs 2004 des GHS encouragent nettement le développement des prises en charges en hospitalisation de jour. La comparaison de quelques GHS

¹⁷ Circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS 3

¹⁸ Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires

chirurgicaux pour des prises en charge équivalentes de moins de 48 heures et de plus de 48 heures est à ce titre très éclairante. Le tableau ci dessous présente cette étude, les GHM ayant été choisis en concertation avec l'un des médecins du DIM du centre hospitalier intercommunal Elbeuf-Louviers, sur la base de la liste des gestes marqueurs proposés par l'association française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

Par exemple, la prise en charge d'une arthroscopie en chirurgie ambulatoire est valorisée en 2004 à hauteur de 1407 €. La même arthroscopie effectuée dans une unité conventionnelle rapporte 1960 € à l'établissement. Seulement la durée moyenne de séjour standard est alors de 2,6 journées. Pendant ce laps de temps l'établissement aurait pu prendre en charge trois patients en ambulatoire pour une recette de 4 223 €.

De plus, le lit de chirurgie conventionnelle ainsi libéré pourra permettre d'accueillir un patient nécessitant une prise en charge plus lourde, qui ne peut relever de l'ambulatoire.

GHM de plus de 48 heures				GHM de moins de 48 heures				COMPARAISON		
N° GHM V9	Durée moyenne de séjour nationale 2002	Libellés courts du GHM	Tarif 2004 du GHS	N° GHM V9	Durée moyenne de séjour nationale 2002	Libellés courts du GHM	Tarif 2004 du GHS	Recette par jour du GHM + 48h	Recette par jour du GHM - de 48 h	Ecart
01C07Z	2,46	Libérations du canal carpien	1564,25	24C01Z	0,15	Libérations du canal carpien : séj. < 2 j	770	635,36	770	134,64
03C10Z	2,26	Amygdalectomies +/- adénoïdectomies seules, âge < 18	1629,73	24C05Z	0,37	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séj. < 2 j	865,8	721,25	866	144,55
03C14Z	3,65	Drains transtympaniques, âge < 18 ans	2214,21	24C06Z	0,07	Drains transtympaniques : séj. < 2 j	748,17	606,27	748	141,90
12C06Z	2,61	Interv. sur testicules pour aff. non malignes, âge < 18	2227,54	24C23Z	0,48	Interv. sur testicules : séj. < 2 j	1286,57	853,17	1 287	433,40
08C19Z	2,59	Arthroscopies	1960,77	24C17Z	0,47	Arthroscopies : séj. < 2 j	1407,83	757,23	1 408	650,60
08C18V	3,02	Interv. sur main et poignet sf pour kyste synovial sf CMA	2363,36	24C16Z	0,47	Interventions sur la main : séj. < 2 j	1267,17	782,47	1 267	484,70
05C17V	2,40	Ligatures de veines et éveinages, âge < 70 sf CMA	1827,39	24C09Z	0,68	Ligatures de veines et éveinages : séj. < 2 j	1319,3	761,38	1 319	557,92
06C12V	3,89	Interv. pour hernies inguinales et crur., âge > 17 sf CMA	2589,8	24C11Z	0,50	Interv. pour hernies abdominales : séj. < 2 j	1376,3	665,76	1 376	710,54
03M03Z	3,01	Otites et infections VAS, âge < 18	1717,04	24M05Z	0,57	Otites et infections VAS : séj. < 2 j	634,19	569,56	634	64,63
12C08Z	2,65	Circoncisions	1702,49	24C24Z	0,14	Circoncisions : séj. < 2 j	964,02	643,59	964	320,43

COMPARAISON DE QUELQUES GHM CHIRURGICAUX (séjours de plus / de moins de 48 heures)

Il est donc nécessaire de prendre en charge en hôpital de jour tous les patients pour lesquels c'est possible : d'une part parce que c'est rationnel économiquement, d'autre part parce que ceci permet de libérer les lits des unités conventionnelles pour accueillir des patients qui ne peuvent relever d'une autre forme de prise en charge. Le développement des alternatives à l'hospitalisation contribue ainsi à ce qu'un établissement réponde de façon optimale à sa mission de service public. Ce raisonnement illustré par l'exemple de la chirurgie ambulatoire vaut aussi bien pour les services de médecine, encore davantage soumis à la pression des demandes de lits en urgence. Il est cependant plus difficile de l'illustrer, dans la mesure où la construction des GHM rend les comparaisons de séjours équivalents plus difficile.

Les pouvoirs publics étant soucieux de développer la chirurgie ambulatoire, il est probable que cette tendance à survaloriser les séjours de moins de 48 heures se poursuive dans les années à venir.

Bien entendu, cette comparaison de recettes potentielles ne préjuge en rien de l'efficacité d'un établissement. En effet, le développement de la chirurgie ambulatoire n'est intéressant économiquement que dans la mesure où les recettes couvrent les coûts de fonctionnement de l'activité. En d'autres termes, l'organisation doit être performante, et permettre de réaliser un volume d'activité suffisant pour atteindre le seuil de rentabilité.

Ensuite, il convient de noter que l'HAD fait pour la première fois l'objet d'une tarification spécifique en 2005¹⁹, avec la création de trente et un « groupes homogènes de prise en charge » donnant lieu à des « groupes homogènes de tarifs » (GHT). Ces tarifs fonctionnent comme des prix de journée, qui varient en fonction d'une table associant la pathologie et l'état de dépendance du patient, mesurée à l'aide de l'indice de Karnofsky. En outre ce « prix de journée » est dégressif au fur et à mesure que la durée de séjour s'allonge.

Ces nouvelles modalités d'allocation des ressources devraient d'une part défavoriser les services prenant en charge des patients trop « légers » en terme de pathologie et de charge en soins, et d'autre part inciter à des sorties rapides du dispositif. Cette évolution pose du même coup la question de la complémentarité avec les professionnels de ville, et avec les SSIAD, afin d'être en mesure d'assurer des relais aussi rapidement et aussi efficacement que nécessaire. Les différents services d'HAD sont donc fortement incités à se concentrer sur de véritables prises en charge de niveau hospitalier, conformément à la

¹⁹ Arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile (...).

définition du code de la santé publique. Les grandes disparités de prise en charge soulignées en 2003 par le rapport du CREDES devraient donc s'estomper à terme.

Enfin, le fait que les molécules coûteuses et les dispositifs médicaux soient remboursés à leur valeur réelle, en sus des tarifs versés, est particulièrement intéressant. Cette disposition est de nature à favoriser le développement d'alternatives à l'hospitalisation pour des disciplines « coûteuses » qui s'y prêtent bien telles que la cancérologie. Cette remarque vaut autant qu'il s'agisse de prises en charge en hospitalisation de jour ou à domicile.

Développer les alternatives à l'hospitalisation permet également à un établissement de protéger son activité programmée, ce qui peut constituer un élément stratégique dans des contextes concurrentiels. Un patient ayant fait l'objet d'une déprogrammation intempestive sera généralement un patient mécontent, susceptible de dégrader l'image de marque de l'établissement, ce qui représente un risque important dans un contexte de tarification à l'activité. Or, avec la réduction constante depuis plusieurs années du nombre de lits de court séjour, la plupart des services traditionnels voient périodiquement leurs lits « embolisés » par des patients en provenance des urgences, par définition prioritaires. Ce manque de fluidité peut alors conduire à déprogrammer des hospitalisations planifiées.

Enfin, à côté des incitations tarifaires directes, il faut prendre en compte les effets de la tarification à l'activité sur les pratiques dans les services traditionnels. En effet le mode de financement reposant sur une étude de coûts, seuls les établissements présentant pour un GHS donné des durées moyennes de séjour (DMS) inférieures ou égales à la norme verront les coûts afférents à ce séjour intégralement financés. En d'autres termes, l'incitation à réduire les DMS induite par la réforme posera nécessairement la question des solutions d'aval : or les alternatives à l'hospitalisation constituent l'une des réponses envisageables pour améliorer la fluidité des filières de soins, d'autant plus que leur sous-développement actuel leur confère paradoxalement un potentiel de dégagement considérable.

1.3.3 Un hôpital plus ouvert

En amenant par nature les professionnels à accroître leurs collaborations, tant en interne qu'en externe, les alternatives à l'hospitalisation peuvent constituer un espace d'apprentissage du travail commun. A ce titre, elles constituent un outil de

décloisonnement permettant de dépasser les pratiques traditionnelles : elles correspondent bien aux orientations actuelles du monde de la santé.

Pour être plus proche des besoins de l'utilisateur, pouvoir répondre rapidement à ses attentes, il est nécessaire que les établissements s'ouvrent sur leur environnement, pour proposer une offre pertinente et cohérente à la population, mais aussi pour optimiser leur consommation de ressources. Cette ouverture suppose que les acteurs collaborent pour définir des objectifs et des projets communs, au-delà de leurs statuts et de leur appartenance professionnelle. La promotion de pratiques concertées devient alors fondamentale. Si cette collaboration se matérialise en externe par l'élaboration de projets médicaux de territoire, elle doit aussi se mettre en œuvre en interne : le dépassement des clivages traditionnels de l'hôpital devient alors un objectif essentiel du management.

En effet, il apparaît souhaitable de simplifier les chaînes hiérarchiques, particulièrement dans les structures complexes de grande taille que sont les hôpitaux. Les organisations doivent apprendre à fonctionner de manière décentralisée. Initiée en 2003, la réforme dite « de la gouvernance » a pour objectif d'associer plus étroitement les médecins et l'équipe de direction. Elle vise à ce que les principaux consommateurs de ressources voient leurs responsabilités augmenter en bénéficiant de délégations de gestion, et qu'ils soient davantage associés à la définition de la stratégie. La mise en place d'un conseil exécutif²⁰ associant à parité des médecins et des membres de l'équipe de direction symbolise ce rapprochement.

Michel Crémadez pense que cette évolution doit s'effectuer « (...) *en facilitant l'intégration des principaux groupes d'acteurs autour de la formulation et de la mise en œuvre de la stratégie de l'institution* »²¹. Il liste quelques enseignements qui peuvent être tirés des expériences menées jusqu'à présent par l'intermédiaire des départements et fédérations, organisations rendues possibles par la loi hospitalière de 1991 :

- l'accession des professionnels à la dimension stratégique institutionnelle est l'élément premier de l'intégration ;
- la collaboration dépend de la force du projet stratégique ;
- une organisation de la collaboration reposant sur des éléments de nature réglementaire et procédurière est largement inefficace ;

²⁰ Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

²¹ Michel Crémadez, « Evolution de la gouvernance un enjeu capital pour l'hôpital », *Gestion hospitalières*, Novembre 2003.

- une telle approche, centrée sur les modalités d'action plus que sur son sens, favorise plutôt la résistance au changement.

Ces éléments nous montrent que la démarche participative ne peut se cantonner à la déclinaison opérationnelle de normes découlant d'une stratégie arrêtée par le sommet hiérarchique. L'appropriation nécessaire à une mise en œuvre efficiente doit s'effectuer dès l'élaboration d'un projet, qui doit être un temps d'échange constructif dont la finalité est la construction d'un devenir commun.

Si les réformes récentes semblent favorisantes, la réglementation n'explique pas tout : les disparités régionales dépassent la notion de statut des établissements. Par exemple, 58% des interventions sur la cataracte sont effectués en ambulatoire en Poitou-Charentes, contre 11% en Haute-Normandie... qui est justement la région du CHI Elbeuf-Louviers. Par conséquent, il faut probablement agir sur les pratiques, les cultures, pour favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.

Comme toute orientation modifiant le devenir d'un établissement, le choix de développer ces nouvelles formes de prise en charge, même s'il s'inscrit dans un mouvement lourd qui correspond à la fois aux attentes des patients, aux évolutions de la médecine, et aux impératifs d'optimisation des séjours, doit donc être un choix partagé : c'est l'essence même d'un projet d'établissement.

2 DEVELOPPER LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION : UNE ORIENTATION DU CENTRE HOSPITALIER D'ELBEUF- LOUVIERS

Le choix de développer les alternatives à l'hospitalisation ne constitue pas une innovation du projet d'établissement 2005-2009. L'établissement s'est déjà engagé dans cette voie lors du précédent projet, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2001-2003. Il s'agit d'une volonté de poursuivre et d'amplifier ce mouvement. Outre les conditions favorables décrites supra, un certain nombre d'éléments de contexte local, conjugués aux enseignements tirés de ces premières expériences (2.1), permettent d'éclairer cette orientation (2.2).

2.1 Eléments de contexte

L'établissement est un centre hospitalier intercommunal, résultant de la fusion arrêtée le 26 novembre 1998 entre le centre hospitalier de Louviers (Eure) et le centre hospitalier d'Elbeuf (Seine-Maritime). Il possède le statut d'hôpital de référence, bien qu'il fasse partie du secteur sanitaire « Seine et plateaux », dans lequel se trouve le CHU de Rouen. L'essentiel du plateau technique se trouve sur le site d'Elbeuf, siège du SAU et d'une maternité de niveau II. La ville d'Elbeuf est localisée à l'extrême sud du département de Seine-Maritime, à vingt-cinq minutes du CHU. La ville de Louviers se situe quant à elle au Nord du département de l'Eure. Les deux agglomérations sont de taille similaire, avec des populations comprises entre 50 000 et 60 000 habitants. Les deux sites, distants de vingt minutes, sont reliés par l'autoroute A13.

La conservation du statut d'hôpital de référence constitue l'un des enjeux forts de l'élaboration du SROS 3. Pour être force de proposition, le CHI a décidé se lancer dans l'élaboration de son projet d'établissement dès la fin de l'année 2004, de manière à ce que les travaux se déroulent en parallèle de ceux de l'élaboration du schéma régional.

2.1.1 Contexte démographique et épidémiologique du bassin de santé

A) Les indicateurs locaux et régionaux

Avec 1 780 000 habitants sur deux départements seulement, la Haute Normandie est l'une des régions les plus densément peuplées de France, et le bassin de santé de l'établissement correspond à l'une des zones les plus urbanisées de la région, le long d'un axe structuré par la Seine et l'autoroute A13. La densité de population du bassin de l'établissement est plus de deux fois supérieure à la moyenne nationale avec 228 habitants au km², contre 108 en France. La taille de la population desservie par le CHI est évaluée à près de 200 000 habitants.

La population est plus jeune que la moyenne régionale, elle-même moins élevée que la moyenne nationale (27% de moins de 20 ans contre 24% en France). Cette caractéristique se vérifie particulièrement sur la région de Louviers – Val de Reuil, partie Est de la zone d'attractivité.

A l'inverse la proportion de personnes âgées est en deçà de la moyenne nationale avec un taux de plus de 75 ans de 5.8%, soit près de deux points de moins que la moyenne nationale. Toutefois, les projections réalisées par le CNEH à l'aide de l'outil OMPHALE montrent que même si le bassin de santé va rester le plus jeune de la région, le nombre de personnes âgées va fortement augmenter, avec + 37% pour les plus de 75 ans à l'horizon 2015. L'étude conclut que « (...) *s'agissant de la demande de soins hospitaliers, on peut retenir que les zones aujourd'hui relativement jeunes et en croissance démographique vont connaître une augmentation très importante des 65 ans et plus et donc une croissance forte des recours hospitaliers.* »²².

Le secteur se caractérise par une très forte précarité économique, imputable au déclin des industries traditionnelles (taux d'allocataires du RMI supérieur de 2 points au taux national, chômage de longue durée, taux d'emploi précaire). Comparativement aux données nationales, la structure de la population active du secteur sanitaire laisse apparaître une sur représentation des ouvriers (28,6% contre 25,6%) et une sous représentation des cadres (11,5% contre 13,5%).

²² Etude prospective sur l'organisation de l'offre hospitalière dans cinq disciplines, CNEH, Novembre 2004.

Dans le cadre des travaux préparatoires du SROS 3, l'Observatoire Régional de la santé (ORS) a établi en juin 2004 un diagnostic sur l'état de santé de la population haut normande.

La Haute-Normandie se caractérise d'abord par une forte mortalité, avec un taux de 993 décès pour 100 000 habitants en 1999, supérieur de 6,3% à la moyenne française, ce qui la place au 6^{ème} rang national. La surmortalité masculine est particulièrement marquée avec 1316 décès pour 100 000 habitants, contre 1236 en métropole. La mortalité prématurée (24 % des décès surviennent avant l'âge de 65 ans) est inquiétante, avec un taux supérieur de 12,9 % à la moyenne nationale. Le secteur sanitaire « Seine et plateaux » se caractérise par la plus forte mortalité par suicide de la région.

La région occupe en outre le 2^{ème} rang pour la mortalité imputable au cancer (derrière la région Nord Pas de Calais). Cette pathologie représente la première cause de décès (34% du total) et de morbidité toutes classes d'âge confondues chez les hommes, et entre 35 et 65 ans pour les deux sexes. Sur la région, le secteur sanitaire « Seine et plateaux » est celui qui connaît le plus grand nombre de décès par cancer du poumon et du sein.

Le contexte industriel de la région n'est pas étranger à ces résultats : trois fois plus de cancers professionnels que la moyenne nationale sont observés (un tiers des maladies professionnelles indemnisées sont dues à l'amiante, chiffre à comparer aux 12% observés en France). De plus une croissance de cet indicateur est attendue pendant les 10 ans à venir.

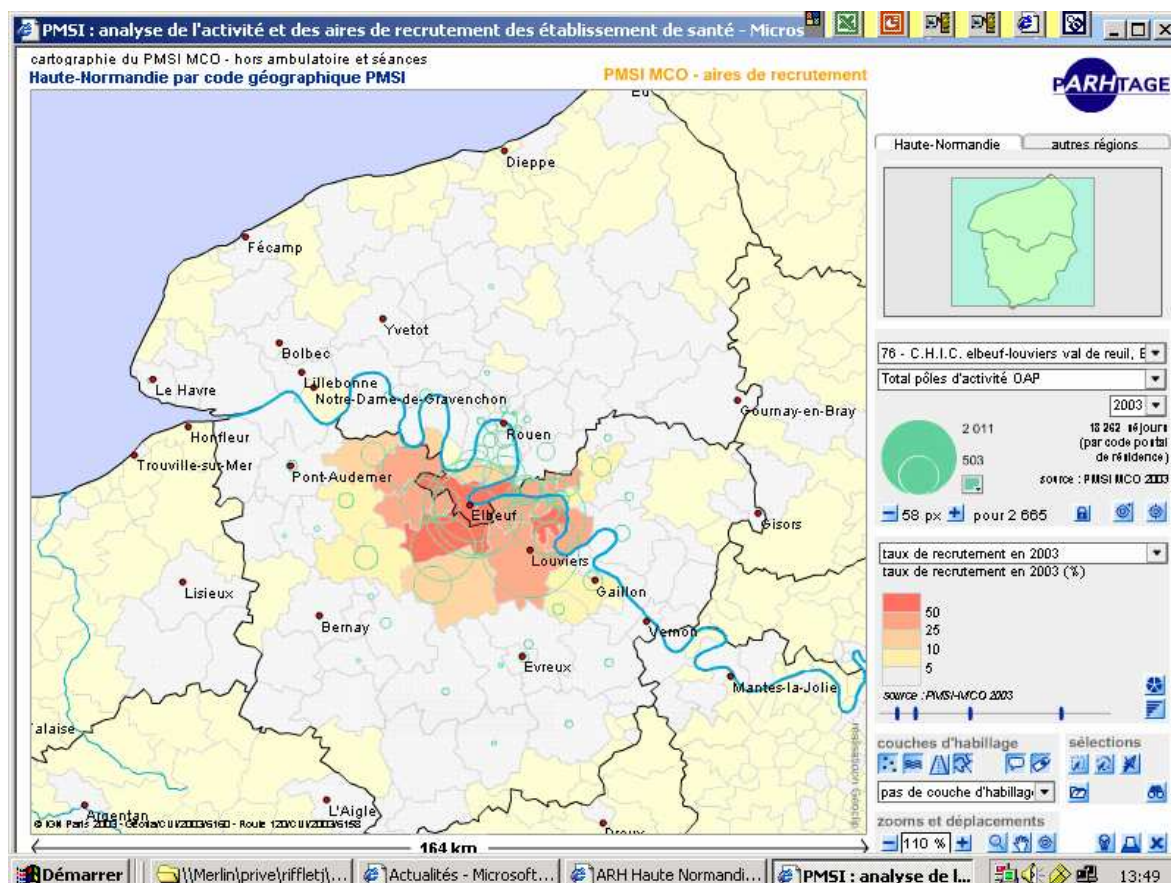
La population est donc en résumé plus jeune que la moyenne, mais également plus fragile, en raison d'une grande précarité socio-économique. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que les indicateurs de mortalité et de morbidité soient alarmants. En outre, les données présentées ici concernent l'ensemble du secteur sanitaire « Seine et plateaux », qui comprend l'agglomération rouennaise, chef lieu de région. Or, les différentes cartes élaborées par l'ORS montrent clairement qu'un certain nombre d'indicateurs sont plus mauvais sur la partie sud du secteur, qui correspond au bassin de santé du CHI Elbeuf-Louviers : c'est le cas de ceux ayant trait à la mortalité prématurée ou à la précarité socio-économique.

Par ailleurs, la relative jeunesse de la population augmente paradoxalement les perspectives de vieillissement, et par conséquent le recours prévisible aux soins hospitaliers. Ce recours aux soins hospitaliers sera d'autant plus fort que la démographie des professionnels de ville est alarmante en Haute Normandie.

B) Positionnement de l'établissement

a) *Attractivité*

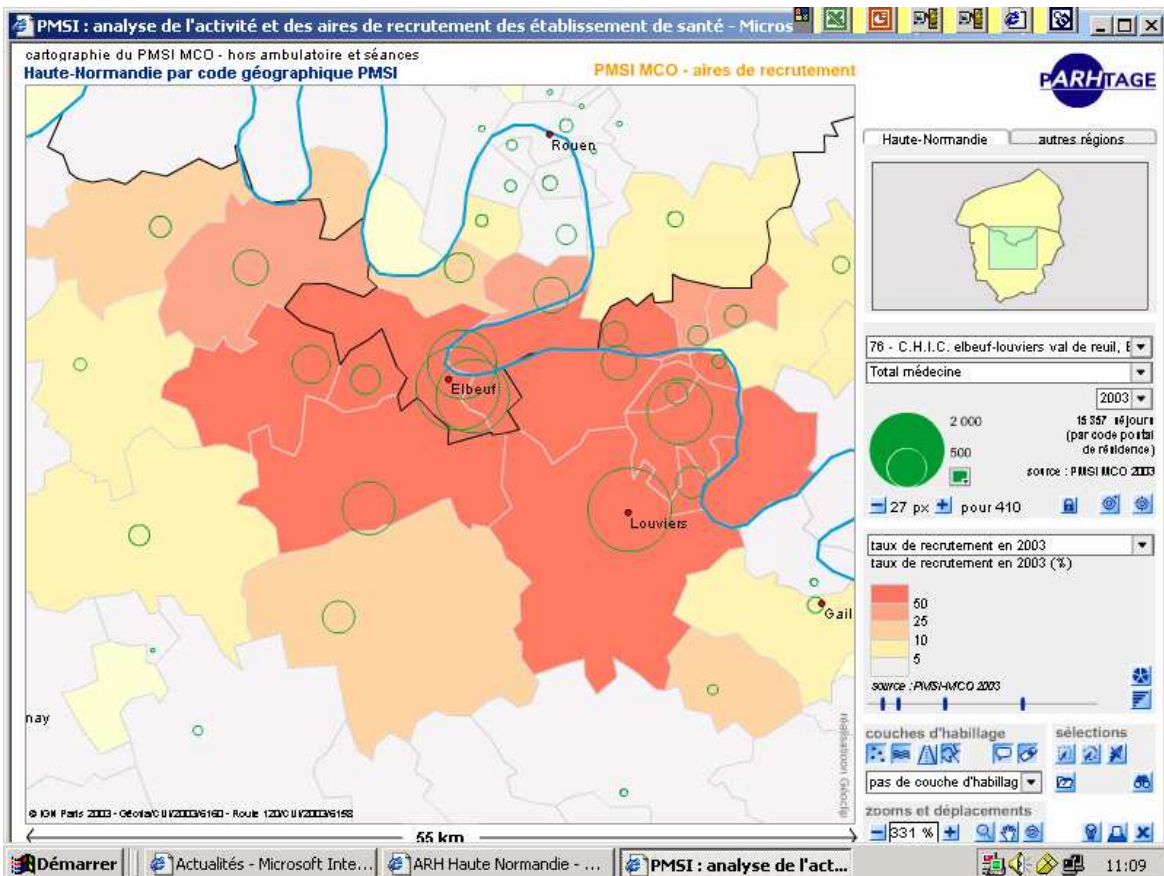
Le bassin de santé de l'établissement²³ comprend seize codes postaux, qui correspondent à la partie sud du secteur sanitaire Seine et plateaux. Il s'agit de la zone à l'intérieur de laquelle le taux de recrutement du CHI est plus élevé que celui des autres établissements. La taille de la population de cette zone est comprise entre 160 000 et 180 000 habitants.



BASSIN DE SANTE DU CHI ELBEUF-LOUVIERS

C'est sur les disciplines de médecine que l'attractivité de l'établissement est la plus forte, avec deux pôles de recrutement distincts sur Elbeuf et sur Louviers - Val de Reuil. Le CHI dispose d'un quasi monopole auprès de la population de son bassin. Cette situation favorable peut s'expliquer par le fait que l'établissement dispose de lits dans l'ensemble des spécialités courantes : médecine interne et endocrinologie, gastro-entérologie, neurologie, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, pédiatrie, néonatalogie, gériatrie aiguë.

²³ Source : données PMSI 2003



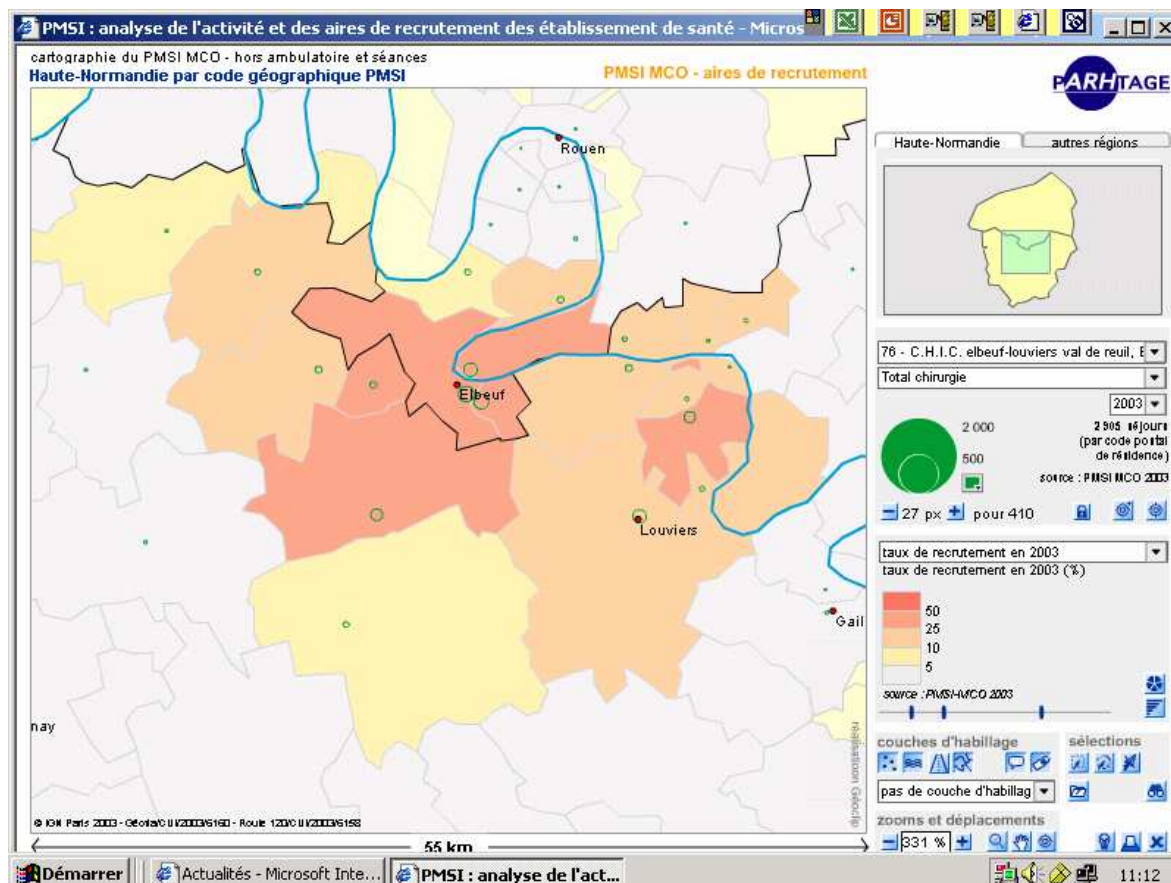
BASSIN DE SANTE DU CHI ELBEUF LOUVIERS – DISCIPLINES MEDICALES

Concernant l'obstétrique, la zone d'attractivité apparaît proche de celle décrite pour la médecine, même si la concurrence des cliniques de l'agglomération rouennaise est vive. Le taux d'emprise est élevé : le CHI attire entre 60 et 70 % des parturientes de son bassin de santé. Toutefois, la décision de l'ARH de faire cesser les accouchements sur le site de Louviers au 30 juin 2005 pourrait conduire à une modification du recrutement. En effet, rien ne prouve que les accouchements auparavant effectués sur le site de Louviers seront intégralement transférés sur le site d'Elbeuf. Il est possible qu'une partie des parturientes choisissent d'autres établissements, malgré le maintien d'un centre de périnatalité de proximité à Louviers.

Les activités chirurgicales (chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie vasculaire et viscérale) se singularisent quant à elles par une attractivité inférieure aux autres disciplines : si le CHI reste majoritaire sur le bassin de santé, nous observons que les taux de recrutement décroissent très vite à mesure que l'on s'éloigne d'Elbeuf, et il n'existe pas de second pôle de recrutement sur la région de Louviers - Val de Reuil, contrairement aux autres activités.

De fait, la chirurgie est une activité très concurrencée par la proximité de Rouen, en particulier les cliniques qui se sont regroupées au sud de l'agglomération, à quelques minutes du CHI. Par exemple, pour la chirurgie orthopédique, environ 50% des

interventions subies par des patients résidant dans le bassin de santé du CHI sont réalisées sur Rouen. De plus, un élément de contexte supplémentaire doit être pris en compte : la clinique de la Ravine, située à Louviers, a cessé ses activités chirurgicales en 2005, mais des consultations de chirurgie restent en place pour le compte de la clinique de l'Europe, située au sud de Rouen. Il existe donc en enjeu important sur le comportement à venir des patients qui se faisaient auparavant opérer dans cette clinique.



BASSIN DE SANTE DU CHI ELBEUF LOUVIERS – DISCIPLINES CHIRURGICALES

b) Analyse de l'activité

Préalablement au lancement du chantier d'élaboration de son projet d'établissement, le CHI s'est livré à une analyse d'activité, avec l'aide d'un consultant. L'étude a porté sur les données PMSI 2002, dernière données disponibles au niveau national au moment de l'étude (fin 2004), afin de pouvoir se comparer avec d'autres établissements.

L'établissement produit 58% de ses points ISA sur les activités de médecine, 20% sur les activités de chirurgie, 12% sur l'obstétrique, et 7% sur des hospitalisations inférieures à 24 heures. Ses durées moyennes de séjour se situent globalement en dessous des moyennes nationales avec 5,7 contre 6,1 sur l'ensemble du court séjour.

Toutefois, une analyse plus fine de la distribution des durées de séjour montre qu'il existe un certain nombre de séjours particulièrement longs, c'est à dire présentant un écart à la DMS moyenne très important pour un GHM donné. En fixant arbitrairement la borne à 10 jours supplémentaires par rapport à la moyenne du GHM, le CHI arrive à la conclusion qu'en moyenne, 37 lits de MCO sont occupés quotidiennement par des séjours « longs » (29 sur le site d'Elbeuf et 8 sur le site de Louviers). Les patients à l'origine de ces séjours longs sont par ailleurs plus âgés comparativement à l'âge moyen de référence des GHM concernés.

Les activités les plus touchées par ce phénomène sont la pneumologie, la gastro-entérologie et la neurologie, avec pour chacune 4 à 5 lits occupés quotidiennement par des patients dépassant de plus de 10 jours la DMS de référence de leur GHM.

C'est en chirurgie que les perspectives de développement sont les plus importantes, particulièrement sur la partie Est du bassin de santé. Ce potentiel conduit naturellement à se poser la question de l'ambulatoire : les études menées par la CNAMTS ces dernières années montrent clairement que les structures qui ont développé la chirurgie ambulatoire ont également développé leur chirurgie conventionnelle : *« Même si médicalement, les deux modes de prise en charge sont des alternatives, en terme de stratégies de développement ils sont indissociables et synergiques car les structures qui ont développé l'ambulatoire ont vu également se développer leur activité d'hospitalisation complète. Ainsi, au delà de la simple substitution que l'on peut opérer entre hospitalisation complète et ambulatoire, il semble que la capacité à exercer une activité ambulatoire agisse comme un « produit d'appel » captant un flux de patients propre à enrichir les deux modes de prise en charge »*²⁴. Il est bien évident que pour un établissement de référence tel que le CHIELVR, le maintien d'un pôle chirurgical fort constitue un enjeu stratégique majeur.

Les activités de médecine bénéficient quant à elles d'un positionnement très favorable sur le bassin, ce qui se traduit par des taux d'occupation élevés, mais aussi un phénomène d'embolisation de lits par des patients plus âgés que la moyenne, ce qui pose quotidiennement des problématiques de dégagement pour le SAU. Les DMS étant déjà globalement un peu plus courtes que la moyenne, la marge capacitaire apparaît étroite : l'établissement se doit donc de réfléchir sur des pistes novatrices. Le développement des alternatives à l'hospitalisation constitue l'une de celles-ci.

²⁴ Dr Jean Patrick Sales, « Indications chirurgicales et problématique de développement de la chirurgie ambulatoire », *Info en santé, Lettre de la FHF*, n°10, février 2005.

2.1.2 Bilan de l'existant

- A) Un développement des alternatives à l'hospitalisation dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2001-2003

Le CHI Elbeuf-Louviers a signé un contrat pluri-annuel de moyens (CPOM) avec l'ARH dans le cadre de la mise en œuvre du précédent projet d'établissement (1999-2003). Ce contrat couvrait la période 2001-2003, pour être en cohérence avec le projet.

Parmi les objectifs de ce contrat, deux sont particulièrement intéressants dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation :

- « *mettre en œuvre, dans la zone d'attraction du CHI, les priorités du SROS, en particulier celles (...) de la cancérologie, des alternatives à l'hospitalisation.*
- *renforcer la mission d'hôpital de référence à Elbeuf, en assurant notamment le développement de l'activité chirurgicale. »*

Ces objectifs ont été déclinés sous la forme de fiches actions : l'une concernait l'ouverture de deux salles d'opérations supplémentaires, l'autre la réorganisation de l'hôpital de jour et l'ouverture d'un hôpital de semaine de médecine.

Ces différentes activités ont trouvé leur place dans de nouveaux locaux construits dans le cadre du plan directeur et mis en service au début de l'année 2002.

a) *Le développement de la chirurgie ambulatoire*

L'établissement disposait avant le CPOM de 4 salles de bloc opératoire. L'activité chirurgicale, en croissance constante, se heurtait à plusieurs problèmes d'organisation. En effet, pour l'année 2000, les 4860 actes répertoriés ont généré 358 192 KC, ce qui représentait une moyenne par salle supérieure de près d'un tiers à la moyenne nationale des hôpitaux publics.

Dans ce contexte tendu, le manque de créneaux de bloc opératoire était alors considéré comme un frein au développement de la chirurgie ambulatoire. Dans le même temps une croissance des plaintes de patients dont les interventions étaient reportées était observée, ce qui était particulièrement préoccupant dans le contexte concurrentiel décrit supra.

Au regard de cette situation, le contrat mise en oeuvre à partir de l'année 2001 prévoyait de mettre en service deux salles supplémentaires, dont une destinée à favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire.

L'unité de chirurgie ambulatoire comprend actuellement 12 places, réparties en 6 chambres individuelles et trois chambres doubles. L'équipe se compose de deux infirmières effectuant des horaires 7h00 – 19h00 et d'une aide soignante, ainsi que d'une infirmière « de journée » prenant son service à 9h00. L'unité est fermée en période de congés scolaires.

Les patients arrivent avant 8h00, et bénéficient d'un entretien avec l'une des deux infirmières. C'est à ce moment qu'ils remettent la fiche d'acceptation des conditions ambulatoires, dûment signée.

Les dossiers de sortie sont immédiatement préparés, et l'ensemble des patients sont de retour du bloc en début d'après midi. Une visite du chirurgien permet de valider la sortie. Lorsqu'un patient ne peut regagner son domicile, il est transféré dans une unité conventionnelle en vue d'y passer la nuit.

L'examen des données d'activité de l'unité nous enseigne une quasi stagnation de la chirurgie ambulatoire entre 2000 et 2004. En effet, la légère hausse observée est due à la création de l'activité d'urologie en 2003. Si l'on fait abstraction de cette nouvelle spécialité, le total est remarquablement stable, avec 1325 entrées en 2000 et 1309 entrées en 2004.

Hospitalisation de jour Spécialités chirurgicales	Places	2001	2002	2003	2004
Chirurgie Viscérale et Vasculaire		367	250	300	286
Chirurgie Orthopédique		566	700	641	644
O.R.L.		151	158	113	128
Gynécologie		204	231	215	243
Urologie				173	207
Autres		37	23	11	8
TOTAL	12	1 325	1 362	1 453	1 516

**HOPITAL DE JOUR DE CHIRURGIE - VENTILATION DES ENTREES PAR
SPECIALITES**

L'examen du taux d'occupation montre bien que la structure fonctionne largement en deçà de ses capacités : il est de 34,5 % pour l'année 2004²⁵. Ce taux apparaît

²⁵ Rappelons que ce taux est obtenu en multipliant le nombre de places autorisées par 365.

particulièrement faible, même s'il faut tenir compte du fait que la structure ne fonctionne que cinq jours par semaine, et ferme en période de vacances scolaires.

b) La réorganisation de l'hôpital de jour de médecine

Quatre places d'hôpital de jour existaient déjà avant le CPOM, mais elles étaient installées dans des locaux séparés en deux secteurs : deux lits de prise en charge thérapeutique, et deux lits de prise en charge diagnostique. Cette structure rencontrait d'importantes difficultés de programmation des rendez-vous d'examens complémentaires. Les délais d'attente pour effectuer des bilans cancérologiques étaient considérés comme trop longs.

Parallèlement, les lits des différents services de médecine étaient prioritairement occupés par des patients admis en urgence, ce qui rendait la programmation d'hospitalisation pour des chimiothérapies particulièrement difficile, et obligeait souvent à accueillir ces patients dans des conditions matérielles insatisfaisantes.

Le CPOM 2001-2003 a permis de regrouper dans de nouveaux locaux les quatre places d'hôpital de jour existantes. Elles sont situées à proximité immédiate d'une nouvelle unité d'hospitalisation de semaine de onze lits, ce qui permet d'envisager une mutualisation des moyens.

Les locaux de l'hôpital de semaine améliorent considérablement le confort offert aux patients, avec des chambres individuelles, et un effort particulier est effectué sur les prestations hôtelières. Cette organisation présente aussi l'avantage de prendre en compte dans de bonnes conditions l'évolution du droit, notamment en ce qui concerne les aspects de confidentialité et de secret médical, qui prennent toute leur importance au regard de la gravité des pathologies des personnes accueillies dans ces unités.

En effet, leur vocation est de développer la prise en charge de la cancérologie et la réalisation de bilans programmés dans les différentes spécialités médicales. Compte tenu de son recrutement, de ses compétences médicales et para-médicales, de son plateau technique, l'établissement s'inscrit dans le réseau régional de prise en charge du cancer (réseau onco-normand) en tant que « site orienté » en cancérologie. Des collaborations sont en place avec d'autres établissements de la région : la chirurgie thoracique est prise en charge à la clinique du Cèdre (nord de l'agglomération rouennaise) et la radiothérapie au centre de lutte contre le cancer Henri Becquerel, situé à Rouen.

Parallèlement à cette évolution trois lits d'hospitalisation conventionnelle sont supprimés dans les services de médecine.

L'hôpital de jour de médecine fonctionne de 8h à 18h. L'équipe soignante se compose de trois infirmières. Bien qu'un chef de service ait la responsabilité médicale de la structure (ainsi que de l'hôpital de semaine voisin), les médecins des différentes spécialités viennent suivre leur patients sur place. Ce mode de fonctionnement leur impose par conséquent de se déplacer depuis leurs services respectifs.

Il est très fréquent que plusieurs patients se succèdent le même jour, les horaires sont alors programmés en fonction des durées prévisionnelles des différents traitements. Les infirmières remplissent une fonction de programmation très importante : la fluidité du service dépend de la qualité de leurs prévisions. A partir des directives données par les médecins, ce sont elles qui programment les séjours, et prennent les rendez-vous nécessaires auprès des services médico-techniques. La composante relationnelle de leur fonction est particulièrement développée, la plupart des patients étant des patients au long cours qui effectuent plusieurs séjours successifs.

Même si l'hôpital de semaine est très proche géographiquement, les deux équipes et les locaux respectifs sont bien identifiés. Cependant, beaucoup de patients, notamment ceux qui relèvent de la cancérologie, sont amenés à séjourner successivement dans les deux unités, ce qui conduit à entretenir des relations étroites positives quant à la continuité des soins.

L'activité de l'hôpital de jour de médecine est en développement constant, avec une progression annuelle du nombre d'entrées comprise entre +7% et +11% sur les quatre dernières années. Le taux d'occupation est largement supérieur à la capacité autorisée, avec 136,2% pour l'année 2004. Ce taux est même de 154.8% sur le premier trimestre 2005, ce qui confirme que cette dynamique de progression reste en cours. Sur la base de l'activité actuelle, le calcul permet de déterminer le nombre de places théoriques nécessaire à 6,2.

Hospitalisation de Jour Médecine	Places	2001	2002	2003	2004
TOTAL DES ENTREES	4	1536	1647	1 790	1 994

HOPITAL DE JOUR DE MEDECINE – EVOLUTION DES ENTREES TOTALES

Pour l'année 2004, six spécialités différentes participent, à des degrés divers, au service d'hospitalisation de jour :

Spécialités	année 2004	%
<i>Médecine Interne Diabétologie</i>	87	4,4%
<i>Hépto - Gastroentérologie</i>	892	44,7%
<i>Neurologie</i>	31	1,6%
<i>Pneumologie</i>	539	27,0%
<i>Rhumatologie</i>	431	21,6%
<i>Cardiologie</i>	14	0,7%
TOTAL	1 994	100,0%

HOPITAL DE JOUR DE MEDECINE – VENTILATION PAR SPECIALITES

B) Les problématiques rencontrées

a) *Une sur occupation de l'hôpital de jour de médecine*

Le nombre d'entrées est supérieur aux capacités de la structure depuis l'année 2000. L'augmentation est constante, si bien que le taux d'occupation est aujourd'hui voisin de 150%.

Les conditions d'accueil se dégradent de ce fait énormément : des patients de pathologies différentes, et même parfois de sexe différent sont accueillis dans la même pièce, où des fauteuils ont été rajoutés pour faire face à la croissance de l'activité.

Dans ces conditions, les règles élémentaires d'intimité et de confidentialité ne peuvent être respectées, ce qui est d'autant plus important que les pathologies traitées sont souvent très lourdes.

En outre, l'activité du service est très majoritairement orientée vers la cancérologie : l'épidémiologie, particulièrement alarmante dans la région, laisse présager une hausse importante dans les années à venir. Le problème de la capacité et des locaux constitue donc une priorité au moment où le CHI se lance dans l'élaboration de son projet d'établissement.

b) *Un impact sur les services médico techniques*

Le développement des alternatives à l'hospitalisation constitue un défi pour les services « prestataires ». La présence du patient dans l'établissement sur un laps de temps fortement raccourci impose de travailler sur la programmation des activités.

Le développement de la prise en charge des pathologies cancéreuses conduit au développement du recours aux chimiothérapies. Une unité centralisée de reconstitution

des cytostatiques, située en pharmacie, est chargée de leur préparation. Pour faciliter la coordination, des réunions hebdomadaires de programmation se déroulent entre l'équipe médicale et paramédicale du service et la pharmacie.

Difficulté supplémentaire, les protocoles de traitement prévoient que les chimiothérapies ne soient administrées que si les analyses de biologie du patient répondent à des critères très précis : la validation de la prescription, transmise par le service à la pharmacie pour l'élaboration des traitements, ne peut l'être que quelques heures avant l'arrivée du patient.

En radiologie, la principale problématique est celle du délai de prise en charge des patients : l'activité importante du service d'imagerie rend difficile de répondre aussi rapidement que le souhaiteraient les prescripteurs aux demandes d'examens complémentaires. La difficulté à recruter des radiologues est généralement mise en avant pour expliquer ces difficultés. Ceci est logiquement très pénalisant pour les services d'hospitalisation de jour, en particulier pour y développer des activités à visée diagnostique.

c) Une forte variation journalière de la chirurgie ambulatoire

L'unité de chirurgie ambulatoire ne fonctionne pas de façon optimale, avec un taux d'occupation insuffisant. Ce taux cache de fortes variations journalières, avec certains jours un nombre de patients égal ou supérieur à la capacité d'accueil, et d'autres jours une programmation très faible. Par exemple, jusqu'à dix-sept patients sont opérés en ambulatoire le mardi alors que la structure ne comporte que douze places. Cinq personnes sont alors dans ce cas « hébergées » dans les services de chirurgie traditionnels, ce qui n'est guère satisfaisant en terme de qualité de prise en charge, et de lisibilité pour les patients : il est probable que l'image de l'établissement puisse en pâtir. Ces variations s'expliquent par la répartition des créneaux de bloc opératoire entre les chirurgiens : certains pratiquent beaucoup l'ambulatoire, les autres moins.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Nombre d'interventions	1039	1017	1020	855	891	198	182
Nombre de KC	88 493	81 434	81 199	69 851	68 181	14 621	15 488

Répartition de l'activité du bloc opératoire par jour de la semaine – année 2004

d) *Un grand nombre de séjours courts dans les unités de chirurgie conventionnelle*

L'analyse des données d'activité montre que les unités de chirurgie traditionnelles, et en particulier le service de chirurgie vasculaire et viscérale, sont fortement sollicitées pour des hospitalisations inférieures à 48 heures. Il est probable qu'une partie de ces patients répondent aux critères psychosociaux exigés par une prise en charge en ambulatoire. La question des pratiques professionnelles serait alors au centre de la réflexion.

e) *Le problème particulier des endoscopies digestives*

Les patients admis pour subir des coloscopies sont aujourd'hui pris en charge en hospitalisation de semaine de médecine, et non en hospitalisation de jour de chirurgie comme ce devrait être les cas. Pourtant, ces patients font l'objet d'une intervention au bloc opératoire. Cette organisation est due à une inadéquation des horaires de fonctionnement de la structure ambulatoire, qui ferme actuellement trop tôt dans la soirée. En effet, pour des raisons d'asepsie, les interventions présentant le plus de risques sont effectuées en fin de programme opératoire. Ainsi, les patients subissant des coloscopies ne peuvent pas quitter l'établissement avant 21h00. Le nombre d'interventions est voisin de 200 pour l'année 2004, et semble appelé à se développer dans les années à venir. Cet exemple illustre bien les enjeux que recouvrent le développement des alternatives à l'hospitalisation : la technique permet parfaitement de prendre en charge le patient en structure alternative à l'hospitalisation, mais l'organisation des services l'interdit.

2.2 La place des alternatives à l'hospitalisation dans le projet d'établissement 2005-2009

2.2.1 La méthodologie d'élaboration

Dans le cadre de la réforme de la planification sanitaire, les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS) devaient initialement être arrêtés pour le mois de septembre 2005. Afin de pouvoir être force de proposition, l'établissement a fait le choix de ne pas attendre cette échéance pour travailler sur son projet. L'élaboration a donc débuté au cours du 4^{ème} trimestre 2004, avec un objectif de production du projet d'établissement pour l'automne 2005. Le recul de la date de

publication du SROS au début de l'année 2006 intervenu depuis est venu conforter ce choix.

A) Une démarche participative

Un comité de pilotage comprenant à parité des membres de l'équipe de direction et des praticiens, dont les président et vice-président de la CME, a été constitué. Ce comité était en charge de l'élaboration du projet médical et de management. Il a été fait appel à un consultant pour l'accompagner tout au long de sa mission.

Le comité a tout d'abord validé le travail effectué sur le diagnostic stratégique du CHI par le consultant, avec le département d'information médicale (DIM).

En décembre 2004, un séminaire réunissant la communauté médicale, les organisations syndicales et l'ensemble de l'encadrement a été réuni. Cette manifestation constituait le démarrage symbolique du projet d'établissement. Le diagnostic a été présenté par le consultant, tout en rappelant les enjeux de la nouvelle planification sanitaire et de la réforme de la tarification. La participation active de la salle a clairement souligné l'intérêt suscité par la démarche.

Le comité de pilotage a ensuite défini des thématiques donnant lieu à la constitution de groupes de travail. Des pilotes et co-pilotes ont été choisis, en associant à chaque fois des personnels médicaux et des personnels non médicaux. Onze groupe de travail ont alors été lancés, leur composition étant laissée à l'initiative des binômes de pilotage. Ces groupes ont reçu une lettre de commande, précisant sous forme de question ce que le comité de pilotage attendait d'eux.

En parallèle du projet médical et de management, des groupes ont été constitués pour préparer le projet de soins (trois thèmes), le projet social (cinq thèmes) le projet du système d'information, et le projet culturel.

Au total, plus de deux cent professionnels répartis dans vingt groupes de travail ont participé à l'élaboration du projet d'établissement, entre les mois de mars et de mai 2005.

Le résultat des travaux des groupes a fait l'objet de deux restitutions au comité de pilotage : une restitution intermédiaire au début du mois d'avril et une restitution finale à la fin du mois de mai. La restitution intermédiaire avait pour objet de valider les premières pistes de travail dégagées par les groupes, et de les réajuster le cas échéant.

Des efforts de communication ont été réalisés à tous les stades de l'élaboration du projet : impression d'un 4 pages joint aux bulletins de salaire de l'ensemble du personnel en mars, mise en ligne sur l'intra net des diaporamas de présentation (diagnostic du consultant, productions des groupes de travail), séminaire de présentation des travaux à

l'encadrement, invitation de tous les pilotes et copilotes de groupes de travail aux restitutions intermédiaires, communication régulière aux instances.

B) Le groupe de travail « alternatives à l'hospitalisation »

Pour le groupe « alternatives à l'hospitalisation », la question posée était la suivante :
« Comment augmenter les capacités de prise en charge en dehors de l'hospitalisation conventionnelle, et quelles conséquences pour le fonctionnement et l'organisation des plateaux médico-techniques ? »

Le libellé de la question montre clairement que le développement des alternatives à l'hospitalisation est un axe considéré comme stratégique pour l'établissement : elle ne porte pas sur l'opportunité, mais sur les modalités de réalisation. D'autre part, elle laisse le champ des possibles ouvert pour le groupe, ne précisant pas quelles modalités de prise en charge doivent être envisagées.

Le groupe de travail était piloté par le chef du service de Rhumatologie, et par le cadre de santé du service d'hospitalisation de jour de chirurgie. Il comprenait onze membres, représentant autant de métiers ou de spécialités. Compte tenu des dates de déroulement du stage hospitalier, j'ai pu assister à la deuxième partie de ses travaux.

Au delà même des travaux du groupe, l'intérêt de la communauté hospitalière pour la thématique des alternatives à l'hospitalisation était manifeste tout au long du processus d'élaboration du projet. Lors des restitutions finales de groupes de travail au comité de pilotage, un temps d'échange intervenait après chaque présentation. La restitution du groupe « alternatives à l'hospitalisation » a ainsi été l'une de celles qui a donné lieu à l'un des échanges les plus riches, faisant intervenir un grand nombre de personnes. De la même façon, la question de l'intérêt économique à développer la chirurgie ambulatoire a été inscrite à l'ordre du jour de la commission médicale d'établissement d'avril 2005 à la demande de chirurgiens.

Ces deux exemples montrent qu'il est évident que la question des alternatives à l'hospitalisation se pose pour un grand nombre d'acteurs de l'établissement.

2.2.2 Les orientations retenues

A) Favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire

a) *Des éléments de contexte favorables*

L'étude menée sur le fonctionnement du bloc opératoire montre que l'une des salles d'opération ne fonctionne que deux journées sur cinq. Il reste par conséquent une possibilité matérielle de développement de trois journées par semaine. Cette évolution sera favorisée par la fermeture du site d'accouchement de Louviers, qui mobilisait du personnel pour une charge de travail très faible. Ces effectifs pourront désormais être réaffectés sur le site d'Elbeuf.

Par ailleurs, les travaux préparatoires au projet d'établissement montrent que la part relative des interventions programmées est de 71,5 % pour l'année 2004 (hors obstétrique), ce qui est considérable pour un établissement public. Nous pouvons en déduire que la perturbation des programmes par les urgences est moins importante qu'ailleurs, ce qui doit logiquement favoriser la rationalisation du fonctionnement du bloc.

b) *Dimension structurelle*

L'une des principales propositions du groupe de travail consiste à élargir le panel des interventions chirurgicales à effectuer en ambulatoire. Ceci implique d'augmenter le nombre d'interventions par spécialité, par intervenant, mais aussi par site de consultation, en offrant à la population de Louviers un accès à la chirurgie ambulatoire. Au vu des enjeux stratégiques présentés plus hauts, cette orientation est particulièrement importante pour l'établissement : nous avons vu que la chirurgie ambulatoire pouvait constituer un « produit d'appel » qui bénéficie aussi à terme à la chirurgie traditionnelle. La fermeture prévue de la clinique de la Ravine donne une importance toute particulière à cet aspect. Mais développer la part d'ambulatoire implique un changement important des pratiques professionnelles des chirurgiens et des anesthésistes : ce n'est qu'à ce prix que cet objectif pourra être atteint.

c) *Dimension organisationnelle*

Le groupe a également proposé de revisiter les modalités d'organisation de la prise en charge en hôpital de jour de chirurgie, dans le but d'organiser une rotation des patients

plus rapide. L'objectif est d'atteindre à terme la capacité organisationnelle à prendre en charge successivement deux patients le même jour pour une place donnée.

Pour atteindre cet objectif plusieurs orientations sont proposées, elles concernant à la fois l'organisation du bloc et celle du service d'hospitalisation de jour.

Il s'agit d'abord de diminuer les temps de conditionnement des patients, c'est à dire la préparation opératoire, ainsi que les délais d'enchaînement des interventions entre deux malades.

Il est également possible d'alléger les procédures de brancardage pour certains patients : par exemple, les interventions sur les canaux carpiens ne nécessitent pas forcément le recours à un brancardage couché.

L'allongement des plages d'ouverture de l'hôpital de jour de chirurgie constitue aussi un élément indispensable pour pouvoir prendre en charge deux patients successivement. Cette nouvelle organisation impliquerait naturellement un alignement des plages de fonctionnement du bloc. Le fonctionnement pourrait aussi être fluidifié par une arrivée échelonnée des patients le matin : il est absurde que tous arrivent à la même heure, et mobilisent de ce fait les infirmières pour la procédure d'accueil... des temps d'attente sont de ce fait générés, ce qui en plus de la désorganisation peut engendrer de l'insatisfaction de la part des patients.

Le groupe de travail a par ailleurs préconisé de réviser la charte du bloc qui fixe les règles de programmation et de fonctionnement. Il est en effet nécessaire de favoriser la souplesse dans l'attribution de créneaux, en la corrélant davantage à l'activité réelle des acteurs. Cette orientation pourrait contribuer à répondre à la problématique de forte volatilité de l'activité ambulatoire d'une journée à l'autre.

d) Des éléments conjoncturels favorables

D'ici à la fin de l'année 2005, plusieurs mouvements de chirurgiens sont attendus par l'établissement. Ce phénomène concerne les spécialités suivantes : orthopédie, viscéral, ORL. L'arrivée de nouveaux praticiens peut constituer un terreau favorable pour faire évoluer les habitudes de travail.

Par ailleurs, l'activité d'urologie créée en 2003 s'est si bien développée qu'il est aujourd'hui envisagé de recruter un deuxième praticien. L'urologue actuel partage en effet son temps avec le CHU de Rouen, structure dans laquelle il exerce à 40%. Au delà du surcroît d'activité que pourrait générer ce développement, cette évolution présenterait l'avantage de pérenniser l'activité, qui repose aujourd'hui sur un seul spécialiste, ce qui est bien entendu un gros point faible pour cette activité. Ainsi, dans l'étude relative au

positionnement stratégique des établissements sur quatre régions du nord-ouest de la France menée en 2004, le CNEH a retenu le nombre de chirurgiens comme l'un des critères permettant d'apprécier la solidité ou la fragilité d'une activité.

Enfin, la fermeture du site d'accouchement de Louviers à compter de juillet 2005 va naturellement conduire le site d'Elbeuf à prendre en charge les interruptions volontaires de grossesse qui y étaient pratiquées auparavant. L'estimation du volume de cette activité est de 5 à 6 interventions par semaine.

Par ailleurs, un partenariat avec les gastro-entérologues libéraux d'Elbeuf pour la pratique des endoscopies digestives pourrait également contribuer à terme à optimiser l'utilisation du plateau technique du CHI. En effet, le renforcement des normes d'hygiène et de désinfection des endoscopes rend de plus en plus difficile de pratiquer ce type d'actes en ville. Cette opportunité, qui a jusqu'à présent échoué pour des questions financières pourrait à terme aboutir à une augmentation de l'activité, et contribuer ainsi à développer les liens avec la médecine de ville.

e) Le choix de ne pas créer d'hospitalisation de semaine en chirurgie

Le groupe de travail s'est également interrogé sur l'opportunité de création d'une unité d'hospitalisation de semaine de chirurgie. En effet, le diagnostic effectué sur l'activité des services conventionnels montrait qu'un grand nombre de séjours duraient entre 48 et 72 heures.

En outre, la difficulté à développer la chirurgie ambulatoire dans l'établissement au cours de cinq dernières années pouvait aussi conduire à réfléchir sur une solution intermédiaire. Finalement, il a été décidé de ne pas retenir cette orientation, qui aurait permis de désengorger les unités conventionnelles, principalement l'unité de chirurgie viscérale et vasculaire, en les soulageant des séjours courts.

Les inconvénients mis en évidence étaient principalement liés aux difficultés d'organisation inhérentes à une telle évolution. Il aurait en effet fallu créer une troisième unité de chirurgie, en réduisant la taille des deux unités conventionnelles. Dans ce cadre, il aurait été difficile de redéployer le personnel paramédical dans des conditions optimales au regard des ratios nécessaires en fonction du nombre de lits. En d'autres termes, les trois unités auraient été de taille trop limitée au regard du nombre de personnels.

Une alternative aurait alors été d'identifier des lits d'hospitalisation de semaine sur les deux unités conventionnelles. Mais cette solution présente aussi de multiples inconvénients, qu'il s'agisse de l'identification claire de la structure par les patients, du

« débordement » prévisible des unités conventionnelles sur les lits de semaine, de l'occupation inopinée le week-end, ..., comme l'a montré F. Rollin en développant l'exemple du centre hospitalier de Coulommiers²⁶.

Le groupe a donc préconisé de concentrer les efforts de l'institution sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

B) Augmenter la capacité de l'hôpital de jour de médecine du site d'Elbeuf

Le groupe de travail réuni dans le cadre du projet d'établissement a proposé de passer progressivement à une capacité de douze places à horizon de cinq ans. Cette projection est réalisée en tenant compte de la sur activité actuelle, et du développement prévisible des prises en charge en cancérologie ainsi que de l'évolution des protocoles thérapeutiques. Une extension inférieure du service conduirait probablement à de nouveaux problèmes de saturation avant les cinq ans du terme du projet d'établissement.

Ce projet nécessitera la création de postes paramédicaux, principalement des infirmières, et de nouveaux locaux en l'absence de solution dans le cadre de l'architecture actuelle. De façon transitoire, nous pouvons imaginer de modifier l'aménagement des locaux actuels en enlevant des lits pour les remplacer par des fauteuils. Mais cette organisation n'est pas du tout satisfaisante au regard des attentes et des droits des patients. Et surtout, elle ne répond pas aux problèmes exposés dans le cadre du diagnostic.

C) Etudier la pertinence de la création d'un service d'hospitalisation à domicile

Le groupe de travail s'est aussi interrogé sur l'opportunité de créer un service d'hospitalisation à domicile sur le bassin de l'établissement. La sur occupation des unités de médecine, les problématiques de fluidité qui posent quotidiennement des difficultés de gestion des lits sont à l'origine de ce questionnement. D'autre part, les progrès thérapeutiques observés ces dernières années font entrer cette approche dans le champ des possibles, ce qui n'était pas le cas dans le passé. Enfin, le volontarisme affiché des pouvoirs publics en matière d'HAD contribue à alimenter cette réflexion.

²⁶ Frédéric ROLLIN, *L'hôpital de semaine comme outil d'amélioration de la prise en charge hospitalière : l'exemple du centre hospitalier de Coulommiers*, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2004.

Mais les professionnels réunis au sein du groupe de travail se sont rapidement heurtés à des difficultés, dues au manque d'expertise et de visibilité en la matière. Il n'existe à ce jour qu'un seul service en région Haute-Normandie, desservant l'agglomération rouennaise depuis 1997. Il n'est donc guère surprenant que les professionnels de santé manquent de références pour réfléchir sur ce mode d'exercice. Plusieurs questions sont restées pour le moment sans réponse, telles que le dimensionnement de la structure, le type de patients éligibles ou la manière de travailler avec les professionnels de ville.

Le groupe a proposé d'étudier avant tout autre développement le profil des patients des services de médecine sur une période longue (six mois), de façon à clarifier le potentiel existant au niveau de l'établissement. Il s'agit entre autres de vérifier avec l'aide des assistantes sociales que le retour précoce à domicile est socialement possible quand l'indication médicale est avérée : ce n'est bien sûr qu'à cette double condition que l'HAD est pertinente. Le fait que le bassin de santé du CHI soit confronté à une grande précarité socio-économique ne doit pas être perdu de vue.

A partir de là, il pourrait être utile d'effectuer avec l'aide des médecins du DIM des simulations de recettes T2A pour les patients retenus. Cette analyse permettrait d'apprécier la viabilité économique de la structure.

Le comité de pilotage du projet d'établissement a validé cette approche : devant la grande inconnue que constitue le développement d'un service d'hospitalisation à domicile, il est utile de prendre le temps de bien en analyser l'opportunité.

Ainsi, à partir du diagnostic stratégique et d'une réflexion sur les problématiques internes, le CHI a décidé, dans le cadre de son projet d'établissement 2005-2009, de continuer à développer les alternatives à l'hospitalisation, tant en médecine qu'en chirurgie. Le développement possible d'un service d'hospitalisation à domicile avant le terme de ce projet d'établissement pourrait venir prolonger et renforcer cette orientation.

Le fait d'avoir assisté aux travaux du groupe de travail « alternatives à l'hospitalisation », et à ceux du comité de pilotage nous a permis d'acquérir une vision générale sur l'élaboration du projet.

Nous avons pu compléter cette vision par la réalisation d'entretiens avec des professionnels de l'établissement, mais aussi en allant rencontrer quelques personnes dans d'autres structures de la région. La confrontation de cette expérience et des différents points de vue qui nous ont été présentés permet de retenir quelques grands axes utiles pour mener à bien ce type de projet.

3 ANALYSE ET PROPOSTIONS

La réalisation de dix sept entretiens semi directifs au cours du mois de juillet 2005 permet de confronter les visions de différents professionnels. Même si des nuances apparaissent fort logiquement, il en ressort une grande convergence des points de vue sur les problématiques relatives aux alternatives à l'hospitalisation, mais aussi sur le déroulement de la démarche d'élaboration du projet d'établissement (3.1).

Les enseignements tirés de ces entretiens permettent de dégager quelques axes de travail utiles pour accompagner le développement d'alternatives à l'hospitalisation (3.2).

3.1 Le point de vue des professionnels

3.1.1 Une convergence des points de vue

A) Les facteurs de développement des alternatives à l'hospitalisation

L'ensemble des acteurs sont en accord quand il s'agit de lister les éléments qui favorisent actuellement le développement des alternatives à l'hospitalisation, ce qui confirme l'approche de la première partie de ce travail.

Les impératifs économiques, la pression forte sur les durées de séjour sont citées par l'ensemble des personnes rencontrées. Le deuxième facteur objet de consensus est le phénomène de consumérisme, les attentes croissantes des patients. Enfin, l'évolution des techniques, les progrès thérapeutiques sont aussi très fréquemment cités, et pas uniquement par les médecins.

B) Aspects positifs du développement des alternatives à l'hospitalisation

Le patient est le premier bénéficiaire de cette évolution : beaucoup d'interlocuteurs évoquent la qualité de prise en charge, liée à la plus grande individualisation des soins, et source de satisfaction pour l'utilisateur. La qualité de la prise en charge repose sur l'individualisation, sur la continuité des soins, avec par exemple l'absence de succession d'équipes. Bref, la plus value est avant tout humaine. Il est intéressant de noter qu'aucun doute n'est jamais exprimé sur le niveau de qualité des soins dans ces structures.

En outre, ces formes de prise en charge amènent à davantage collaborer en interne, à dialoguer, et à modifier les organisations pour atteindre le degré de rigueur nécessaire à un bon fonctionnement.

Les alternatives à l'hospitalisation contribuent également à améliorer l'image de l'établissement : les personnes rencontrées parlent souvent de « service vitrine », et plusieurs d'entre elles soulignent la baisse du nombre d'infections nosocomiales.

C) Perspectives d'évolution

Tous les interlocuteurs se rejoignent sur « le sens de l'histoire » que constitue le développement des alternatives à l'hospitalisation, ainsi que sur sa poursuite inévitable dans les années à venir.

Cependant, plusieurs limites sont citées, notamment le temps médical et les problématiques de ressources humaines, qu'il s'agisse de problèmes quantitatifs ou qualitatifs (compétences), la capacité de recrutement de nouveaux patients (principalement citée par les acteurs travaillant dans le domaine de la chirurgie), le contexte social difficile sur le bassin de santé et le vieillissement, la rigidité organisationnelle, la collaboration incertaine et difficile avec les professionnels de ville...

D) Conséquences du développement des alternatives à l'hospitalisation

Les réponses sont assez homogènes. Un grand nombre d'acteurs évoque des changements de pratiques professionnelles, voire même de « métier » : responsabilisation, coordination, partage d'informations, disponibilité... Viennent ensuite la plus grande rigueur nécessaire, et aussi de l'accroissement de la complémentarité avec d'autres professionnels.

E) Obstacles au développement des alternatives à l'hospitalisation

La culture professionnelle, principalement médicale, et la rigidité des organisations hospitalières sont de loin les obstacles les plus souvent cités.

D'autres éléments viennent compléter la liste : le contexte social local, les problématiques de ressources humaines, notamment le temps médical, la collaboration avec la ville, l'équité vis à vis des services conventionnels en terme de charge de travail, l'expérience des praticiens. Ainsi, contrairement à une idée reçue, la pratique de l'ambulatoire semble

plus difficile à envisager pour de jeunes praticiens, qui ne sont pas encore suffisamment expérimentés pour oser laisser sortir les patients précocement.

3.1.2 Les problématiques spécifiques du CHI Elbeuf-Louviers

A) La chirurgie ambulatoire

Les personnes rencontrées sont d'accord sur le fait que le potentiel de substitution interne soit relativement faible, même si une évolution des pratiques permettrait sans doute d'augmenter légèrement la proportion de chirurgie ambulatoire dans le case-mix actuel. Le CHI a en effet une antériorité sur le développement de l'ambulatoire au regard de ce qui se fait dans d'autres établissements publics. La structure de jour semble donc avoir été manifestement sur-dimensionnée avec douze places.

Le principal obstacle à son développement est le recrutement de nouveaux patients, qui est très lié aux chirurgiens pris individuellement, en raison des filières qu'ils construisent petit à petit avec les prescripteurs. Les médecins de ville reconnaissent d'ailleurs que ce sont les habitudes de travail et la connaissance des chirurgiens qui les guident pour adresser leurs patients en chirurgie, et qu'il est rare qu'ils changent de correspondant une fois des habitudes prises.

La faiblesse de l'effectif de chirurgiens du CHI dans des spécialités considérées comme clef pour l'ambulatoire (exemple de l'ORL, ou l'un des deux postes reste vacants) vient majorer cette problématique. Enfin l'insuffisance de motivation et d'incitation au développement de l'activité (cf. budget global) apparaît aussi comme un facteur explicatif. Ainsi, la réorganisation en cours au bloc est nécessaire, mais ne sera pas suffisante à elle seule pour provoquer un développement significatif : l'expression « *aller chercher les patients* » est apparue à plusieurs reprises.

B) Hôpital de jour de médecine

Le fort développement constaté depuis quatre ans est perçu comme positif : il justifie à posteriori la pertinence du projet initial. Ce projet a bien fonctionné car il a été porté par plusieurs acteurs qui avaient déjà préalablement l'habitude de travailler ensemble, mais aussi parce qu'il répondait parfaitement au besoin local, notamment concernant la cancérologie.

Cependant, de nouvelles difficultés apparaissent aujourd'hui du fait de la saturation. Des goulets d'étranglement (imagerie, locaux) conduisent à ne plus aussi bien répondre aux besoins, à la fois en termes quantitatifs et qualitatifs.

Il apparaît aussi que l'activité pourrait être encore plus importante si une évolution des pratiques s'amorçait, notamment dans certaines spécialités aujourd'hui sous représentées en hôpital de jour.

En effet, contrairement à la chirurgie, il existe encore du potentiel de développement en interne : il serait envisageable de réduire certaines durées de séjour dont la justification est aujourd'hui l'attente d'examens complémentaires. Dans ce cas précis, une sortie accompagnée d'un rendez-vous quelques jours plus tard en HDJ semble appropriée : reste pour les praticiens à accepter de « passer la main ».

C) Hospitalisation à domicile

Les avis sont plus partagés sur ce point, même si une majorité d'acteurs est plutôt d'accord sur l'intérêt pour la population. Ces nuances s'expliquent sans doute par le fait que plusieurs personnes évoquent le flou qui entoure le fonctionnement de ce type de structure.

Plusieurs interlocuteurs insistent sur la nécessité de nouer des partenariats, de ne pas vouloir mener le projet seul. L'impératif de communication, d'explication, tant en interne qu'en externe, semble lui aussi partagé. Le contexte social local est quelquefois évoqué comme un frein possible à ce type de développement.

3.1.3 L'utilité de la démarche « projet d'établissement »

La majorité des acteurs trouvent de l'intérêt dans la démarche, et pensent qu'elle a le mérite d'amener à réfléchir de manière pluridisciplinaire sur des questions de fond. La réflexion permet aux esprits de « mûrir » sur certaines questions.

Le fait de mettre l'accent sur les problématiques des plateaux techniques (groupes de travail « imagerie » et « bloc opératoire») pour la première fois au CHI permet d'aborder des problématiques conditionnant, nous l'avons vu, fortement le développement des alternatives à l'hospitalisation.

Quelques réserves et contradictions subsistent sur l'appropriation et sur l'enclenchement d'une réelle dynamique : certains pensent que l'impulsion doit s'appuyer sur les fédérations, d'autres que les personnes jugées « réfractaires » n'ont pas participé aux groupes de travail... d'où un consensus apparent sur les orientations. La faible participation des médecins aux séances de restitution des groupes a aussi été soulevée (par un médecin...), par contraste avec la forte implication des cadres.

Bref les acteurs sont satisfaits de la démarche intellectuelle d'élaboration mais restent circonspects sur la dynamique de réalisation.

Il ressort globalement de ces entretiens beaucoup d'éléments positifs sur les alternatives à l'hospitalisation. Comme nous l'avons vu, ces organisations amènent à davantage travailler dans une optique pluri professionnelle, en mettant l'accent sur la rigueur de la prise en charge. Le patient en est le grand bénéficiaire. Mais cette réorganisation n'est pas toujours connotée positivement, contrairement à ce que nous attendions. C'est en effet une lourde tâche, qui exige beaucoup de remises en cause des habitudes de travail, et vient bousculer les pratiques hospitalières les plus ancrées.

Il paraît important de noter que les principales causes de développement des alternatives à l'hospitalisation identifiées par les professionnels leurs sont extérieures, à l'exception de l'évolution des techniques médicales. En effet, la pression économique et le consumérisme médical sont des contraintes purement exogènes. Dans ces conditions, le développement des alternatives à l'hospitalisation fait l'objet d'une convergence de points de vue sur ses principaux enjeux, au premier rang desquels l'attractivité de l'organisation, c'est-à-dire désormais sa pérennité dans un contexte de financement à l'activité.

Mais cette convergence ne doit pas masquer un certain fatalisme : cette évolution, si elle est inévitable, est plutôt perçue comme subie, principalement en raison de limites organisationnelles et culturelles. Le fait que les causes d'évolution soient essentiellement perçues comme exogènes ne peut que majorer ce sentiment de passivité. C'est sur ce point que le management, en favorisant l'élaboration d'un projet commun, doit aider à passer d'une situation passive à une situation dynamique.

3.2 Les axes de travail utiles

3.2.1 Travailler sur les organisations

A) Travailler en interne

Il s'agit de travailler à partir des difficultés mises en évidence au cours du travail de réflexion sur le projet d'établissement, afin de les dépasser à court ou à moyen terme. Les groupes de travail ont, nous l'avons vu, émis un certain nombre de propositions en ce sens : fonctionnement du bloc opératoire, de l'imagerie, problèmes de locaux... D'autres pistes qui n'ont pas, ou peu, été abordées lors de la réflexion d'élaboration du projet d'établissement mériteraient aussi d'être explorées.

a) *L'importance du responsable médical*

L'existence d'un responsable médical clairement identifié semble importante pour développer avec succès une structure alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Or, l'observation de la situation du CHI montre qu'il n'en existe pas en chirurgie. En revanche, il existe nous l'avons vu un responsable médical en hôpital de jour de médecine, qui est également référent pour l'hôpital de semaine. Cette différence peut constituer l'un des éléments d'explication au développement contrasté de ces deux structures.

Il est probable que l'absence d'un responsable médical en unité de chirurgie ambulatoire ne favorise pas le développement de l'activité. Il est en effet utile qu'un professionnel légitime auprès de ses collègues vienne rappeler quotidiennement les indications et l'utilité de la structure. Cette personne, directement intéressée par la progression de l'unité dont elle aurait la responsabilité, serait garante de son développement.

Concernant le profil de ce responsable, l'expérience de l'hôpital de jour de médecine montre qu'il est positif qu'il ait de l'ancienneté au sein de l'établissement, des réseaux avec les services conventionnels, et bien entendu de l'intérêt pour ce type de prise en charge.

Le choix d'un responsable serait sans doute difficile, dans la mesure où des susceptibilités individuelles seraient froissées. L'une des questions délicates à régler serait sans doute celle de la spécialité du praticien concerné : chirurgien orthopédiste, chirurgien viscéral ? Et pourquoi pas un anesthésiste ? En effet, nous avons vu que l'évolution des techniques d'anesthésie était l'un des principaux vecteurs de développement de la chirurgie ambulatoire. De surcroît, mettre un anesthésiste en situation de responsabilité présenterait l'avantage de ne pas mettre en avant telle ou telle spécialité chirurgicale, ce qui correspond bien à la vocation de l'hôpital de jour du CHI.

Ce choix, qui heurte fortement la culture hospitalière devrait pour susciter l'adhésion nécessaire, être effectué par la communauté médicale elle-même, dans le cadre d'un pôle. Ainsi, la mise en place de la nouvelle gouvernance pourrait aider à davantage responsabiliser la communauté médicale sur le développement de l'ambulatoire.

b) *Evolution des formations et transferts de compétences*

Nous avons vu que le développement des alternatives à l'hospitalisation, en réduisant considérablement les durées de séjour à l'hôpital, concentrait les actes techniques sur un laps de temps plus restreint. L'un des principaux enjeux devient alors d'être en capacité

d'absorber cette charge de travail. L'état alarmant de la démographie médicale dans notre pays pourrait ainsi constituer l'un des facteurs limitants du développement de ce type de prise en charge, l'offre devenant en quelque sorte incapable de satisfaire des besoins croissants. La piste d'évolution la plus logique serait dans ce cas le transfert de compétences entre professionnels de santé.

Comme le soulignait le rapport Berland²⁷ en 2002 : « (...) au fil du temps les professionnels ont acquis des compétences et des savoirs faire de plus en plus larges, les amenant à développer leur pratique sans pour autant déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être. Ainsi, une pratique médicale qui apparaissait très spécifique il y a vingt ans peut aujourd'hui être davantage banalisée, plus systématisée, mieux encadrée, rendant l'intervention du médecin moins nécessaire ».

Le rapport du Conseil Economique et Social paru en juin 2005²⁸ reprend et prolonge cette réflexion : « Dans un avenir plus ou moins proche, un certain nombre d'actes techniques ne seront probablement plus effectués par des médecins, mais par des techniciens supérieurs spécialement formés. Cette éventualité reste possible et trouvera à s'appliquer dans d'autres disciplines que la chirurgie, où la pratique régulière de techniques instrumentales telles que les endoscopies sera peut être un jour confiée à des techniciens supérieurs formés à l'exécution d'un geste précis répétitif et réalisé après une formation spécifique. Ce mouvement, déjà amorcé depuis quelques années de façon souterraine, doit être clairement pris en compte par l'évolution des profils de poste, notamment des manipulateurs en radiologie, infirmiers anesthésistes et laborantins ».

L'un des défis posés aux établissements au cours des prochaines années sera indiscutablement d'accompagner l'évolution qui se dessine dans ce champ. Les établissements situés dans des zones géographiques faiblement attractives pour les professionnels, comme la Haute Normandie, seront logiquement les premiers concernés. La piste des transferts de tâches a d'ailleurs été mentionnée au CHI lors des réflexions sur le projet d'établissement par le groupe de travail « imagerie ».

²⁷ Berland Yvon, *La démographie des professions de santé*, rapport au ministère de la santé 2002.

²⁸ Molinié Eric, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Conseil Economique et Social, juin 2005.

c) *Augmenter l'amplitude d'ouverture des structures*

Les groupes de travail ont proposé d'augmenter l'amplitude horaire d'ouverture des structures pour traiter certaines problématiques. Ainsi, un allongement en soirée du fonctionnement de l'hôpital de jour de chirurgie permettrait d'y prendre en charge les patients admis pour des coloscopies, qui sont aujourd'hui hébergés en hôpital de semaine de médecine. Comme nous l'avons vu les coloscopies sont, pour des raisons d'hygiène, aujourd'hui effectuées en fin de programme opératoire.

Si cette évolution est positive, un développement actif et volontariste des alternatives à l'hospitalisation nécessite sans aucun doute d'aller plus loin, principalement dans le champ de la chirurgie qui, comme l'a montré le diagnostic stratégique, recèle des opportunités de développement non négligeables pour le CHI.

Nous avons vu que la chirurgie ambulatoire s'adressait à des patients remplissant des critères sociaux précis. Il s'agit d'avoir les capacités et l'entourage nécessaire pour assumer les phases amont et aval de l'intervention. Ce type de prise en charge exclut donc plutôt les personnes en provenance de milieux socio-économiques précaires, pour lesquelles une prise en charge hospitalière traditionnelle reste pertinente. La population concernée par la prise en charge ambulatoire correspond plutôt à des personnes actives, bien insérées dans la société.

Proposer des prises en charge le samedi, ou en période de congés scolaires, pourrait intéresser ce type de patients, qui préfèrent minimiser l'impact de l'épisode de soins sur leur activité professionnelle. D'ailleurs les cliniques privées ne s'y trompent pas. Une telle évolution serait sans aucun doute très porteuse en terme d'image de l'établissement, en permettant de toucher de nouvelles catégories de population.

Vouloir développer la chirurgie ambulatoire signifie aussi s'en donner les moyens : en contexte de tarification à l'activité, une augmentation des plages de fonctionnement hier impensable à l'hôpital public devient théoriquement possible. La question pourrait elle aussi être traitée dans le cadre d'un pôle d'activité. Elle entre d'ailleurs complètement dans les attributions du responsable de pôle définies par l'article L6146-6 du Code de la santé publique : « (...) *Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle (...)* ». Soucieux de développer l'activité, ce sera aussi à lui de réfléchir avec ses confrères à une organisation susceptible de capter de nouveaux patients sur le site de Louviers.

Enfin, si malgré les évolutions organisationnelles envisagées dans le cadre du projet d'établissement, malgré l'arrivée programmée de nouveaux chirurgiens, malgré le surcroît d'activité induit par la fermeture du site d'accouchement de Louviers, malgré l'apport d'une future organisation en pôles, le taux d'occupation de l'hôpital de jour de chirurgie restait tendanciellement insuffisant, la question du dimensionnement de la structure devrait être réexaminée au plus tard lors du prochain projet d'établissement. En effet, au regard du nouveau mode d'allocation des ressources, cette situation ne peut être durable.

B) Travailler avec l'extérieur

Plusieurs des entretiens menés dans le cadre de ce mémoire ont été réalisés auprès de professionnels extérieurs à l'établissement. De façon générale, le CHI est perçu comme un hôpital de référence possédant des ressources importantes, tant en terme de compétences qu'en termes matériels. Mais parallèlement, il reste relativement méconnu et quelque peu lointain et difficile d'accès. Il en ressort une ouverture d'esprit des interlocuteurs pour des partenariats plus ou moins poussés, plus ou moins formalisés, mais c'est de l'hôpital qu'est attendue l'impulsion.

a) *Des partenariats avec les médecins libéraux.*

Nous avons évoqué précédemment le problème de la démographie médicale. Il est évident que les besoins de santé croissants attendus au cours des prochaines années vont venir heurter de plein fouet les capacités des établissements. Si l'évolution du périmètre de compétence des professionnels de santé est l'une des solutions envisageables, elle ne suffira probablement pas à résoudre cette équation difficile.

Le problème est d'autant plus aigu dans les régions du nord de la France que les professionnels ne sont pas attirés pour s'y installer. Il convient donc d'anticiper ces difficultés en trouvant d'autres moyens d'attirer des compétences médicales dans les établissements.

Le développement d'un partenariat avec les médecins de ville pourrait offrir une alternative intéressante. Nous avons vu qu'une réflexion était en cours afin que les gastroentérologues libéraux puissent venir effectuer leurs examens diagnostics sur le plateau technique du CHI. Au-delà des considérations financières qui rendent la négociation difficile, un certain nombre d'avantages peuvent être mis en évidence.

Tout d'abord le confort et la sécurité du patient, qui bénéficie de la sorte d'un environnement hospitalier de qualité et du concours de personnel paramédical qualifié. En outre, l'établissement peut y trouver un moyen d'optimiser le financement de ses équipements - à condition que les praticiens libéraux acceptent d'en rémunérer l'utilisation à son juste prix – et ainsi faire bénéficier les patients de la meilleure technologie possible. Un avantage indirect très important peut aussi être souligné : ce type de partenariat peut contribuer à construire des filières de soins grâce au contact permanent entre les médecins de ville et les personnels hospitaliers. L'orientation des patients étant très liée aux relations interpersonnelles, il ne fait aucun doute qu'à terme, le recrutement de l'établissement s'en trouve amélioré. Pour reprendre l'exemple du partenariat avec les gastroentérologues libéraux, il est probable que les patients atteints de cancers dépistés de la sorte soient pris en charge au CHI, ce qui ne serait peut être pas le cas dans l'hypothèse d'un dépistage en ville.

Ce type de partenariat pourrait être envisagé dans un grand nombre de spécialités, principalement celles où les investissements matériels deviennent trop importants pour des médecins libéraux. Cette façon d'amener les professionnels de ville à effectuer une partie de leur activité en établissement peut contribuer à desserrer le goulet d'étranglement de la démographie médicale, et du même coup favoriser le développement d'activité induit par le développement des alternatives à l'hospitalisation. De la même façon, l'avenir nous amènera sans aucun doute à ce que les chirurgiens partagent de plus en plus leur temps entre différentes structures de soins.

b) Le problème spécifique de l'hospitalisation à domicile

L'une des difficultés auxquelles s'est heurté le groupe de travail est celle de l'absence d'expérience de ce type de structure. Il semblait notamment difficile de déterminer de quelle façon associer les professionnels extérieurs à l'hôpital. De prime abord, un fonctionnement purement hospitalier semble plus facile à mettre en œuvre. Ceci s'explique sans doute par le fait que la principale problématique qui conduit à cette réflexion est celle de l'engorgement des lits de court séjour dans les différentes spécialités médicales. Il est donc logique d'anticiper le fait que le CHI sera de loin le plus gros pourvoyeur de patients d'un service d'HAD sur le secteur.

Pourtant, plusieurs éléments conduisent à amender cette vision. Tout d'abord le fait que le patient bénéficie en HAD du libre choix de son médecin. Or, les expériences montrent que c'est le médecin généraliste qui est choisi dans la majorité des cas. Ce médecin

devra alors travailler en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur de la structure pour mettre en œuvre un protocole de soins. Il est impensable dans ces conditions que les médecins libéraux ne soient pas associés à la réflexion concernant la mise en place du service.

Ensuite, les professionnels rencontrés s'accordent sur le fait que l'hospitalisation à domicile constitue une activité très spécifique, distincte des autres modes d'exercice. Elle nécessite donc à la fois de la formation et de l'expérience. Il semble donc particulièrement ardu de se lancer seul dans ce type d'activité : l'établissement doit apprendre avant d'atteindre le seuil d'efficience.

Enfin, même s'il est hautement probable que le CHI soit le plus gros pourvoyeur de patients de l'HAD²⁹, il ne faut pas négliger le fait que les médecins de ville puissent eux aussi avoir des patients à adresser : cette structure doit pleinement répondre aux besoins de l'ensemble de la population de la zone desservie.

Un partenariat semble dans ces conditions incontournable pour monter un service d'hospitalisation à domicile. Nous proposons d'effectuer le montage de la manière suivante :

- Le CHI pourrait constituer la base logistique, en fournissant les locaux, les véhicules, et toute l'infrastructure nécessaire.
- Le personnel infirmier pourrait être du personnel de la Croix-Rouge, qui possède un savoir faire incontestable en la matière. D'ailleurs, cette association pourrait être favorisée par le fait que la Croix-Rouge soit déjà l'opérateur de l'HAD sur l'agglomération de Rouen, voisine.
- Les autres prestations paramédicales nécessaires, notamment la kinésithérapie, pourraient être assurées par les professionnels libéraux du secteur, qui signeraient une convention de partenariat.
- Concernant le personnel médical, les patients feraient appel à leur médecin généraliste, lui aussi signataire d'une convention avec la structure d'HAD.
- Enfin, le médecin coordonnateur de la structure pourrait être un praticien du CHI exerçant à temps partiel. Cette solution permettrait de solidifier le lien avec les services hospitaliers, et de conforter la place de l'hôpital dans le dispositif : s'il est nécessaire de veiller à l'ouverture d'une telle structure vers les professionnels de ville, il faut veiller tout autant à ce que le lien avec l'hôpital soit garanti et pérenne.

²⁹ L'expérience de l'agglomération rouennaise montre que plus de 75% des patients admis en HAD viennent d'un établissement de santé.

De plus, le fait que le médecin coordonnateur soit un médecin hospitalier serait sans doute positif en terme d'image.

Ce n'est qu'au prix de cet équilibre subtil que la structure sera effectivement positionnée comme une interface entre la ville et l'hôpital, pour le plus grand bénéfice des patients. Un groupement de coopération sanitaire conclu entre le CHI Elbeuf-Louviers et la Croix-Rouge pourrait constituer la base de cette association. Le fait que l'ordonnance du 4 septembre 2003 ait élargi aux médecins libéraux la possibilité de faire partie d'un GCS peut rendre cette formule juridique intéressante pour l'HAD.

Enfin, il sera nécessaire d'être particulièrement attentif au devenir des patients après le séjour en HAD : des relations privilégiées devront notamment être entretenues avec le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) existant. En effet, la tarification dégressive des journées d'HAD au fur et à mesure de l'allongement du séjour prévue par le nouveau mode d'allocation des ressources obligera les structures à faire sortir les patients aussi rapidement que nécessaire. Ce n'est d'ailleurs que de cette façon que l'HAD contribuera à fluidifier les circuits de prise en charge en dégageant les lits de court séjour.

Et même si certains partenariats ne peuvent pas aboutir, il sera fondamental d'aller apprendre à l'extérieur des murs de l'hôpital, en visitant d'autres structures, en y envoyant le personnel effectuer des stages.

c) Tisser des liens avec les hôpitaux locaux

La tension provoquée par les urgences menace continuellement l'activité programmée de l'hôpital. La création de structures alternatives à l'hospitalisation est, nous l'avons vu, l'une des réponses permettant de préserver l'activité programmée, fondamentale en termes d'attractivité.

Le développement de liens avec les hôpitaux locaux du territoire de santé, dont beaucoup possèdent des lits de moyen séjour peut contribuer à réduire les tensions observées sur les lits de court séjour du CHI en y transférant plus précocement les patients. En échange de ce débouché supplémentaire offert par les hôpitaux locaux, le CHI pourrait développer l'activité diagnostique de son hôpital de jour de médecine en direction des personnes âgées prises en charge par ces structures. Ainsi, les patients, ou les résidents d'EHPAD, pourraient bénéficier du plateau technique du centre de référence sans subir une hospitalisation. Cette manière de fonctionner permettrait d'éviter un épisode de soins souvent traumatisant pour le sujet âgé et lourd de conséquences en terme de dépendance.

3.2.2 Travailler sur la culture

Au-delà des évolutions organisationnelles envisageables à court ou à moyen terme, certaines évolutions de nature culturelle peuvent favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation.

A) L'apport possible des pôles d'activité

En amenant les praticiens à prendre des décisions d'organisation de manière collégiale et en les rendant davantage responsables des résultats des structures dont ils ont la charge, la réforme du fonctionnement des établissements publics de santé a pour but de favoriser le dépassement de la logique du service et du cloisonnement traditionnel de l'hôpital. Or, les alternatives à l'hospitalisation participent, nous l'avons vu, à ce mouvement d'évolution des manières de travailler : la réforme paraît alors de nature à favoriser leur développement.

La responsabilisation sur l'activité et sur les résultats devrait aussi inciter les praticiens à sortir de l'individualisme de leur exercice pour prendre des décisions collectivement. Si nous prenons l'exemple de la chirurgie, nous savons que le CHI possède sur le secteur géographique de Louviers un fort potentiel de développement, ce qui est d'autant plus vrai avec la fermeture prochaine de la clinique de La Ravine.

Or, en chirurgie plus que dans les autres disciplines, le recrutement se construit petit à petit par la réputation des chirurgiens, par les relations qu'ils tissent avec les médecins généralistes. Le développement de l'activité chirurgicale sur le secteur de Louviers passe alors impérativement par le développement de consultations sur le site, et par le développement de relations avec les médecins libéraux du secteur. Il faut donc que les chirurgiens se rendent sur place pour effectuer cette promotion. Leur difficulté à s'impliquer dans le groupe de travail « offre de soins sur Louviers » a été regrettée par de nombreux acteurs lors du travail d'élaboration du projet d'établissement. L'impératif d'efficience de l'activité chirurgicale induit par la tarification à l'activité les incitera-t-il collectivement à avancer sur ce point ?

D'autres actions pourraient également être mises en œuvre pour développer ce lien avec les médecins de Louviers, par exemple l'organisation de soirées médicales sur place : celles qui sont organisées à Elbeuf fonctionnent déjà très bien.

B) Le dossier médical personnel

Initié par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le dossier médical personnel (DMP) doit se généraliser à tous les assurés sociaux pour le 1^{er} juillet 2007. Il s'agit d'une base de données nationale partagée, à laquelle les professionnels de santé pourront se connecter avec l'accord du patient concerné. La finalité de ce dispositif est de faciliter le partage des informations de santé dans l'intérêt du patient, afin de favoriser la continuité des soins.

Les objectifs de cet outil sont de nature à favoriser le dépassement des freins traditionnels à la collaboration des professionnels au sein d'un établissement, mais aussi et surtout, vis-à-vis des professionnels externes à l'établissement. En effet, la diffusion progressive d'une culture du secret partagé, en accord avec un patient partenaire et propriétaire de son DMP, devrait favoriser les partenariats nécessaires lorsque l'on cherche à dépasser le fonctionnement traditionnel de l'hôpital en développant de nouvelles modalités de prise en charge.

Mais s'inscrire dans un tel dispositif signifie aussi accepter un regard extérieur sur ses propres pratiques : c'est bien en ce sens qu'il s'agit d'une mutation culturelle profonde. L'inscription des établissements de santé dans le dispositif est expressément prévue par le nouvel article L 161-36-2 du code de la sécurité sociale : « *à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour* ».

Ainsi, en favorisant le développement de la communication entre professionnels de santé, le DMP pourra constituer un excellent outil pour accompagner le développement de l'hospitalisation à domicile.

C) L'évaluation des pratiques professionnelles

Prévue par le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005, l'évaluation des pratiques professionnelles s'impose désormais à tout médecin, quel que soit son mode d'exercice. Dans les établissements publics de santé, c'est la CME qui est chargée de la mettre en œuvre. Tous les cinq ans, chaque praticien devra se soumettre au regard de ses pairs pour évaluer ses pratiques par rapport aux référentiels proposés par les sociétés savantes. Cette évolution conduira probablement à terme à une modification profonde de la culture médicale, encore marquée par l'héritage individualiste du XIX^{ème} siècle. Tout comme l'instauration du DMP, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles aidera à développer une culture de dialogue, de concertation, de travail

conjoint. Ce terreau semble particulièrement favorable au développement des alternatives à l'hospitalisation.

3.2.3 Le rôle du directeur d'hôpital

Ce travail, au contact de multiples acteurs et professionnels, nous a conduit à nous questionner sur la dimension stratégique du rôle d'un directeur d'hôpital.

En effet, l'hôpital se caractérise par des productions complexes, réalisées au moyen de combinaisons d'expertises multiples et de niveau élevé. La démarche projet y est particulièrement complexe à construire car celui qui met en œuvre, c'est-à-dire l'expert, est aussi en capacité de formuler la stratégie, précisément en raison de son haut niveau d'expertise. Il est alors impératif d'associer cet expert, c'est à dire le médecin, au stade de l'élaboration du projet.

Mais s'il est indispensable, l'aspect participatif de la démarche n'est pas suffisant. Dans le cadre de l'élaboration d'un projet d'établissement, l'art du management sera de poser les bonnes questions aux groupes de travail, de bien découper les thèmes de réflexion. Par exemple, nous avons vu dans le cas du CHI Elbeuf-Louviers que deux groupes, le groupe « bloc opératoire » et le groupe « alternatives à l'hospitalisation », arrivaient aux mêmes conclusions sur le thème de la chirurgie ambulatoire. Cette convergence sera à coup sûr un atout important dans la mise en œuvre des orientations décidées.

En tant que chef d'orchestre, le directeur doit être le garant de la cohérence stratégique de l'établissement. Comme le souligne Mary Jo Hatch³⁰, la stratégie efficace est celle qui fait correspondre les compétences de l'organisation aux besoins et aux exigences de son environnement. Quand c'est le cas, l'organisation est sélectionnée et retenue, approvisionnée en ressources, et elle jouit d'une légitimité sociale. Dans cette optique, il est primordial que les orientations de l'établissement soient partagées par les autorités de tutelles. La légitimité sociale s'acquière quant à elle grâce à la satisfaction des attentes des patients.

La stratégie consiste pour le directeur à gérer activement la cohérence des projets dans le but d'accéder à un avantage ou à une position qui assure la survie et la réputation de l'organisation.

³⁰ Mary Jo Hatch, *Théorie des organisations. De l'intérêt de perspectives multiples*. Editions De Boeck, 2000.

Mais la démarche institutionnelle proprement dite, si elle est indispensable, n'est pas suffisante. L'action stratégique du directeur ne peut se limiter aux quelques mois d'élaboration d'un projet d'établissement, une fois tous les cinq ans. Comme le montre Henry Mintzberg³¹, la stratégie n'est pas toujours le fruit d'une réflexion parfaitement formalisée, celle qu'il qualifie de stratégie anticipée, ou délibérée, et qui correspond à la démarche structurée d'un projet d'établissement. Il distingue deux autres formes de stratégie.

Tout d'abord la stratégie émergente, qui se dessine progressivement, au gré de microdécisions successives. Ce n'est qu'à posteriori qu'on constate que celles-ci ont un impact significatif sur l'avenir. Dans le cas du CHI, la décision de créer quatre lits d'hospitalisation de jour répartis au sein des unités de médecine prise il y a plusieurs années entre probablement dans cette catégorie. Ce n'est que plus tard, au gré du développement de cette activité qu'elle devient à proprement parler une orientation stratégique et fait l'objet de la création d'une structure dédiée dans le cadre d'un CPOM.

Ensuite, la stratégie occurrente, observée quand une opportunité nouvelle s'offre de manière plus ou moins inattendue à l'organisation. Pour un hôpital public, il peut s'agir de la fermeture d'une clinique concurrente. Dans ce cas, il sera utile de prendre des décisions rapides, qui ne laissent pas le temps d'une réflexion structurée et approfondie.

Ces deux autres types d'élaboration de la stratégie conduisent aux notions d'incertitude et de décisions prises dans un contexte de rationalité limitée : il est illusoire de vouloir tout maîtriser et tout planifier. Dans la réalité, les trois modalités de construction de la stratégie se côtoient et s'entremêlent continuellement.

Il n'en demeure par moins que la démarche de planification stratégique concrétisée à l'hôpital par la construction d'un projet d'établissement est indispensable. Comme le soulignent Alain-Charles Martinet et Raymond Alain Thietart³², la procédure de planification permet d'instituer un espace temps, un calendrier, des échéances, bref donne aux individus un cadre sans lequel le quotidien prendrait toujours le pas sur la réflexion prospective. La fonction de la planification stratégique consiste à « *officialiser, organiser, clarifier, les multiples négociations qui débouchent sur la formation, la présentation, l'acceptation et la concrétisation des stratégies* ».

Il est effectivement important de formaliser les orientations stratégiques dans un projet d'établissement. Au-delà des vertus soulignées par Martinet et Thietart, il convient aussi

³¹ Henry Mintzberg, *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Dunod, 1994.

de tenir compte du fait que les organisations publiques sont soumises davantage que les autres à un encadrement externe. Il faut donc veiller particulièrement à l'acceptabilité des options stratégiques par les parties prenantes. Le projet d'établissement a donc aussi pour fonction de rendre acceptable par les financeurs les options stratégiques choisies.

Le rôle du directeur est aussi de conduire l'organisation à anticiper l'avenir, en développant sans retard les modalités de prise en charge attendues par les usagers. Il est en effet fondamental qu'elle reste en adéquation avec les attentes de son environnement. Ainsi, dans le nouveau contexte d'allocation des ressources aux établissements, qui rend la question de l'attractivité cruciale, il sera de plus en plus important d'avoir de bons résultats en termes d'indicateurs qualité : taux d'infections nosocomiales, satisfaction des usagers... C'est la voie que trace le rapport Molinié présenté par le Conseil Economique et Social (CES) en juin 2005 : *« l'activité ne pouvant être le seul critère d'allocation des ressources, il paraît judicieux (...) de tenir compte tant de la qualité des soins réalisés, à travers les indicateurs de prise en charge fournis par la deuxième version de l'accréditation (évaluation des pratiques professionnelles, évaluation du service médical rendu), que de la place de l'hôpital au sein de son réseau de soins territorial »*.

C'est à cette condition que l'organisation continuera à répondre aux attentes et aux besoins de son environnement, et bénéficiera du même coup des ressources nécessaires à son activité. Par exemple, peut être faut-il aujourd'hui prendre le risque de développer un service d'hospitalisation à domicile même s'il n'est pas complètement efficient économiquement dans un premier temps ?

³² Alain-Charles Martinet et Raymond Alain Thietart, *Stratégies. Actualités et futurs de la recherche*, Vuibert, 2001.

CONCLUSION

Le développement des alternatives à l'hospitalisation constitue la face apparente d'un mouvement plus vaste, qui trouve ses causes dans l'évolution du rapport au soin des patients, dans l'évolution des connaissances et des pratiques médicales, dans les difficultés économiques à financer les besoins de santé.

Ces causes sont profondes, et l'évolution de l'encadrement juridique des établissements et du mode d'allocation des ressources ne constituent que la traduction de cette mutation. Pour ces raisons, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une évolution de long terme, dont nous ne vivons que le commencement.

A l'image de CHI Elbeuf-Louviers, les établissements publics de santé font avec raison du développement de ces nouvelles formes de prise en charge des orientations stratégiques. Mais il s'agit d'un changement profond, qui vient heurter des siècles de tradition hospitalière. Il modifie radicalement le mode d'exercice professionnel des soignants, et conduit l'hôpital à devenir un prestataire parmi d'autres au service d'un patient consommateur. Il faut alors apprendre à travailler en partenariat, aussi bien en interne qu'en externe.

Pour cette raison, le changement n'est pas toujours facile à mettre en œuvre, et le rôle du directeur d'hôpital est d'accompagner ces évolutions en permanence, en faisant œuvre de pédagogie. Comme le montrent les sociologues des organisations, le changement ne peut s'opérer que si les acteurs sont persuadés de son bien fondé. Le dirigeant doit aussi prendre garde à ne pas déséquilibrer l'organisation en voulant aller trop vite ou trop loin. Ainsi, celle-ci doit être assez souple pour permettre l'apprentissage de nouvelles normes professionnelles dans le cadre de l'ancien système.

Il est plus aisé de travailler sur les organisations que sur la culture. Ainsi, la démarche d'élaboration du projet d'établissement du CHI Elbeuf-Louviers s'est attachée à faire réfléchir les professionnels sur les organisations. L'évolution de la culture, nécessaire, demande du temps et dépend au moins autant de facteurs exogènes que de l'action interne. Cependant, les évolutions organisationnelles peuvent préparer le terrain et faciliter l'évolution culturelle. La mise en place d'espaces de rencontre et de dialogue entre professionnels peut par exemple entrer dans ce champ.

Au-delà de ces aspects, de nombreuses limites au développement des alternatives à l'hospitalisation doivent être mentionnées : la précarité socio-économique et le vieillissement de la population en constituent deux des principales. Si l'évolution décrite tout au long de ce travail est inéluctable et positive, il ne faut pas perdre de vue les

missions essentielles du service public hospitalier : ce n'est que dans ce cadre que les personnels adhéreront aux évolutions organisationnelles proposées.

Il s'agit de l'un des grands enseignements que nous tirons de ce travail : à côté de l'enrichissement personnel apporté par les rencontres avec de multiples professionnels, par les visites de structures extérieures, par la participation à la préparation du projet d'établissement, ce travail de réflexion mené sur plusieurs mois nous a permis de voir notre propre point de vue évoluer au fil de l'avancée des travaux. Ceci montre que le temps est l'un des éléments les plus importants à prendre en compte quand des orientations stratégiques doivent être décidées.

Bibliographie

OUVRAGES

BALLE Catherine, *Sociologie des organisations*, Que sais-je ? , PUF, 2001. 126p.

BERNOUX Philippe, *La sociologie des organisations initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, Points seuils, 1989. 382p.

HATCH Mary Jo, *Théorie des organisations. De l'intérêt de perspectives multiples*, Editions De Boeck, 2000. 418p.

MARTINET Alain-Charles et THIETART Raymond Alain, *Stratégies. Actualités et futurs de la recherche*, Vuibert, 2001.

MINTZBERG Henry, *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Dunod, 1994. 456p.

PONCHON François *Le droit des patients à l'hôpital*, Que sais-je ? , PUF, 2002.

RAPPORTS

BERLAND Yvon, *La démographie des professions de santé*, rapport au ministère de la santé, 2002.

Centre National d'Expertise Hospitalière, *Etude prospective sur l'organisation de l'offre hospitalière en Haute-Normandie*, octobre 2004.

Centre de Recherches, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé, *Evaluation du coût de la prise en charge en HAD*, 2003.

MOLINIE Eric, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Conseil économique et social, juin 2005.

Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie, *Territoires de santé : diagnostic locaux de santé. Indicateurs par cantons et secteurs sanitaires*, Mai 2004.

ARTICLES

BONTEMPS Gilles, « L'hôpital public verra-t-il sa chirurgie publique disparaître ? », *Info en santé, Lettre de la FHF*, février 2005, n°10, pp. 4-6.

BONTEMPS Gilles, COUSTAR Nadine, TOUPIN Marie-Hélène, et al. « Enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire : conditions du développement », *Technologie et santé*, décembre 2004, n°53, 100p.

CLEMENT Jean-Marie, « Bilan du siècle : la rupture conceptuelle », *Revue fondamentale des questions hospitalières*, 2000, n°1, pp. 49-64.

COUSTEIX Pierre-Jean, « Hospitalisation à domicile : état des lieux et perspectives », *Revue hospitalière de France*, Janvier-Février 2004, n°496, pp. 4-8.

CREMADEZ Michel, « Evolution de la gouvernance, un enjeu capital pour l'hôpital », *Gestion hospitalières*, Novembre 2003.

DAUBECH Lin, « L'évolution de la place du malade dans les établissements de santé », *Entreprise-santé*, Mai-Juin 2004, N°51.

GUSTIN Pierre, MARCHAND Philippe, « Hospitalisation à domicile : un exemple d'organisation en région Centre Alsace », *Revue hospitalière de France*, Janvier-Février 2004, n°496, pp. 13-15.

HAURY Brigitte, « Hospitalisation à domicile : une répartition encore inégale », *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 2000, n°3, pp. 51-52.

HOERNI Bernard, CLAVIER Jean, « Cancérologie : une discipline pionnière », *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 2000, n°3, pp. 55-56.

IMBAULT-HUART Marie-José, « L'éclairage de l'histoire », *Revue fondamentale des questions hospitalières*, n°1, 2000, pp. 37-48.

MONIER Bernard, « Hospitalisation à domicile : enjeux, freins et risques pour l'hospitalisation publique », *Revue hospitalière de France*, Janvier-Février 2004, n°496, pp. 9-12.

SALES Jean-Patrick, « Indications chirurgicales et problématique de développement de la chirurgie ambulatoire », *Info en santé, Lettre de la FHF*, février 2005, n°10, pp. 7-9.

SALES Jean-Patrick, L'HUILLIER Marie-Chantal, « Chirurgie et anesthésie ambulatoire : un espace pour de nouveaux comportements », *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 2000, n°3, pp. 48-50.

MEMOIRES

MASSIP Sébastien, *Analyse du développement de la chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse. De l'orientation stratégique aux modalités de mise en œuvre*, Mémoire élève directeur d'hôpital, ENSP, 2001.

ROLLIN Frédéric, *L'hôpital de semaine comme outil d'amélioration de la prise en charge hospitalière : l'exemple du centre hospitalier de Coulommiers*, Mémoire élève directeur d'hôpital, ENSP, 2004.

WASMER Guillaume *L'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Bicêtre : modèle à suivre ou expérimentation sans lendemain ?* Mémoire élève directeur d'hôpital, ENSP, 2003.

AUTRES DOCUMENTS

Sondage : Les français et l'hôpital, Lettre de la fédération hospitalière de France, mai 2004.

Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération.

Projet médical de territoire (document préparatoire), Conférence sanitaire de secteur « Seine et plateaux », octobre 2004.

Manuel d'accréditation des établissements de santé, ANAES, Juin 2003.

Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale, ANAES, novembre 2003.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN

ANNEXE 2 : METHODOLOGIE ET GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 3 : EXTRAIT DU TABLEAU DE SYNTHESE DES ENTRETIENS

**ANNEXE 4 : CRITERES D'ELIGIBILITE A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DU CHI
ELBEUF – LOUVIERS / VAL DE REUIL**

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN

Mr le Dr J. BARBIER, Chef du service d'anesthésie, CHI Elbeuf-Louviers ;

Mme le Dr P. BARCO-JUDLIN, Département d'information médicale, CHI Elbeuf-Louviers ;

Mme N. BECASSE, Cadre de santé à l'hôpital de jour de chirurgie, CHI Elbeuf-Louviers ;

M. le Dr H. BUGEL, Urologue, CHI Elbeuf-Louviers ;

M. le Dr F. DA SILVA, Chef du service de rhumatologie, CHI Elbeuf-Louviers ;

Mme DAVID, Infirmière de ville, Elbeuf ;

Mme C. DE ARAUJO, Cadre supérieur de santé, fédération de chirurgie, CHI Elbeuf-Louviers ;

Mme V. DEVE, Cadre de santé, bloc opératoire, CHI Elbeuf-Louviers ;

M. DUBOIS, Directeur administratif de la clinique Mathilde, Rouen ;

M. le Dr DUGNY, Médecin généraliste, Tourville la rivière ;

Mme S. DUQUENNE, Cadre de santé, Hôpital de jour et de semaine de médecine, CHI Elbeuf-Louviers ;

Mme DUVEAU, Représentante des usagers au Conseil d'Administration, CHI Elbeuf-Louviers ;

Mme F. GUILLOTIN, Cadre supérieur de santé, fédération de médecine, CHI Elbeuf-Louviers ;

Mme M. HUARD, Cadre supérieur de santé, services médico-techniques, CHI Elbeuf-Louviers ;

Mme N. LE MOAL, Directeur des soins, Hôpital de la Croix-Rouge, Bois Guillaume ;

M. H. PECARD, Représentant du personnel non médical au Conseil d'Administration, CHI Elbeuf-Louviers ;

Mme le Dr A-M. QUENNIET, Chef de service Hôpital de jour et de semaine de médecine, CHI Elbeuf-Louviers ;

M. le Dr F. VOISIN, Département d'information médicale, CHI Elbeuf-Louviers ;

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN

Méthode :

L'entretien commencera par un bref exposé de la thématique du mémoire, en garantissant à l'interlocuteur la confidentialité et l'anonymat sur le contenu de l'entretien. Il sera précisé que l'éventuelle citation de l'un des interlocuteurs dans le corps du mémoire ne se fera le cas échéant qu'après accord de la personne.

Nous procéderons par entretiens semi directifs d'une durée approximative d'une heure : les questions seront posées ou pas selon la façon dont l'interlocuteur répond, elles constituent d'éventuels points de relance.

1) Questions générales

Les causes, les facteurs de développement des alternatives ;

Les différents intérêts à développer les alternatives à l'hospitalisation ;

Les vertus du développement des alternatives à l'hospitalisation ;

Alternatives à l'hospitalisation et qualité de prise en charge ;

Les perspectives de développement des alternatives à l'hospitalisation ;

2) Questions sur l'établissement

Les conséquences du développement des alternatives à l'hospitalisation ;

Les obstacles à leur développement ;

L'activité de chirurgie ambulatoire est relativement stable en nombre de venues entre 2000 et 2004, alors que son développement était l'un des objectifs du CPOM 2001-2003 : quelles explications ?

L'activité HDJ de médecine croit fortement depuis plusieurs années : quelles conséquences, (positives et/ou négatives) ?

Opportunité de la création d'une HAD ? Conditions de succès ?

Alternatives et Projet d'établissement 2005-2009 :

Pensez vous que le PE 2005 va permettre de dépasser les freins identifiés ?

Comment percevez vous la place des alternatives dans le PE ?

Est-ce que le développement des alternatives vous paraît être objectivement une priorité stratégique pour le CHIELVR ? Pourquoi ?

Eléments que vous souhaiteriez aborder, rajouter ?

Le recueil des données s'effectuera sous forme de prise de notes sur des grilles vierges reprenant les principales rubriques de l'entretien.

L'exploitation sera effectuée sous forme d'un tableau croisé, en surlignant les mots clefs pour faciliter l'analyse thématique (cf. annexe 3).

ANNEXE 3 : EXTRAIT DU TABLEAU DE SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

NB : La taille importante du tableau rend sa reproduction intégrale impossible ici. Toutefois, cet aperçu permet de rendre compte de la méthodologie d'analyse thématique suivie.

	entretien 1 cadre supérieur de santé	entretien 2 praticien hospitalier	entretien 3 cadre de santé
<u>Les causes, les facteurs les intérêts</u>	<p>Optimiser DMS attente des examens Pression société coût éviter rupture familiale exclusivement du programmé évolution techniques médicales paradoxe l'hôpital fait peur mais est rassurant différence jeunes / âgés intérêt du pers pratique soignante différente / aussi éviter des contraintes, mais ce n'est pas une priorité</p>	<p>population exigeante souhaite des décisions rapides : d'où affluence à l'hôpital vieillissement de la population baisse de la réponse en ville : saturation hospitalière il y a aussi probablement des hospitalisations abusives "par prudence" de + intérêt économique et fonds disponibles la démographie médicale intervient aussi, avec la concentration dans certains lieux et la désertification il y a convergence d'intérêts autour du patient intérêt pour le médecin : plus de variété de cas plus intéressants : stimulation intellectuelle</p>	<p>évolutions thérapeutiques médicales raisons économiques bénéfice pour les patients : entre ces 2 raisons, ne sait pas la quelle est prépondérante pour les patients, conciliation vie personnelle le travail est plus satisfaisant pour les professionnels : on fait bien les choses pour la stérilisation : intérêt financier intérêt mieux travailler en réseau avec les médecins de ville : c'est un prise en charge qui leur convient mieux car elle simplifie les démarches, permet de grouper les examens idem avec le IDE libéraux</p>
<u>Les vertus du développement des alternatives à l'hospi.</u>	<p>programmé = mieux organisé = meilleur accueil = meilleure image MAIS ça demande beaucoup de travail en amont, avec tous les partenaires concernés par la journée du patient L'HAD permettrait j'espère de concentrer les lits de MCO sur ce pourquoi ils sont faits Collaboration avec les médecins de ville incontournable : ex dossier du patient</p>	<p>Pour le médecin : davantage de patients à prendre en charge pour une même activité Les pathologies en HDJ sont plus lourdes et plus délicates : approche scientifique et intellectuelle intéressante il faut aussi se remettre en question : prendre des décisions très vite pour le patient : absence de rupture avec le domicile il sait d'avance ce qui va se passer, comment.... C'est très sécurisant car il rencontre une équipe et la relation s'établit : confiance, voir même amicale Dans ma spécialité, sans HDJ je ne pourrai pas faire ce que je fais aujourd'hui...</p>	<p>satisfaction de la clientèle plus élevée : quasi absence de plaintes car meilleure réponse aux demandes les petites équipes facilitent le contact : "mode familial" collaboration avec les services conventionnels : but initial de les soulager car elles devaient souvent déprogrammer car pas de réservation de lits davantage de complexité d'organisation avec les médecins car différentes spécialités Il y a un gros travail d'organisation avec les services supports</p>
<u>Alternatives à l'hospi. et qualité de prise en charge</u>	<p>technique = pareil point positif = accueil, disponibilité du personnel pour le patient Pas de temps d'attente : sa prise en charge est plus claire pour lui</p>	<p>2 populations et pathologies différentes difficile de comparer par contre complémentarité entre phase diagnostic et thérapeutique : on pourrait faire sortir un patient stabilisé même s'il n'a pas eu tous ses examens avec un RDV en HDJ quelques jours plus tard or la plupart des DMS "longues " en médecine sont dues à des diagnostics non encore affinés il faut "éviter le temps inoccupé" si on avait des RDV immédiatement en service conventionnel, la question de l'HDJ ne se poserait pas L'HAD peut aussi être un recours entre les deux</p>	<p>Supérieure à celle d'un service conventionnel Beaucoup de variété des motifs d'hospitalisation car différentes spécialités pour les médecins ça revient presque à un 2ème service : lourdeur c'est la qualité de l'organisation qui permet que ça se passe bien Peu d'absentéisme</p>
<u>Les perspectives de développement des alternatives à l'hospi.</u>	<p>Beaucoup de protocoles HDJ pourront passer en HAD dans 10 ans aujourd'hui, on pourrait faire plus si structure plus disponible Limite = le temps médical, pour les spécialistes c'est une activité supplémentaire avec un lieu supplémentaire. Prendre en compte la grosse sollicitation des plateaux techniques : on concentre De + prendre en compte ce que pourrait y faire le médecin de ville Cependant on ne fera jamais tout en alternatives Limite = le vieillessement de la population car pré requis d'autonomie</p>	<p>Il y a énormément à faire dans le développement croit beaucoup aux maisons médicales, mais pas 24/24 : il y a besoin le soir, entre 18 et 0 h ; il ne faut pas que les gens avancent les frais, car sinon ils iront aux urgences croit beaucoup à la disponibilité des spécialistes pour des consultations "urgentes" ce qui éviterait des hospitalisations mais toutes les spécialités ne s'y prêtent pas autant L'HAD c'est l'avenir, on y va forcément "on ne peut se permettre de rester comme ça" On a besoin de « toutes les briques » car tous les malades ne pourront aller partout</p>	<p>On peut sans doute aller plus loin : c'est dicté par l'évolution médicale On va vers ça dans toutes les disciplines Limites à un moment donné : HAD et des traitements très courts sans hospitalisation Le potentiel concerne surtout cancérologie et rhumatologie peu de patients de cardiologie en alternatives Si on avait plus de marge capacitaire on pourrait travailler avec les urgences pour éviter des hospitalisations : après vu spécialiste, le patient sort et vient en HDJ pour examens quelques jours après Développer le réseau avec le libéral et les hôpitaux locaux plutôt qu'envoyer aux urgences</p>

ANNEXE 4 – CONDITIONS AMBULATOIRES CHI ELBEUF – LOUVIERS



CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL
ELBEUF - LOUVIERS / VAL DE REUIL

SERVICE ANESTHESIE-REANIMATION

Madame, Monsieur,

Vous allez être, prochainement, hospitalisé(e) dans un service de soins ambulatoires, c'est à dire que vous y entrerez le matin et en repartirez le soir même.

Entre temps, vous aurez subi une intervention chirurgicale et donc une anesthésie générale ou locorégionale.

Pour que tout se passe dans les meilleures conditions de sécurité, l'équipe anesthésique vous demande de répondre à certains critères :

- Organiser votre trajet aller et retour pour l'hôpital dans une voiture dont vous serez le passager,
- Avoir le téléphone à domicile, de manière à avertir immédiatement en cas de problème,
- Etre en compagnie d'un adulte responsable et averti de votre hospitalisation à partir du moment où vous quittez l'hôpital et ce jusqu'au lendemain matin,
- Avoir un véhicule et un conducteur disponible pour vous ramener si besoin à l'hôpital.
- Ne pas habiter à plus de 40 minutes de l'hôpital.
- Ne pas conduire dans les 24 heures qui suivent l'intervention.
- Ne pas travailler la nuit qui précède et celle qui suit l'intervention.
- Si l'opéré est un enfant et qu'il a des frères et soeurs, il faut 2 adultes présents à domicile.

Merci de réfléchir à toutes ces conditions et d'en parler lors de la consultation d'anesthésie si vous ne répondez pas à ces critères.

Par ailleurs, pour des raisons de sécurité ou d'événements imprévisibles, vous pouvez être amené(e) à passer la nuit qui suit à l'hôpital.

Nous vous remercions de bien vouloir signer votre accord sur l'ensemble de ces conditions.

NOM - PRENOM :

DATE :

SIGNATURE DU PATIENT OU DES PARENTS
(si l'enfant est mineur)

