

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Filière des Elèves Directeurs d'Hôpital

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU
CENTRE HOSPITALIER D'ARMENTIERES :
ENGAGEMENT STRATEGIQUE ET DEFIS ORGANISATIONNELS
POUR UN EPS REFERENT DE SECTEUR**

Angélique BIZOUX

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à M. Pierre PAMART, Directeur Général du Centre Hospitalier d'Armentières, pour son accueil et sa confiance, et à Mme Marie-France PEYRAT, ma maîtresse de stage, Directrice adjointe chargée des Services Economiques, des Services Techniques et du Biomédical, pour ses conseils, sa confiance et sa disponibilité tout au long du stage. Nos échanges quotidiens, son accompagnement pendant ces deux années, m'ont permis de découvrir sereinement le terrain hospitalier.

Tous les Directeurs Adjointes m'ont aussi beaucoup apporté au cours de ma formation et de mon travail de mémoire, en particulier M. Eric LAGARDERE, Adjoint au Directeur, et je les en remercie.

Merci également à M. Lionel BATELI, Directeur des Soins, à Mme Danièle ATTAGNIANT, Cadre supérieur de santé responsable des structures chirurgicales, et au Dr KEITH, coordonnateur de la structure ambulatoire, pour leur appui et leurs conseils.

Je remercie de même tous les professionnels que j'ai rencontrés pour ce mémoire et qui, par leur témoignage, m'ont aidée à réaliser un état des lieux précis et des propositions de développement de la structure ambulatoire du CHA.

Merci enfin à M. Olivier GRIMAUD, enseignant-chercheur à l'École Nationale de la Santé Publique et encadrant mémoire, qui, au cours de nos entretiens, a toujours su me conseiller et répondre à mes questions.

Sommaire

<u>Introduction.....</u>	<u>6</u>
<u>I. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE, UNE ACTIVITE CENTREE SUR LE PATIENT, A DEVELOPPER</u>	<u>8</u>
A. Une activité de chirurgie centrée sur le patient et réglementée.....	8
1. Une activité centrée sur le patient pour une prise en charge de qualité.....	8
2. Une activité réglementée et soumise à autorisation.....	10
3. Des structures de chirurgie ambulatoire variées.....	11
B. Une activité plus largement développée dans les pays de l'OCDE qu'en France.....	11
1. Historique du développement de la chirurgie ambulatoire	11
2. Le retard et le récent développement français.....	12
3. Les disparités constatées en France.....	13
a. Des disparités régionales.....	13
b. Une dichotomie public-privé.....	14
C. Une activité stratégiquement et financièrement attractive.....	15
1. L'enjeu stratégique du développement de la chirurgie ambulatoire.....	15
2. L'enjeu financier de ce développement	16
<u>II. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHA : ENTRE BILAN ET VOLONTE DE DEVELOPPEMENT.....</u>	<u>16</u>
A. Analyse de l'organisation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire au CHA.....	17
i. Un service de chirurgie ambulatoire ouvert en 2003.....	17
1. Contexte et historique de la création du service de chirurgie ambulatoire.....	17
2. Spécialités concernées et organisation	18
ii. Evolutions depuis 2003.....	19
a. Des changements de créneaux horaires.....	20
b. Un rapatriement des actes de chirurgie ambulatoire au bloc central.....	20
iii. Points forts et points faibles de l'organisation actuelle.....	21
a. Points forts	21
b. Points à développer.....	23

B. Analyse de l'activité depuis 2003 : détermination des potentiels de développement.....	26
1. Forces et faiblesses de l'offre actuelle	27
a. Une progression globale de l'activité depuis 2005.....	27
b. Des potentiels de substitution et de regroupement importants restent à réaliser	29
2. Le CHA dans son territoire de santé	32
a. Comparaison avec les établissements de santé aux caractéristiques équivalentes.....	32
b. Potentiels de développement :	33
<u>Cataractes.....</u>	<u>33</u>
<u>Ligatures de veines.....</u>	<u>34</u>
<u>Hernies.....</u>	<u>34</u>
<u>Circoncisions.....</u>	<u>34</u>
Arthroscopies, biopsies.....	34
3. Quelle nouvelle offre ? Quelles opportunités ?.....	35
C. Les enjeux du développement de cette activité au CHA	38
1. Les incitations de la tutelle.....	39
2. Une meilleure prise en charge du patient.....	39
3. Un enjeu financier.....	40
4. Un des piliers du projet médical	41
<u>III. La « nouvelle » chirurgie ambulatoire au CHA : une mise en œuvre en deux temps.....</u>	<u>44</u>
A. Orientations et défis de la conduite de projet.....	44
1. Des modèles : rapport MeaH et benchmarking.....	44
a. Rapport MeaH	44
b. Benchmarking	45
2. Difficultés et défis à relever.....	47
a. Des défis à relever.....	47
b. Un consensus difficile.....	49
B. 2007-2009 : optimisation de la structure ambulatoire actuelle.....	50
1. L'optimisation de la répartition et de l'utilisation des créneaux opératoires de chirurgie ambulatoire.....	51
a. De nouveaux créneaux et une nouvelle répartition.....	51

b. Une meilleure utilisation des créneaux laissés vacants.....	53
2. L'évolution de l'outil informatique existant : support à l'organisation et au pilotage	54
a. Un outil d'organisation.....	54
b. Un outil de pilotage.....	54
3. La connaissance et la reconnaissance du service de chirurgie ambulatoire du CHA	55
a. La définition du rôle et les missions des responsables de l'unité de chirurgie ambulatoire.....	55
b. La communication vers l'extérieur.....	56
C. 2010 : l'Hôpital de Jour médico-chirurgical.....	57
1. Présentation de l'Hôpital de Jour médico-chirurgical	58
2. Une opportunité en termes d'activité et de qualité pour le CHA.....	59
a. Une opportunité de développement de l'activité.....	59
b. Une qualité de prise en charge du patient améliorée.....	60
<u>Conclusion.....</u>	61
Bibliographie.....	62
Liste des tableaux.....	67
Liste des annexes.....	I
<u>Développement de la chirurgie ambulatoire.....</u>	14
Cadre14	
Historique.....	14
*En 2006, interventions ambulatoires réalisées au Bloc central.....	14
Contexte.....	14
Faits générateurs	14
* Une structure non optimisée, des créneaux opératoires vacants.....	14
* Des potentiels de substitution, de regroupement et de développement.....	14
Finalité.....	14
Objectifs Principaux	14
* optimiser la structure ambulatoire actuelle.....	14
Risques.....	14
Contraintes	14
- délais impartis	14
Méthode.....	14
Stratégie.....	14

Groupes de travail.....	15
i. Création d'un groupe de travail chargé d'instruire les thèmes suivants :.....	15
Participants.....	15
Secrétariat général : Tél 03 20 48 33 25.....	15
.....	17

Liste des sigles utilisés

AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAES	Agence nationale de l'accréditation et évaluation en santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASA	American Society of Anesthesiologists
BDHF	Banque de Données Hospitalière de France
CHA	Centre Hospitalier d'Armentières
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CM 24	Catégorie majeure de diagnostic
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
EPU	Enseignement post-universitaire
ETP	Equivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de jour médico-chirurgical
IADE	Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery
IBODE	Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MeaH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
OCDE	Organisme de Coopération et de Développement Economique
PH	Praticien Hospitalier
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RSS	Résumé de sortie standardisé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire
ZAP	Zone d'Attractivité Principale

Introduction

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation dite traditionnelle avec hébergement. Elle permet au patient de regagner son domicile le jour même de l'intervention. Une définition usuelle a été posée par la Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée, lors d'une conférence de consensus, en 1993 : « par chirurgie sans hospitalisation, plus communément appelée chirurgie de jour ou chirurgie ambulatoire, on entend les actes chirurgicaux et/ou d'exploration programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission »¹.

Le Centre Hospitalier d'Armentières s'inscrit dans la réflexion actuelle sur le développement de la chirurgie ambulatoire en France. Le bloc opératoire et l'hospitalisation de jour médico-chirurgicale sont au cœur de son plan directeur architectural qui a fait l'objet d'un dossier déposé dans le cadre du « Plan Hôpital 2012 ». Le Centre Hospitalier d'Armentières est situé sur le territoire de la Flandre Lys, entre la métropole lilloise et le Dunkerquois. Il est séparé du CHU de Lille par quinze kilomètres mais constitue la seule offre hospitalière (hors psychiatrie assurée par l'EPSM d'Armentières) de l'agglomération, sans concurrence privée directe. Le CHA a été positionné par l'ARH comme hôpital référent de ce territoire et souhaite maintenir cette position.

Il compte 635 lits et 1067 agents (personnels médical et non médical) et offre des soins de court, moyen et long séjour ainsi que de gériatrie sur deux sites différents.

Depuis fin 2003, le CHA propose à ses patients des prises en charge au sein d'un service de chirurgie ambulatoire de quatre places installées. En janvier 2007, le nouveau Directeur a décidé de lancer la phase 1 du projet médical d'Etablissement pour les années 2007-2012, en vue du dépôt du document socle du contrat d'objectifs pluriannuel, signé avec l'ARH en juin 2007. Cette phase a été accompagnée par un consultant qui a permis aux professionnels de l'établissement de définir des priorités de développement et d'établir les plans d'actions permettant d'atteindre les objectifs fixés.

Dans ce document figurent l'optimisation de la structure ambulatoire à court et moyen termes, et l'ouverture d'un hôpital de jour médico-chirurgical de douze places en 2010.

Dans cette optique, le Directeur a souhaité qu'un bilan de la chirurgie ambulatoire soit réalisé afin de définir les modalités de son développement à court et moyen termes.

¹ Conférence de consensus. La chirurgie sans hospitalisation. Sous l'égide de la Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée. Paris 22, 23, 24 mars 1993.

J'ai été chargée, en tant qu'élève directeur d'hôpital, de mener cette étude et d'élaborer des propositions de développement de cette activité au sein de l'établissement. Ce mémoire retrace la conduite de projet que j'ai menée pendant plusieurs mois, de la réalisation d'un bilan à la mise en œuvre d'un plan d'actions.

La problématique centrale du travail mené sur le terrain a consisté à définir, à partir d'une étude précise de la situation, quels axes de développement de la chirurgie ambulatoire étaient à privilégier. La question posée est donc : « Quel développement de la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier d'Armentières, hôpital référent de secteur ? ».

Cette problématique générale m'a amenée à m'interroger sur l'émergence de la chirurgie ambulatoire comme axe stratégique du plan directeur du CHA -analyse des enjeux, à étudier la nature et les modalités d'un développement, ses répercussions au sein de l'établissement -analyse des processus, et à conduire un projet.

Deux temps caractérisent cette conduite de projet. Dans un premier temps, j'ai réalisé un audit de l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 2003. Pour cela j'ai procédé à des entretiens individuels semi-directifs avec vingt-quatre professionnels de l'établissement, chirurgiens, anesthésistes, cadres supérieurs de santé et cadre de santé, et j'ai réalisé une enquête téléphonique ciblée auprès des patients accueillis dans le service de chirurgie ambulatoire en janvier 2007. Pour l'analyse de l'activité, j'ai travaillé avec l'outil PMSI Pilot et des données disponibles sur les sites Internet de la BDHF et de Platines. Dans un second temps, la présentation des résultats de l'audit m'a conduite à la constitution et à l'animation d'un groupe de travail chargé de réfléchir à la faisabilité et à la mise en œuvre des pistes d'amélioration possibles. Ce travail a coïncidé avec la coordination qui m'a été confiée du plan d'actions n°6 du projet médical phase 1, à savoir « L'optimisation de la structure ambulatoire actuelle ». Le rapport de la MeaH sur le développement de la chirurgie ambulatoire a constitué une source de données intéressante dans cette étape de mon travail, pour la formulation de recommandations sous forme de propositions. Des contacts avec deux autres Centres Hospitaliers de la région m'ont apporté des éléments de comparaison.

Parallèlement à la conduite de ce dossier, le travail réalisé sur la chirurgie ambulatoire m'a permis de contribuer à la fois au dossier de renouvellement de l'autorisation de chirurgie ambulatoire en juillet, et à la rédaction d'argumentaires pour la création de l'hôpital de jour médico-chirurgical dans le dossier « Plan Hôpital 2012 » remis à l'ARH Nord-Pas-de-Calais le 30 septembre 2007.

La conduite de ce projet, avec ses difficultés et ses réussites, constitue à mon sens, une excellente expérience pour une future directrice d'hôpital.

Ce mémoire retrace cette expérience. J'y présente dans une première partie ce qu'est la chirurgie ambulatoire avant d'aborder la seconde partie, fruit de l'étude et de l'analyse de l'organisation et de l'activité de chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier d'Armentières. La troisième partie est consacrée aux solutions apportées pour réussir un développement de la chirurgie ambulatoire dans l'établissement, à court, moyen et long termes.

I. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE, UNE ACTIVITE CENTREE SUR LE PATIENT, A DEVELOPPER

La littérature consacrée à la chirurgie ambulatoire se développe beaucoup depuis l'enquête nationale menée par la CNAMTS de 2001 à 2003 sur cette activité. Pensée et centrée autour du patient, elle est moins développée en France que dans d'autres pays alors qu'elle présente de nombreux intérêts à la fois pour la population, les professionnels et les établissements de santé. Gageons que la place récemment prise dans les orientations sanitaires nationales par la chirurgie ambulatoire et ses enjeux, permettra un développement significatif de la pratique dans les établissements publics de santé français, après l'implication de l'hospitalisation privée dans cette offre de soins.

A. Une activité de chirurgie centrée sur le patient et réglementée

Si les définitions de la chirurgie ambulatoire peuvent être différentes selon les pays, le concept organisationnel centré sur le patient est la constante. En France, l'activité de chirurgie ambulatoire est réglementée précisément depuis 1992. Plusieurs types d'organisations sont néanmoins possibles.

1. Une activité centrée sur le patient pour une prise en charge de qualité

« L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation ». Cette phrase prononcée par Claude De Lathouwer lors du 3^{ème} congrès international de chirurgie ambulatoire en 1999 résume la philosophie originelle de la chirurgie ambulatoire. Son organisation se construit en rupture avec la pratique de l'hospitalisation conventionnelle où le patient dépend des événements générés par les

différents services de l'établissement de santé (admission, radiologie, bloc opératoire, etc.). Dans le cas de la chirurgie ambulatoire, l'organisation se centre sur le patient.

La mise en place de ce type d'organisation implique l'existence d'une équipe pluridisciplinaire associant des compétences chirurgicales, anesthésiques, soignantes et administratives. Elle se traduit également par une unité de lieu de la prise en charge, un accueil personnalisé, avec des horaires déterminés, la présence d'un accompagnant, et la plupart du temps, un confort hôtelier certain. Le fait qu'il s'agisse d'une prise en charge de patients qui ne sont pas forcément malades explique, pour partie également, qu'ils ne soient pas hospitalisés au sens conventionnel du terme.

En plus d'être au cœur de l'organisation, le patient est acteur de sa prise en charge. Il est en effet responsabilisé sur l'ensemble de son parcours de soins, en particulier sur la phase pré-hospitalière (consignes telles que la douche, etc.) et post-hospitalière (présence obligatoire d'un accompagnant la nuit qui suit l'intervention, etc.).

La décision chirurgicale et anesthésique dépend également du patient. Si certains gestes ont été définis comme étant des gestes « marqueurs » de la chirurgie ambulatoire (enquête nationale inter-régimes de la CNAMTS), c'est-à-dire susceptibles d'être réalisés en ambulatoire, aucune norme ne s'impose à la pratique. La prise en charge ambulatoire réside en fait dans la capacité qu'a le patient à assumer ce type de prise en charge. Les critères de cette capacité sont de différents ordres.

Ils sont médicaux, le risque anesthésique est alors l'indicateur de référence. Seuls les patients classés ASA 1 -patient en bonne santé, ASA 2 -patient avec une maladie générale modérée ou ASA 3 -patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante, peuvent bénéficier d'une chirurgie ambulatoire.

Ils sont psycho-sociaux, la Société Française d'Anesthésie Réanimation recommande que le patient soit accompagné à sa sortie par une personne qui s'engage à demeurer à ses côtés lors de la nuit qui suit l'intervention, que le patient dispose d'un téléphone, qu'il ne conduise pas dans les 24 heures suivant l'intervention, que son domicile soit à proximité d'un centre de soins, et que le patient présente certaines dispositions psychologiques. Parfois, la prise en charge ambulatoire est écartée du fait même du refus du patient d'en bénéficier.

Toute prise en charge d'un patient en ambulatoire se fonde donc sur une organisation centrée sur le patient, et sur le choix du patient. Ces deux éléments caractérisent une prise en charge de haute qualité, évidente dans les enquêtes de satisfaction réalisées auprès de patients ayant bénéficié d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire. L'enquête réalisée par téléphone par les médecins conseils de l'Assurance Maladie en 2003, auprès de 30 000 patients, indique par exemple que plus de 90% des personnes interrogées se déclarent satisfaites de ce mode de prise en

charge. Une enquête de 2007² souligne qu'une très large majorité de Français (81%) serait prête à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire.

2. Une activité réglementée et soumise à autorisation

En France, la loi hospitalière de 1970 a introduit les alternatives à l'hospitalisation. La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 reconnaît le concept de chirurgie ambulatoire. Des décrets et arrêtés d'application interviennent en 1992, 1993, 1994 et 1999.

Les trois décrets du 2 octobre 1992 précisent en particulier le cadre juridique de l'organisation de l'offre en indiquant les modalités d'autorisation, les activités réalisables dans ces structures et leurs conditions techniques de fonctionnement.

L'arrêté de janvier 1993 définit les caractéristiques organisationnelles, fonctionnelles et techniques du secteur opératoire requis pour les unités de chirurgie ambulatoire. Il introduit également la notion de médecin coordonnateur.

Le dispositif réglementaire du 2 octobre 1992 est actualisé par un décret et arrêté du 31 mai 1999 établissant des mesures incitatives au profit des structures qui développent une activité de chirurgie ambulatoire –par l'intermédiaire du taux de change liant nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle et places de chirurgie ambulatoire.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime la carte sanitaire et la notion d'autorisation en lits et places, donc le taux de change (introduit en 1992) au bénéfice d'une autorisation reposant exclusivement sur une activité de soins, y compris en ambulatoire.

L'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO, crée un cadre tarifaire strict en posant des conditions pour qu'une prise en charge fasse l'objet d'une facturation de GHS. Si les conditions ne sont pas remplies, la prise en charge ne donne lieu qu'à facturation de consultations.

Sur le plan administratif, un établissement souhaitant créer une unité de chirurgie ambulatoire doit présenter un dossier de demande d'autorisation, soumis à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ainsi qu'au Comité Régional de l'Organisation Sanitaire.

Sur le plan de l'organisation des soins, la réglementation assure la permanence des soins en fixant une liste de personnel qui doit être présent pendant les heures d'ouverture de la structure : un médecin qualifié, un infirmier pour cinq patients présents, un médecin anesthésiste réanimateur et deux infirmiers supplémentaires pendant la

² Enquête réalisée par Ipsos les 16 et 17 février 2007

durée d'utilisation du secteur opératoire. Le bloc opératoire et la salle de réveil peuvent être en commun avec le secteur d'hospitalisation classique. En revanche, les locaux d'accueil et de repos doivent être distincts, de même que les circuits empruntés par les patients.

3. Des structures de chirurgie ambulatoire variées

Les unités de chirurgie ambulatoire peuvent exister sous différentes formes.

Il peut s'agir tout d'abord de centres intégrés. Ils représentent un secteur de l'activité hospitalière. Ces centres sont fréquents dans les hôpitaux puisqu'il peut être difficile de créer un espace pour l'accueil, un secrétariat et un personnel spécialement dédié à la chirurgie ambulatoire. Ils permettent souvent que les interventions chirurgicales ambulatoires soient réalisées dans les mêmes salles opératoires que les interventions conventionnelles.

Il peut s'agir ensuite de centres satellites. Dans ce cas, il s'agit de centres ambulatoires situés dans l'hôpital mais avec un fonctionnement indépendant, une prise en charge ambulatoire spécifique et un personnel spécialement formé.

Enfin, des centres indépendants se développent, souvent spécialisés dans des prises en charge ambulatoires spécifiques. A titre d'exemple, Strasbourg et Lesquin disposent d'un centre spécialisé dans la chirurgie de la main. Ces structures sont souvent autonomes et appartiennent au secteur privé.

B. Une activité plus largement développée dans les pays de l'OCDE qu'en France

1. Historique du développement de la chirurgie ambulatoire

Selon Gérard PARMENTIER³, trésorier de l'IAAS (International Association For Ambulatory Surgery), « les tenants de la chirurgie ambulatoire aiment à dire que son origine se trouve dans l'expérience de James H. NICOLL au tout début du siècle, à Glasgow », en 1909. Cependant, ce n'est qu'à partir de 1955 avec la publication par FARQUHARSON d'une étude rapportant la cure de hernie inguinale sous anesthésie locale et sur le mode ambulatoire chez plus de six cents patients, que des expériences de chirurgie ambulatoire se développent. Dans les années 1980, la pratique connaît une véritable croissance aux Etats-Unis. Dès 1995, grâce aux études comparatives des pratiques et du niveau de développement selon les pays, réalisées par l'IAAS, les

³ Dans le rapport 2003 de la CNAMTS

disparités entre pays de l'OCDE sont mises en évidence. Les pays possédant les taux moyens les plus élevés d'actes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire, en 1997, sont les Etats-Unis (94%), le Canada (85%), le Danemark (78%), et la Nouvelle-Zélande (70%). Dans cette étude, la France, avec 30%, devance uniquement l'Italie (22%) et le Portugal (10%)⁴.

Cependant, l'ensemble de ces pays ne dispose pas d'une définition unique de ce qu'est la chirurgie ambulatoire. A titre d'exemple, certaines définitions admettent une nuit d'hospitalisation et d'autres pas, certaines comprennent parfois les actes d'exploration et parfois non. Les résultats présentés pourraient donc être nuancés de par l'absence d'un périmètre d'étude unique, mais les grandes tendances indiquées sont bien réelles.

2. Le retard et le récent développement français

En France, c'est avec la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et ses décrets et arrêtés d'application que la chirurgie ambulatoire est officialisée en tant que « structure alternative à l'hospitalisation ». Avant cette loi, la pratique se développait en dehors de tout cadre juridique. Depuis la fin des années 1990, deux grands rapports consacrés à la chirurgie ambulatoire ont mis en évidence, dans leurs états des lieux du développement de la pratique en France, le retard pris par notre pays comparativement aux voisins européens ou à d'autres pays de l'OCDE.

Dans un rapport de mai 1997 intitulé « La chirurgie ambulatoire », l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé indique ainsi qu'en France, la chirurgie ambulatoire représente en 1997, 5% du volume d'activité en secteur hospitalier public et 30% en secteur privé.

Dans son rapport de 2003 consacré aux conditions du développement de la chirurgie ambulatoire, la CNAMTS dresse un état des lieux de la chirurgie ambulatoire en 1999 et montre l'important potentiel de substitution existant dans nos établissements de santé.

Depuis ces deux rapports, des états des lieux de la pratique sont régulièrement réalisés. Récemment, à l'occasion de la présentation des comptes prévisionnels de la sécurité sociale et des mesures de redressement de l'Assurance Maladie du 4 juillet 2007, les progrès réalisés depuis la fin des années 1990 ont été salués et illustrés par un graphique d'évolution positive du recours à la chirurgie ambulatoire pour les exemples de la cataracte, de l'arthroscopie du genou et du canal carpien entre 1998 et 2005. Cependant, la Commission des comptes de la Sécurité sociale nuance son propos puisque, en dépit des progrès réalisés, la France accuse encore un retard important et présente de fortes disparités régionales.

⁴ Etude intitulée « How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends ? »

La même analyse a été livrée par le Dr Jacques GIORDAN, Président de l'AFCA, lors du colloque de clôture du chantier de la MeaH consacré à la chirurgie ambulatoire le 19 juin 2007. Le graphique qu'il a présenté souligne en effet que le rythme de progression en France ne permet pas de rattraper le niveau atteint par la plupart de nos voisins européens ou d'autres puissances telles que les Etats-Unis ou le Canada. Le Président de l'AFCA insiste ainsi sur les marges de développement « considérables » qui s'offrent à la chirurgie ambulatoire en France, où « 45% de la chirurgie potentiellement ambulatoire est faite effectivement sous ce mode de prise en charge » en 2007.

Le Dr BAZIN, lors de la journée nationale de la chirurgie organisée par la FHF le 20 juin 2007, soulignait dans le même sens, qu'en 2006, deux millions et demi de patients éligibles à l'ambulatoire avaient été pris en charge en hospitalisation conventionnelle et qu'avec un potentiel de cinq millions d'actes par an, les 7243 places disponibles en France ne représentaient qu'un tiers des capacités nécessaires.

3. Les disparités constatées en France

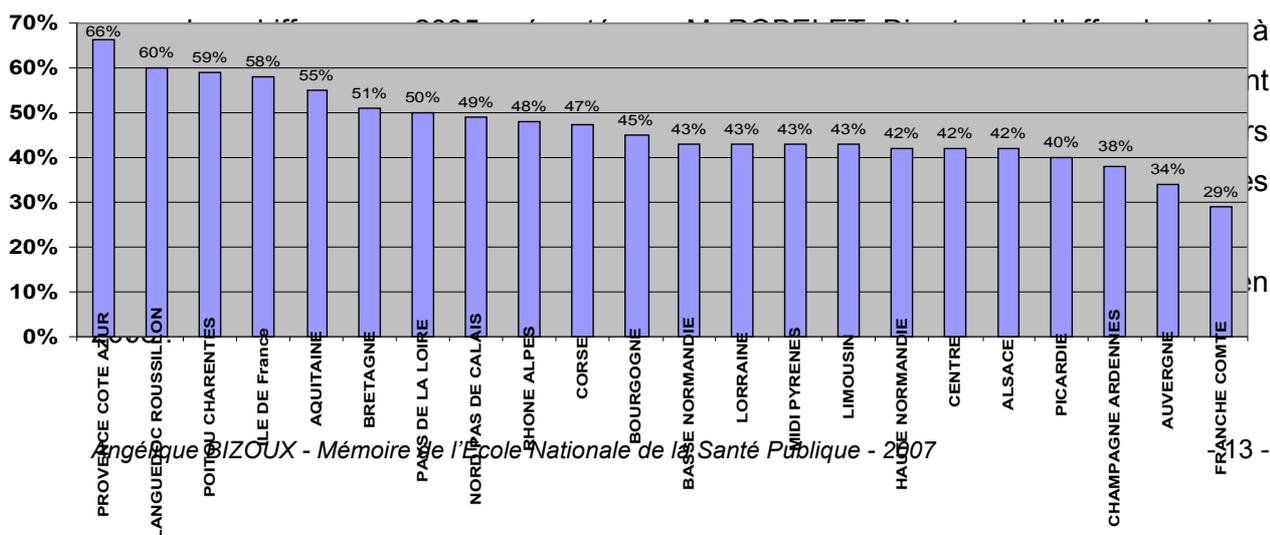
Outre le retard pris dans la pratique de la chirurgie ambulatoire en France, de fortes disparités se manifestent entre régions, et entre secteurs public et privé.

a. Des disparités régionales

Le rapport de la CNAMTS souligne « des variations importantes » observées entre les régions en termes de capacités, et par conséquent d'activité de chirurgie ambulatoire. A titre d'exemple, et hors Département d'Outre Mer, le nombre de places d'anesthésie-chirurgie ambulatoire installées pour 100 000 habitants variait entre sept (Lorraine, Alsace et Franche-Comté) et dix-huit (Provence Alpes Côte d'Azur), en 1999.

En termes de taux, ce rapport met également en évidence des résultats dispersés. Ainsi les taux observés de la chirurgie de la cataracte sont compris entre 11.1% en Haute Normandie et 58% en Poitou Charentes.

Taux d'ambulatoire des 5 gestes marqués les plus fréquents selon les régions en 2005



Les régions les plus en retard tous secteurs confondus sont la Champagne-Ardenne, l'Auvergne et la Franche-Comté.

Les régions les plus en avance tous secteurs confondus sont la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Languedoc-Rousillon et le Poitou-Charentes.

La région Nord-Pas-de-Calais, avec un taux de 49%, se situe au-delà du taux moyen qui s'établit à 46,7%.

b. Une dichotomie public-privé

Le rapport de la CNAMTS indique également un « déséquilibre entre les deux secteurs de financements » puisque, en 1999, le secteur sous objectif quantifié national disposait de 81% des places d'anesthésie/chirurgie ambulatoire installées et réalisait 87% des interventions chirurgicales en ambulatoire, alors que le secteur sous Dotation Globale comportait 19% des places installées et réalisait 13% des interventions chirurgicales en ambulatoire.

En termes de taux de recours à la chirurgie ambulatoire, une différence de pratique notable existe également entre le secteur public et le secteur privé sur l'ensemble des 18 gestes réalisables en chirurgie ambulatoire les plus fréquents : 33% de ces actes sont réalisés en ambulatoire dans le public contre 46% pour le secteur privé. L'harmonisation de ces pratiques apparaît donc nécessaire, dès 2003.

La présentation d'Andrée BARRETEAU lors de la journée nationale de la chirurgie 2007 de la FHF, met en évidence une dichotomie public-privé encore très prégnante en 2005. En effet, 21% des venues ambulatoires, soit 639 038 venues, ont lieu dans des établissements de santé publics contre 79%, soit 2 472 941 venues, dans des

établissements privés. Ces chiffres soulignent un très léger rattrapage du secteur public depuis 1999, mais le fossé reste conséquent.

C. Une activité stratégiquement et financièrement attractive

Les enjeux que représente la chirurgie ambulatoire sont principalement de deux ordres. Ils sont d'abord stratégiques et s'appuient essentiellement sur des prises en charge de haute qualité. Ils sont ensuite financiers, puisque la chirurgie ambulatoire est synonyme de moindres coûts. Ces enjeux contribuent à la mise en place de politiques incitatives au développement de la chirurgie ambulatoire.

1. L'enjeu stratégique du développement de la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire est stratégique en ce qu'il est un enjeu d'excellence pour les établissements de santé et pour la France, au service d'une prise en charge optimale du patient.

La pratique de la chirurgie ambulatoire suppose la réunion de plusieurs critères très exigeants, et stimule les équipes pour que la prise en charge des patients soit optimale. La collaboration entre différents métiers de l'hôpital, la responsabilisation du patient, la réduction du risque d'infection nosocomiale⁵ ou l'articulation entre la ville et l'hôpital sont autant de facteurs qui permettent aux établissements de se positionner en producteurs de soins d'excellence. D'après M.ROBELET, Directeur de l'Offre de soins à la CNAMTS, la chirurgie ambulatoire constitue également l'avenir de la chirurgie publique, et un facteur de dynamisme pour les établissements de santé puisqu'il voit « une corrélation entre l'existence d'une activité ambulatoire et le dynamisme de l'activité chirurgicale d'un établissement »⁶.

Le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé français permettra, à terme, à la France de rattraper son retard par rapport à ses voisins européens et à d'autres pays de l'OCDE, et de proposer une offre de soins développée, moderne et d'excellence.

⁵ Selon le rapport réseau INCISO 2006, les infections nosocomiales opératoires sont cinq fois moins importantes en chirurgie ambulatoire qu'en hospitalisation complète

⁶ Intervention de JP.ROBELET lors de la Journée nationale de la chirurgie organisée par la FHF le 20 juin 2007.

2. L'enjeu financier de ce développement

La chirurgie ambulatoire est également synonyme de moindres coûts, et fait l'objet de mesures incitatives.

L'enquête sur la chirurgie ambulatoire du Programme national inter-régimes de 2003 met en évidence que, concernant les dépenses globales moyennes à la charge de l'Assurance Maladie, les séjours pris en charge en ambulatoire coûtent moins cher à l'Assurance maladie que les séjours pris en charge en hospitalisation complète, quelle que soit l'intervention chirurgicale. L'étude indique un différentiel dans le secteur public de -25% à -51%. A partir des informations du PMSI 2001, et en prenant en compte uniquement les cinq activités chirurgicales ciblées par l'étude (chirurgie de la cataracte, arthroscopie du genou avec méniscectomie, décompression du nerf médian au niveau du canal carpien, extraction de deux dents de sagesse sous anesthésie générale et intervention unilatérale pour varices du membre unilatéral), les économies potentielles à la fois pour le secteur public et le secteur privé, ont été estimées entre 64 et 101 millions d'euros au plan national.

Des mesures en vue d'inciter au développement de cette prise en charge sont, depuis, mises en application. En 2007, des mesures tarifaires incitatives ont été imaginées et appliquées, et les contrats Etat / ARH ont inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire comme une priorité. Cette priorité a été reprise dans les SROS III : parmi les orientations de la circulaire du 5 mars 2004 sur les SROS III figure « le développement de la chirurgie ambulatoire ». De même, une des six grandes orientations de la politique hospitalière de l'Assurance Maladie pour 2006-2007 est « le développement des alternatives à l'hospitalisation ». Pour 2008, l'outil tarifaire sera de nouveau utilisé.

II. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHA : ENTRE BILAN ET VOLONTE DE DEVELOPPEMENT

La présentation précédente a démontré les nombreux avantages de la chirurgie ambulatoire. Le Centre Hospitalier d'Armentières, convaincu de son intérêt tant pour les patients que pour l'établissement, a ouvert un service de chirurgie ambulatoire en 2003. Aujourd'hui, quatre ans après sa création et avant la construction d'un hôpital de jour médico-chirurgical, le nouveau chef d'établissement a souhaité la réalisation d'un bilan de cette activité pour dégager les pistes d'amélioration possibles et poursuivre son développement. Je présente ci-après les résultats de mon étude. Elle a porté sur l'analyse

de l'organisation, sur l'analyse de l'activité et enfin sur l'analyse des enjeux que représente le développement de la chirurgie ambulatoire pour l'établissement.

A. Analyse de l'organisation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire au CHA

Depuis son ouverture en 2003, le service de chirurgie ambulatoire a connu des évolutions destinées à l'adapter aux besoins de la prise en charge des patients.

Quel bilan peut-on faire en 2007 ?

i. Un service de chirurgie ambulatoire ouvert en 2003

1. Contexte et historique de la création du service de chirurgie ambulatoire

Le CHA a décidé de créer une structure de chirurgie ambulatoire dès 2000. Il a mené une étude de faisabilité et demandé l'autorisation pour créer une unité de chirurgie ambulatoire de quatre places. Un dossier a été présenté en mai 2002 par le Chef d'Etablissement, soutenu par le Dr CANEVET, anesthésiste-réanimateur, le Dr DUVAL, chirurgien viscéral et M.BATELI, Cadre supérieur de Santé responsable des structures chirurgicales.

Cette demande d'autorisation et ce souhait de créer un service de chirurgie ambulatoire s'appuyaient sur une analyse précise, relayée par plusieurs arguments.

Tout d'abord, cette demande s'inscrivait pleinement dans les objectifs du Contrat d'Objectifs et de Moyens signé le 4 juillet 2000 avec l'ARH qui prévoyait la création de quatre places de chirurgie ambulatoire par conversion de six lits, dans le respect de la carte sanitaire.

Ensuite, des prises en charge ambulatoires étant déjà réalisées sans véritable parcours de soins ambulatoires identifié (les patients étant hébergés dans des chambres des services de chirurgie conventionnelle), la création d'une unité de chirurgie ambulatoire contribuait à la mise en place d'un parcours de soins ambulatoire spécifique, optimal pour la prise en charge des patients.

Pour continuer, l'analyse de l'activité effectuée mettait en évidence des potentiels de substitution de nombreux actes chirurgicaux pratiqués dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle par de la chirurgie ambulatoire (selon l'étude du médecin DIM de l'établissement en 2000 : 1200 à 1400 RSS répertoriés en 1998).

Enfin, d'un point de vue stratégique, la création d'une unité de chirurgie ambulatoire était judicieuse puisque le CHA n'était concurrencé ni par l'hospitalisation privée -les cliniques les plus proches étant géographiquement assez éloignées puisque situées sur la métropole lilloise, ni par les établissements publics environnants qui n'offraient pas à la population de la Flandre Lys ce type de prise en charge.

Une autorisation a été accordée par la Commission exécutive de l'ARH Nord-Pas-de-Calais le 5 novembre 2002 pour la création de deux places de chirurgie ambulatoire par transformation de six lits d'hospitalisation complète.

Après la visite de conformité, le service de chirurgie ambulatoire a ouvert en novembre 2003.

2. Spécialités concernées et organisation

Le service de chirurgie ambulatoire nouvellement créé comprend en 2003, une salle opératoire, quatre places d'hébergement et un secrétariat. Les patients et leurs accompagnants peuvent utiliser un parking dédié, dont l'accès est facilité par un fléchage précis au sein et aux abords de l'établissement.

Les spécialités offrant aux patients des prises en charge ambulatoires sont l'ophtalmologie, l'ORL, la chirurgie viscérale et vasculaire, la chirurgie traumatologique et orthopédique, la gynécologie et la gastro-entérologie.

Les principaux gestes réalisés sont, par spécialité :

- Pour l'ophtalmologie : des interventions sur le cristallin
- Pour l'ORL : des amygdalectomies et adénoïdectomies
- Pour la chirurgie viscérale et vasculaire : des phimosis, des hernies, des interventions veineuses, des ablations de kystes
- Pour la chirurgie traumatologique et orthopédique : des libérations de canaux carpiens, des ablations de matériel, des arthroscopies, des ablations de kystes
- Pour la gynécologie : des hystérosopies
- Pour la gastro-entérologie : des endoscopies ne présentant pas de difficulté particulière

Le service est ouvert de 7h à 18h, du lundi au vendredi, fermé pendant les vacances scolaires.

Quatre patients peuvent être pris en charge par jour (une convocation à 7h15, deux à 7h30 et une à 7h45). Les créneaux opératoires sont répartis par spécialité, selon un planning établi en concertation entre tous les chirurgiens (cf. [Annexe 1](#)). Un planning informatique partagé, permettant de renseigner les interventions prévues chaque jour, est

disponible via l'intranet. Les opérateurs se sont accordés sur une règle permettant à chaque chirurgien d'occuper un créneau non dédié à sa spécialité, mais non encore réservé sept jours avant la date concernée.

Le circuit patient est le suivant :

- Consultation chirurgicale au cours de laquelle le chirurgien propose au patient une prise en charge ambulatoire
- Consultation anesthésique (dans les quinze jours précédant une intervention) au cours de laquelle l'anesthésiste donne son accord ou non pour ce type de prise en charge, et remet au patient un document exposant les principes de la chirurgie ambulatoire et les indications à respecter (préparation cutanée, nécessité d'un accompagnant pour le jour de l'intervention et la nuit qui suit, etc.). Un rendez-vous est donné au patient pour l'intervention à partir du planning partagé des créneaux opératoires des spécialités pratiquant l'ambulatoire.
- Le jour de l'intervention, le patient est accueilli par une aide-soignante qui lui fait prendre une douche pré-opératoire et effectue la préparation cutanée. L'infirmière se charge de la pré-médication demandée par l'anesthésiste. L'anesthésiste effectue une consultation pré-opératoire et donne son accord pour l'intervention. Une fois l'intervention chirurgicale réalisée, le patient est accueilli dans une chambre particulière, il peut sortir lorsque le chirurgien et l'anesthésiste ont émis un avis favorable au retour au domicile. Il sort avec un compte-rendu opératoire.
- Au cours de la nuit suivant l'intervention, le patient doit être accompagné. En cas de problème, il peut appeler son médecin traitant ou l'anesthésiste de garde (les numéros de téléphone utiles sont indiqués sur le document remis par l'anesthésiste).
- Le lendemain, le patient doit appeler le secrétariat du service de chirurgie ambulatoire pour confirmer que tout va bien, s'il ne le fait pas, la secrétaire téléphone à son domicile pour s'en assurer.
- Des rendez-vous pour une visite de contrôle sont systématiquement pris.

Il arrive, rarement, que des interventions soient reportées, parce que l'anesthésiste ne juge pas satisfaisante la consultation pré-opératoire, parce que le patient n'est pas à jeun, ou indisposé (cas fréquent chez les enfants).

ii. Evolutions depuis 2003

Le service de chirurgie ambulatoire a connu deux évolutions majeures depuis son ouverture pour répondre aux principales difficultés rencontrées dans son fonctionnement. Le planning de répartition des créneaux entre spécialités a été modifié plusieurs fois, et les interventions chirurgicales sont réalisées, depuis septembre 2006, au bloc central et non plus au bloc du service de chirurgie ambulatoire.

a. Des changements de créneaux horaires

Après l'ouverture du service, plusieurs difficultés ont conduit à une, puis des révisions du planning de répartition des créneaux opératoires ambulatoires. La huitième version date de janvier 2007 (cf. annexe 2). Le groupe de travail dont je fais partie, lancé en juillet 2007, a élaboré une neuvième version, soumise actuellement à l'approbation de l'ensemble des chirurgiens, et innovante dans la mesure où elle offre des créneaux supplémentaires aux opérateurs (cf. annexe 3). Ce point sera développé ultérieurement.

Les causes de ces nombreuses modifications sont multiples.

Certains créneaux étaient jusqu'à présent systématiquement inutilisés car les opérateurs à qui ils étaient attribués ne pouvaient les occuper (jour de consultation, jour de vacation dans un autre établissement, etc.), certains opérateurs manquaient de créneaux (en ophtalmologie notamment), et en gynécologie seul un praticien réalisait des actes en ambulatoire. Le planning a donc fait l'objet de plusieurs modifications pour être au plus près des besoins de chacun des opérateurs. Depuis la version n°2, la gynécologie n'a plus de créneaux opératoires ambulatoires. Les patientes prises en charge en gynécologie ambulatoire sont accueillies dans le service de gynécologie et l'acte opératoire est réalisé au bloc maternité.

Autre adaptation tendant à l'optimisation de la structure ambulatoire, depuis 2006, le service est ouvert pendant les vacances scolaires. La fermeture pendant ces périodes était un frein pour l'activité du service, mais également pour son attractivité puisque, ne pouvant obtenir de rendez-vous pendant une période adaptée à leur organisation personnelle -les vacances scolaires correspondant pour une majorité à des périodes de congés, des patients prenaient rendez-vous dans d'autres établissements.

b. Un rapatriement des actes de chirurgie ambulatoire au bloc central

Dans un souci de mutualisation de moyens, la décision a été prise d'effectuer les actes opératoires ambulatoires au bloc central et non plus au bloc du service de chirurgie ambulatoire dès septembre 2006. En effet, pour faire fonctionner le bloc de ce service,

une équipe complète (anesthésiste, IADE, IBODE) était nécessaire ; or, en 2006, les temps de repos de sécurité se combinant avec les vacances effectuées par certains anesthésistes dans un établissement public de santé voisin, il n'était plus possible de détacher un anesthésiste au bloc du service de chirurgie ambulatoire.

La salle 4 du bloc central est depuis lors dédiée à la chirurgie ambulatoire tous les jours de 8h30 à 12h30. L'hébergement est assuré dans le service de chirurgie ambulatoire.

Le bloc du service de chirurgie ambulatoire accueille désormais les interventions sous anesthésie locale l'après-midi, alors que précédemment ces interventions étaient réalisées en fin de programme au bloc central. En termes d'hygiène et de qualité des soins, la solution actuelle semble être meilleure que la précédente.

Certains praticiens regrettent néanmoins ce rapatriement qui ôte une salle au programme conventionnel.

iii. Points forts et points faibles de l'organisation actuelle

J'ai pu établir un état des lieux de l'organisation actuelle de la prise en charge ambulatoire à partir des entretiens (questionnaire en annexe 4) que j'ai réalisés avec quinze chirurgiens, trois anesthésistes, trois cadres supérieurs de santé et trois cadres de santé, à partir de ma visite du service de chirurgie ambulatoire et des ateliers chirurgicaux auxquels j'ai participé.

Dès le début de la mission qui m'a été confiée, j'ai établi un planning des rendez-vous à prendre. En anticipant d'éventuelles annulations de rendez-vous, notamment avec les médecins, j'ai pu réaliser l'ensemble de mes entretiens d'avril à juin. Aucune demande de ma part n'a été déclinée, même si la coopération s'est parfois avérée difficile.

J'ai présenté l'état des lieux réalisé lors d'une soirée consacrée au projet médical de l'établissement, le 11 juin 2007. Je l'avais accompagné de propositions d'amélioration et de suggestions pour la constitution d'un groupe de travail visant à optimiser la structure ambulatoire. Je développerai ces points dans la troisième partie de ce travail.

a. Points forts

L'organisation actuelle de la prise en charge ambulatoire des patients au Centre Hospitalier d'Armentières présente des atouts à la fois pour les patients eux-mêmes, but premier, et pour les personnels médicaux et non-médicaux.

Pour les patients, la cohérence du circuit patient existant, est un véritable gage de qualité et de sécurité de la prise en charge.

Le parcours de soins et le circuit patient ont été pensés pour répondre aux besoins des patients. L'accueil est personnalisé, le service propose des chambres particulières, l'hôtellerie est soignée. L'accès physique au service de chirurgie ambulatoire est facilité par un fléchage précis et un parking dédié. Les professionnels du service remettent aux patients des fiches explicatives. En effet, en sus du règlement intérieur, l'Etablissement dispose de fiches destinées aux patients afin de leur expliquer la prise en charge, leur prodiguer les conseils et recommandations nécessaires, etc. Ces fiches sont une garantie de qualité.

L'unité globale du lieu de la prise en charge a néanmoins été bouleversée par la réalisation des actes opératoires au bloc central. D'après les soignants et certains opérateurs, ce changement ne constitue pas une perte de qualité majeure pour le patient. Le bloc central est en effet très proche du service de chirurgie ambulatoire, maintenant une unité de lieu certaine. Le réveil est cependant moins calme dans la SSPI du bloc central qu'il ne l'était dans le bloc ambulatoire (cohabitation avec des malades plus lourds du bloc central).

Grâce à une enquête téléphonique réalisée sur un échantillon de patients accueillis dans le service de chirurgie ambulatoire en janvier 2007 (quinze patients interrogés sur cinquante-cinq accueillis), j'ai pu conforter l'idée que la qualité de la prise en charge en chirurgie ambulatoire est un point fort puisque 93,3% affirment être très satisfaits ou satisfaits de leur prise en charge et 73,3% déclarent vouloir de nouveau recourir à ce service en cas de nécessité d'intervention chirurgicale (le questionnaire est en annexe 5).

Chez les personnels médicaux et non médicaux, la prise en charge ambulatoire est très appréciée.

L'aspect positif essentiel est un meilleur contact avec le patient, une relation dans laquelle le patient est responsabilisé sur sa prise en charge.

Le fait que l'organisation évolue lorsque cela est nécessaire satisfait également les acteurs. La mutualisation des moyens ou la modification de la répartition des créneaux horaires ont permis d'améliorer la pratique professionnelle des différents personnels intervenant dans le service de chirurgie ambulatoire. A titre d'exemple d'amélioration des conditions de travail, les IADE sont satisfaits de pouvoir assurer la maintenance de tous les matériels depuis le bloc central, et de ne plus avoir à se déplacer d'un bloc à l'autre. La qualité de la maintenance s'en trouve également améliorée.

Pour les opérateurs, l'existence d'un planning ambulatoire partagé informatisé est également un point fort puisqu'il permet de connaître en temps réel les interventions ambulatoires programmées.

b. Points à développer

Malgré les points forts mis en évidence, l'organisation actuelle de la chirurgie ambulatoire présente des points à améliorer.

➤ *L'ambulatoire forain⁷*

La cohérence du circuit patient et l'unité de lieu de la prise en charge, fondements même de la prise en charge ambulatoire, sont parfois bouleversées. Il n'existe pas un circuit de prise en charge ambulatoire, mais deux. Certains patients bénéficient en effet d'une intervention chirurgicale sans nuitée d'hospitalisation mais ne sont pas accueillis dans le service de chirurgie ambulatoire sinon dans un des services de chirurgie conventionnelle. Malgré l'existence d'un service dédié, l'ambulatoire « forain » existe au Centre Hospitalier d'Armentières.

L'explication principale à ce phénomène, est, selon les chirurgiens interrogés, le manque de créneaux ambulatoires opératoires pour certaines spécialités, ou l'inadéquation de ces créneaux avec leur emploi du temps. Ils pratiquent donc des gestes ambulatoires en dehors des créneaux qui leur sont attribués et font accueillir leur patient dans leur service. Cependant, pour les cadres supérieurs de santé, cette explication est à relativiser puisque les créneaux ont été modifiés de nombreuses fois pour répondre aux besoins des opérateurs.

L'existence d'un deuxième circuit, où le patient arrive le matin même de son intervention dans un service de chirurgie conventionnelle, et y est accueilli après l'acte opératoire, implique une moindre qualité de la prise en charge pour le patient : l'accueil est moins personnalisé qu'il ne l'est dans le service dédié de chirurgie ambulatoire, la préparation est plus rapide, le patient ne peut pas toujours être hébergé dans une chambre particulière et son accompagnant ne peut donc pas être systématiquement présent à ses côtés, ce qui est contraire à l'affichage de la prise en charge ambulatoire. Enfin, la visite physique de l'anesthésiste dans le service peut exceptionnellement ne pas avoir lieu, l'autorisation de sortie n'est alors donnée que par le chirurgien après consultation téléphonique de l'anesthésiste. Le coup de fil du lendemain n'est en outre pas organisé par les services de chirurgie conventionnelle.

Ce deuxième circuit de prise en charge ambulatoire provoque également des effets néfastes pour le personnel soignant des services de chirurgie conventionnelle.

D'une part, une majorité de ces personnels n'est pas formée à la prise en charge ambulatoire.

⁷ Terme utilisé dans les rapports de la MeaH

D'autre part, l'arrivée des patients de chirurgie ambulatoire le matin représente une charge de travail difficilement absorbable et beaucoup de soignants se disent frustrés de ne pas pouvoir accueillir ces patients comme ils le souhaiteraient, par manque de temps.

Enfin, l'arrivée de ces patients dans un service implique pour le cadre, de bloquer des lits et donc d'être dans l'impossibilité de prendre en charge certains patients venant du Service des Urgences, c'est le cas en particulier pour le service de traumatologie qui travaille beaucoup avec le SAU. Il arrive en effet qu'un lit soit bloqué dès le vendredi soir pour le lundi matin. Les patients en provenance des Urgences et dont la durée moyenne de séjour sera de l'ordre de deux jours, seront accueillis, en revanche, si la DMS estimée est supérieure (pour une fracture du col du fémur par exemple), le patient ne pourra pas être accueilli faute de place théorique.

Certains soignants expriment également leur incompréhension de devoir accueillir des patients de chirurgie ambulatoire alors même qu'ils ont connaissance de la non occupation des lits du service de chirurgie ambulatoire pendant ce temps.

➤ *La rigidité dans l'utilisation des créneaux opératoires ambulatoires*

Certains opérateurs affirment, malgré les nombreux remaniements, que la répartition des créneaux opératoires ambulatoires n'est pas satisfaisante et les empêche donc de développer une activité ambulatoire. D'autres estiment que le nombre de créneaux qui leur est attribué n'est pas suffisant. Par exemple, pour une endoscopie réalisée en ambulatoire, un gastro-entérologue que j'ai rencontré le 2 mai 2007 m'a affirmé qu'une prise en charge n'était pas possible avant le 24 juillet 2007 alors qu'elle était possible avec hospitalisation conventionnelle courant mai.

Les opérateurs évoquent volontiers une rigidité de l'organisation actuelle. Ces affirmations sont difficilement vérifiables, et peut-être à relativiser puisque l'ensemble des chirurgiens ne partage pas cet avis, et surtout, puisque chaque nouveau planning de répartition des créneaux résulte d'un consensus entre des chirurgiens sensés représenter leur spécialité.

En revanche, une rigidité constatée est la non-réutilisation des créneaux laissés vacants dans les sept jours. Les chirurgiens évoquent plusieurs explications à cette non-réutilisation parmi lesquelles la difficulté d'obtenir un rendez-vous pour la consultation pré-anesthésique dans les sept jours et le refus des patients d'être opérés dans un délai aussi court. Une autre explication, que les chirurgiens n'avancent pas mais ne nient pas lorsque la question leur est posée, est que la majorité d'entre eux n'utilise pas le planning informatique de chirurgie ambulatoire et donc n'a pas connaissance des créneaux laissés vacants. Cette rigidité est très visible pendant les périodes de congés où les créneaux

laissés vacants restent inutilisés et où les taux d'occupation du service de chirurgie ambulatoire sont très faibles.

➤ *L'absence de définition du rôle du coordonnateur médical*

La coordination du service de chirurgie ambulatoire est assurée par le Dr KEITH, anesthésiste-réanimateur. Cependant, son rôle précis n'est pas défini et il affirme ne pas le connaître exactement. Le rapport de la MeaH sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire montre pourtant que cette définition est essentielle pour un fonctionnement optimal d'une structure de chirurgie ambulatoire. La structure ne dispose pas non plus d'indicateurs de pilotage. Ces points sont des axes d'amélioration seront abordés plus précisément dans la troisième partie de ce travail.

➤ *Les horaires d'ouverture du service de chirurgie ambulatoire et l'absence d'interventions chirurgicales ambulatoires en début d'après-midi*

Le service de chirurgie ambulatoire est ouvert de 7h à 18h. Cependant, ces horaires sont globalement méconnus puisque certains opérateurs affirment que l'horaire de fermeture est 16h. Cette méconnaissance justifie à leurs yeux l'impossibilité d'opérer en début d'après-midi un patient qui sera hébergé en unité de chirurgie ambulatoire puisque les délais incompressibles de réveil anesthésique ne peuvent alors être respectés.

Aucune intervention ambulatoire n'est par conséquent réalisée en début d'après-midi. La structure n'accueille que quatre patients au maximum par jour, alors qu'elle pourrait en accueillir jusqu'à six par jour et répondre ainsi aux opérateurs qui estiment ne pas avoir suffisamment de créneaux opératoires ambulatoires.

➤ *L'outil informatique*

Un planning informatique partagé pour la chirurgie ambulatoire est à la disposition des opérateurs. Cependant, il est peu utilisé, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, toutes les salles de consultations ne sont pas équipées d'un ordinateur, limitant ainsi l'accès à cet outil.

Ensuite, ce planning est peu pratique. Il ne présente pas une vision hebdomadaire des créneaux opératoires mais une vision au jour le jour. Il ne concerne que l'activité ambulatoire et pas l'activité conventionnelle, ce qui est peu pratique pour l'organisation des chirurgiens. Il ne précise pas les périodes d'absence des chirurgiens, ce qui pourrait pourtant permettre une ré-utilisation des créneaux laissés vacants.

Enfin, il ne permet pas de savoir quand un rendez-vous de consultation pré-anesthésique peut être pris.

➤ *Un lien à créer avec la médecine de ville*

Au cours de mes entretiens et à l'occasion des ateliers chirurgicaux, j'ai perçu une autre difficulté, non liée à l'organisation, mais qui peut expliquer une partie des potentiels de développement restant à réaliser. En effet, le lien entre la médecine de ville et le service de chirurgie ambulatoire du Centre Hospitalier d'Armentières est fragile.

Certaines activités ambulatoires du CHA restent, malgré ses quatre années d'existence, parfois méconnues des médecins de ville. Une enquête d'image récente a fait apparaître, à titre d'exemple, que certains médecins ignoraient l'existence d'une activité d'ophtalmologie au Centre Hospitalier.

Certaines activités ambulatoires du CHA souffrent cependant moins de méconnaissance que d'un manque de reconnaissance. Si certains services jouissent d'une excellente réputation en ville, consolidée au fil du temps, d'autres souffrent d'une image négative liée à un passé assez récent. C'est le cas du service de traumatologie-orthopédie. Les chirurgiens ont en effet mis en évidence, lors des entretiens, la difficulté qu'ils rencontraient à convaincre les médecins de ville de leur adresser des patients du fait de la réputation incertaine des anciens chirurgiens du service n'exerçant plus au CHA. Les filières d'adressage étant constituées, il leur est difficile de changer les habitudes des médecins libéraux de ville.

Enfin, le refus des médecins de ville de passer une convention avec le CHA pour la prise en charge post-interventionnelle des patients est un autre élément qui souligne l'importance pour le CHA de resserrer ses liens avec la médecine de ville.

Outre ces points à améliorer dans l'organisation, le fonctionnement du service de chirurgie ambulatoire est parfois perturbé par des situations qu'il ne peut pas maîtriser, en particulier liées à l'état de santé des patients le jour de l'intervention (contre-indications médicales à l'anesthésie en particulier) ou à leur comportement (patients n'arrivant pas à jeun, ou arrivant sans accompagnant, etc.). La prise en charge ambulatoire doit alors être annulée et reportée.

Après la présentation de l'analyse réalisée sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire, je présente les résultats de l'analyse de l'activité de la chirurgie ambulatoire au CHA.

B. Analyse de l'activité depuis 2003 : détermination des potentiels de développement

Outre les entretiens réalisés, j'ai analysé les données de l'activité ambulatoire du CHA depuis 2005 obtenues grâce à l'outil PMSI Pilot. J'ai réalisé cette étude seule du fait

du manque de disponibilité du médecin DIM, qui a cependant validé mes chiffres. Tout comme l'état des lieux de l'organisation, ces données d'activité ont été présentées lors de la soirée consacrée au projet médical le 11 juin 2007.

1. Forces et faiblesses de l'offre actuelle

a. Une progression globale de l'activité depuis 2005

Initialement je souhaitais étudier les évolutions d'activité de 2003 à 2007. Cela n'a cependant pas été possible car l'outil PMSI Pilot à ma disposition ne pouvait pas me renseigner pour les années 2003 et 2004. Mon étude se concentre donc sur les années 2005, 2006 et 2007, caractérisées par une progression d'activité. Plusieurs indicateurs la mettent en évidence.

- Le nombre d'actes ambulatoires réalisés dans l'établissement en 2005, 2006 et 2007

L'ensemble des actes est présenté dans le tableau n°2 (Actes de 0, 1 et 2 jours réalisés dans l'établissement en 2005, 2006 et 2007), en annexe 6.

478 actes ont été réalisés dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire en 2006, contre 395 en 2005.

Cette évolution du nombre d'actes pratiqués se poursuit puisque 158 gestes ont été pratiqués au premier trimestre 2007, ce qui représente 632 actes en extrapolant à l'année pleine.

Les axes forts sont constitués par les interventions sur le cristallin, la chirurgie ORL, les circoncisions, et les ablations de matériel.

En revanche, les actes relevant de la chirurgie viscérale et la majorité des actes de chirurgie traumatologique sont essentiellement réalisés dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle.

La progression de la chirurgie ambulatoire est donc à nuancer puisqu'elle ne concerne en réalité que quelques actes, qui masquent la faiblesse de la prise en charge ambulatoire dans les deux grandes disciplines chirurgicales du centre hospitalier. Ce constat est également mis en évidence par les taux de chirurgie ambulatoire.

- Les taux de chirurgie ambulatoire

Ce tableau⁸ présente les taux de chirurgie ambulatoire de 2005 à 2007 (1er trimestre) pour les principaux gestes marqueurs de la chirurgie ambulatoire, réalisés dans l'établissement.

Tableau n° 3 : Taux de chirurgie ambulatoire au CHA de 2005 à 2007 pour les principaux gestes marqueurs

Chirurgie	Taux de chirurgie ambulatoire 2005	Taux de chirurgie ambulatoire 2006	Taux de chirurgie ambulatoire 1er trimestre 2007
Chirurgie de la cataracte (8002)	66.84%	75%	71,26%
Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie (8004, 8005)	75.81%	74,78%	100%
Décompression du canal carpien (8053)	50%	42,86%	80%
Cure de hernie (8010)	1,51%	1,21%	1,18%
Chirurgie testiculaire (8022)	2,33%	0%	100%
Arthroscopie du genou	21.88%	32.26%	41,67%
Chirurgie des varices (8008)	1.91%	0,53%	0,33%

La croissance de plusieurs taux de chirurgie ambulatoire indique que la substitution de la chirurgie conventionnelle par la chirurgie ambulatoire est de plus en plus systématique pour certains actes pratiqués au Centre Hospitalier d'Armentières. Les disciplines d'ORL et d'ophtalmologie présentent des taux élevés, en progression.

Les actes de chirurgie traumatologique réalisables en ambulatoire présentent des taux moyens, mais en progression, qui peuvent s'analyser comme une accélération dans la prise en charge ambulatoire de cette discipline.

En revanche, tout comme le montraient les tableaux précédents, les actes de chirurgie viscérale et vasculaire (les cures de hernies, la chirurgie testiculaire, et la chirurgie des varices) sont très faiblement réalisés dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire. Les taux de chirurgie ambulatoire pour ces actes sont très faibles et ne progressent pas.

➤ Le taux d'occupation du service de chirurgie ambulatoire

Grâce aux tableaux hebdomadaires de suivi de l'activité réalisés par les cadres supérieurs de santé, j'ai pu établir l'évolution du taux d'occupation du service de chirurgie ambulatoire. Depuis son ouverture, en 2003, ce taux est en progression, atteignant en 2007 (pour la période du 1er janvier au 14 septembre 2007), une moyenne de 71.80%.

Tableau n°4 : Taux d'occupation du service de chirurgie ambulatoire de 2004 à 2007

⁸ Source : PMSI Pilot

	2004	2005	2006	2007 (36 sem.)
Taux d'occupation (%)	46.34	44.13	52.21	71.80

b. Des potentiels de substitution et de regroupement importants restent à réaliser

- Les potentiels de substitution concernent essentiellement la chirurgie viscérale

Les potentiels de substitution représentent « l'activité pouvant a priori faire l'objet d'une modification du mode de prise en charge (de l'hospitalisation traditionnelle en ambulatoire) »⁹.

Les taux de chirurgie ambulatoire sont en progression, signe que patients et praticiens adhèrent de plus en plus à la prise en charge ambulatoire. Certains praticiens substituent systématiquement à la chirurgie conventionnelle de la chirurgie ambulatoire lorsque le patient l'accepte et qu'il ne présente aucune contre-indication, d'ordre médical, psycho-social, etc.

C'est le cas pour les interventions sur le cristallin, la chirurgie ORL et les circoncisions.

En revanche, pour d'autres actes, et d'autres praticiens, la substitution n'est pas systématique. La chirurgie des varices, la chirurgie testiculaire, les cures de hernies, les interventions sur les seins, présentent des potentiels de substitution conséquents.

Le tableau suivant présente pour l'année 2006, des potentiels de substitution théoriques, purement statistiques et des potentiels de substitution « réalisables », représentant 50% des taux précédents, pour prendre en compte les contre-indications à l'ambulatoire qui peuvent être fréquentes pour certains actes. Ce potentiel de 50% a été validé par le médecin DIM.

Tableau n°5 : Potentiels de substitution en 2006 pour les principaux gestes marqueurs

	Actes effectués dans le cadre de la chirurgie ambulatoire 0 jour	Total actes réalisés	Potentiel substitution théorique (%)	Potentiel substitution réalisable (%)
2006				

⁹ définition MeaH dans « L'organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques »

Interventions sur le cristallin	213	284	25.00	12.50
Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie	86	115	25.21	12.60
Ligatures de veines et éveinages	5	947	99.47	49.73
Circoncisions	63	74	14.86	7.43
Cure de hernie chez l'adulte/chez l'enfant	3	247	98.78	49.39
Chirurgie testiculaire	0	48	100	50
Décompression du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	9	21	57.14	28.57
Ablations de matériel d'ostéosynthèse	46	121	61.98	30.99
Arthroscopie du genou	10	31	67.74	33.87
Autres interventions sur la main	28	143	80.41	40.20
Interventions sur les seins	1	13	92.30	46.15
Endoscopies urinaires diagnostiques (hystérosopies)	14	33	57.57	28.78

Ces potentiels de substitution « réalisables » représentent huit cents actes pour l'année 2006.

Lors de mes entretiens, j'ai cherché à connaître les raisons expliquant des potentiels si élevés.

Certains facteurs sont évoqués systématiquement par les professionnels pour expliquer l'absence de substitution.

Les contre-indications à l'ambulatoire présentées précédemment sont un premier facteur. Les contre-indications médicales (co-morbidités), les contre-indications psychosociales (problème d'accompagnant) expliquent la majeure partie des prises en charge conventionnelles dans les spécialités pratiquant des substitutions quasi systématiques. Beaucoup de chirurgiens insistent sur ce point et considèrent que les taux de chirurgie ambulatoire dans les cliniques ne peuvent être atteints au CHA puisque leurs patients présentent plus fréquemment ces types de contre-indications (Poids Moyen du Cas Traité plus élevé à l'hôpital, problèmes d'alcool, d'hygiène, etc.).

Le risque médico-légal est un deuxième facteur fréquemment cité. L'absence de convention avec la médecine de ville pour la prise en charge post-opératoire des patients ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire est un manque évoqué par plusieurs chirurgiens. En 2003, des médecins de ville ont refusé de signer une charte de bonne conduite relative à la chirurgie ambulatoire pratiquée au CHA. Cet état de fait est, pour certains, un obstacle à l'ambulatoire car le risque médico-légal est accru.

La réticence des patients est un autre facteur. A titre d'exemple, en ce qui concerne le traitement des hernies chez l'enfant, le peu de substitution s'explique souvent par la peur des parents face à une prise en charge ambulatoire de leur enfant. Ils préfèrent une hospitalisation conventionnelle, plus sécurisante à leurs yeux en termes de surveillance post-opératoire.

Enfin, quelques praticiens évoquent un manque de créneaux opératoires ambulatoires pour leur spécialité qui les contraint à opérer dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle.

Pour les spécialités ne pratiquant pas encore de façon développée les prises en charge ambulatoires, les facteurs précédents sont évoqués mais d'autres s'ajoutent.

Pour le chef de service de chirurgie viscérale et vasculaire, la chirurgie ambulatoire pour les ligatures des veines n'est pas confortable pour les patients. Il préfère privilégier leur intérêt et effectuer un traitement complet de la maladie variqueuse en intervenant sur les deux jambes lors d'une même hospitalisation conventionnelle plutôt qu'en intervenant sur une jambe à la fois lors de deux prises en charge ambulatoires.

Ce chirurgien évoque également un obstacle lié à l'anesthésie lorsque la rachianesthésie est pratiquée car le suivi urinaire peut être long.

Enfin, un praticien de gynécologie ne pratique pas du tout d'ambulatoire parce qu'il n'en perçoit pas l'intérêt pour les patientes.

- Les potentiels de regroupement concernent essentiellement la chirurgie traumatologique

Les potentiels de regroupement mettent en évidence le taux de patients ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire au sein de l'établissement mais dont l'hébergement n'a pas eu lieu dans le service de chirurgie ambulatoire sinon dans les services d'hospitalisation conventionnelle. L'ambulatoire forain représente environ 20% des séjours chirurgicaux ambulatoires. Ce chiffre est une estimation partagée par une majorité des professionnels du CHA interrogés. L'outil PMSI Pilot ne permet en effet pas d'identifier le nombre de séjours ambulatoires au cours desquels les patients ont été hébergés dans une structure autre que le service dédié.

L'ambulatoire forain concerne essentiellement le service de chirurgie traumatologique, comme me l'ont indiqué les praticiens du service et le cadre de santé. Pour un des praticiens interrogés, l'explication principale est l'inadéquation des créneaux opératoires ambulatoires avec les disponibilités des praticiens. D'autres professionnels évoquent également le confort recherché par les chirurgiens dans l'hébergement dans leur service.

Le but poursuivi par la réduction de l'ambulatoire forain est la recherche d'une prise en charge optimale pour les patients d'ambulatoire comme pour les patients en

hospitalisation conventionnelle (cf. désorganisation des services liée à la prise en charge ambulatoire foraine).

2. Le CHA dans son territoire de santé

Outre l'analyse de l'activité par PMSI Pilot, j'ai recueilli les données disponibles dans les différentes banques de données type BDHF, FHF, PLATINES, afin d'évaluer les potentiels de développement possibles de la chirurgie ambulatoire au CHA. Ces potentiels de développement s'ajoutent aux potentiels de regroupement et de substitution mis en évidence précédemment, pour assurer le développement de la chirurgie ambulatoire. Les potentiels de développement par geste, c'est-à-dire d'attractivité supplémentaire, ne peuvent pas se calculer. Cependant, le niveau et la distribution des parts de marché pour chacun des gestes pratiqués au CHA sont de bons indicateurs. Une nuance doit être apportée à l'analyse de ces données puisqu'elles datent de 2004. Les potentiels de développement de la chirurgie ambulatoire sont donc moins précis que ceux de substitution et de regroupement qui sont de 2005, 2006 et 2007.

a. Comparaison avec les établissements de santé aux caractéristiques équivalentes

Les données de la Plateforme d'informations sur les établissements de santé (PLATINES, 2004), permettent de comparer les taux de chirurgie ambulatoire au CHA aux taux moyens des CH de la région.

Tableau n°6 : Comparaison des taux de chirurgie ambulatoire au CHA avec les taux moyens des CH de la région

			Pour l'ensemble des établissements de la catégorie
	Nombre annuel de séjours	Taux de chirurgie ¹⁰ ambulatoire (%)	Taux de chirurgie ambulatoire (%)
Chirurgie de la cataracte	186	67.7%	47.1%
Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie	143	77.6%	61.6%
Décompression du canal carpien	15	80%	80.4%
Traitement de la maladie de Dupuytren	2		55.9%
Cure de hernie chez	30	13.3%	33.9%

¹⁰ Ce taux est le rapport du nombre de séjours de moins de 1 jour avec le nombre de séjours pour l'acte retenu

l'enfant			
Chirurgie testiculaire	39	5.1%	22.7%
Arthroscopie du genou	26	26.9%	44.6%
Chirurgie des varices	422	2.8%	13.9%

Ces chiffres soulignent le retard de la prise en charge ambulatoire au CHA pour certains actes. Ils rejoignent les conclusions tirées de l'analyse des potentiels de substitution.

b. Potentiels de développement :

A partir des parts de marché (PdM) réalisées par les établissements concurrents directs ou indirects du CHA sur le territoire, les axes de développement possibles pour le CHA peuvent être dégagés. Ces tableaux apportent également des indications sur le Poids Moyen du Cas traité (PMCT).

Cataractes			PdM 2004	PdM 2005	PMCT
Clinique de Lambersart			26,20%	30,00%	94
Polyclinique de la Louvière			26,50%	23,10%	93
CHA			20,50%	21,20%	105
CHR Lille			10,30%	7,60%	129

Part du privé lucratif: 70,1%

Amygdalectomies, VG, drains tranST			PdM 2004	PdM 2005	PMCT
Polyclinique de la Louvière			67,20%	67,80%	97
CHA			14,00%	10,70%	119
CH Hazebrouck			3,40%	5,30%	101
Polyclinique du Bois			4,20%	3,10%	102

Part du privé lucratif: 80,8%

En ce qui concerne les deux spécialités-phare de la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier d'Armentières, les interventions sur le cristallin et la chirurgie ORL, la concurrence du secteur privé est très forte. Les parts de marché relativement faibles du CHA s'expliquent par le peu de temps médical dont disposent ces spécialités. Un seul praticien opère dans chaque discipline. Un potentiel de développement est donc réalisable avec l'augmentation du temps médical. Actuellement une politique volontariste de recrutement est menée au CHA.

Ligatures de veines			PdM 2004	PdM 2005	PMCT
CHA			57,90%	52,20%	108
Polyclinique de la Louvière			8,70%	10,90%	94
Clinique de Lambersart			7,40%	7,90%	83
Nouvelle Clinique Villette Dunkerque			5,10%	6,00%	103

Part du privé lucratif: 39,5%

Hernies			PdM 2004	PdM 2005	PMCT
CHA			42,10%	43,10%	104
CH Hazebrouck			11,10%	13,00%	98
Polyclinique du Bois			8,70%	9,70%	98
St Philibert			8,00%	6,50%	85

Part du privé lucratif: 30,1%

Circoncisions			PdM 2004	PdM 2005	PMCT
CHA			45,10%	33,90%	99
CH Hazebrouck			16,70%	19,70%	108
Polyclinique du Bois			3,50%	16,50%	95
Polyclinique de l'Artois Béthune			6,30%	5,50%	103

Part du privé lucratif: 40,2%

En ce qui concerne les gestes réalisables en ambulatoire de la chirurgie viscérale et vasculaire, les parts de marché sont très bonnes. Cependant, comme l'indiquent les tableaux précédents, les ligatures de veines et les hernies sont très majoritairement réalisées dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle.

Pour ces gestes, il est peu réaliste de miser sur un potentiel de développement, les parts de marché actuelles étant déjà élevées. En revanche, des potentiels de substitution existent réellement.

Arthroscopies, biopsies			PdM 2004	PdM 2005	PMCT
Polyclinique de la Louvière			20,40%	18,80%	94
CHR Lille			7,90%	10,60%	130
Polyclinique du Bois			8,90%	9,10%	92
Clinique chir de Saint-Omer			5,90%	7,20%	100
Clinique de Lambersart			2,6	6,7	93
St Philibert			6,1	6,2	98
Nouvelle Clinique Villette Dunkerque			6,1	6,2	94
Clinique médico-chir Bruay-la-Buissière			6,9	5,7	94
CH Armentières			6,6%	5,4%	120
Clinique St Roch Roncq			4,8	3,7	90

Part du privé lucratif: 74,8%

L'arthroscopie est un acte peu réalisé au Centre Hospitalier d'Armentières, que ce soit en secteur ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle, cet état des lieux de l'activité au CHA se traduit par les parts de marché faibles réalisées. Le privé lucratif est très présent sur ce créneau, mais des parts de marché peuvent être gagnées par le CHA puisque si concurrence du privé il y a, le CHA a la chance qu'elle ne soit pas géographiquement directe.

Ablations matériels			PdM 2004	PdM 2005	PMCT
CHA			34,50%	27,20%	115
Clinique Lille sud Lesquin			0,00%	15,90%	71
CHR Lille			15,40%	15,00%	126
St Philibert			6,60%	6,40%	84

Part du privé lucratif: 38,5%

Les parts de marché pour les ablations de matériel sont satisfaisantes, le CHA doit davantage s'attacher à réaliser ses potentiels de substitution, que des potentiels de développement plus faibles.

Gynécologie séjours moins de 2 nuits			PdM 2004	PdM 2005	PMCT
Polyclinique du Bois			14,10%	28,70%	82
CHR Lille			24,40%	23,20%	100
CHA			15,60%	17,10%	81
Polyclinique de la Louvière			12,60%	9,90%	144

Part du privé lucratif: 49,2%

Enfin, en gynécologie, les parts de marché sont très faibles, contrairement aux parts de l'activité obstétricale, réalisée dans le même service. Les praticiens consacrent en effet la majeure partie de leur temps à l'activité obstétricale. Le développement de la gynécologie en général, et de la gynécologie ambulatoire en particulier passe par l'augmentation du temps médical en gynécologie. Un recrutement médical est en cours pour permettre de réaliser ces potentiels de développement.

Le pôle mère-enfant jouit d'une solide réputation pour l'obstétrique mais est moins reconnu pour la gynécologie. Le recrutement en cours pourrait être axé sur la gynécologie, des EPU pourraient être organisés en gynécologie et non plus seulement en obstétrique.

3. Quelle nouvelle offre ? Quelles opportunités ?

De l'analyse de ces potentiels peuvent être dégagées des pistes de travail pour le développement de l'offre de chirurgie ambulatoire. Cependant, il m'a semblé qu'il était incontournable de recueillir l'avis des chirurgiens sur une éventuelle nouvelle offre en chirurgie ambulatoire puisque ce sont eux qui sont en capacité de la proposer ou non. Je leur ai systématiquement posé la question « pensez-vous développer votre pratique ambulatoire actuelle ? Si oui, en nombre ? et/ou en types de gestes ? ». Cette réflexion s'est poursuivie dans le groupe de travail à partir de mi-septembre.

Les problématiques des différentes disciplines chirurgicales proposant de la chirurgie ambulatoire étant différentes, j'ai choisi de présenter discipline par discipline, les évolutions possibles de l'offre de soins ambulatoires.

En gynécologie, l'activité représente une part d'activité plus faible que l'obstétrique dans le temps de travail des gynécologues-obstétriciens du pôle mère-enfant. En effet, depuis le départ à la retraite d'un praticien de la maternité, les praticiens de gynécologie obstétrique sont quatre, et la maternité assure 1500 naissances par an. Ils n'ont donc que peu de temps pour la gynécologie. Actuellement le Centre Hospitalier cherche à recruter un cinquième praticien. Deux des praticiens actuels se disent favorables à un développement de leur chirurgie gynécologique ambulatoire si le temps médical global augmente. La chirurgie bénigne de l'utérus ainsi que les petites interventions sur les seins pourraient être proposées aux patientes.

En ORL, le praticien est seul et exerce à temps partiel (50%). Son activité actuelle est essentiellement tournée sur l'ambulatoire, il estime ne pas pouvoir développer sa pratique ni en types de geste ni en nombre puisqu'il consacre déjà la majeure partie de son temps à l'ambulatoire. Le développement de l'ambulatoire en ORL passe donc par le recrutement d'un praticien supplémentaire. Cette piste n'est pour le moment pas retenue dans les priorités de l'établissement.

En ophtalmologie, un seul praticien exerce au sein du Centre Hospitalier. Son activité chirurgicale est constituée par les interventions sur le cristallin, réalisées systématiquement en ambulatoire, sauf en cas de contre-indication (médicale ou autre). Le PH a récemment demandé à pouvoir opérer davantage en ambulatoire. Elle souhaiterait obtenir trois matinées supplémentaires par mois dans le planning opératoire ambulatoire, ce qui lui permettrait de réaliser de huit à douze interventions sur le cristallin supplémentaires par mois. Cette augmentation d'activité chirurgicale permettrait également de réduire les délais d'attente pour les patients qui attendent actuellement jusqu'à cinq mois pour être opérés.

Un réservoir de patients existe réellement en ophtalmologie, les délais sont longs. De l'activité chirurgicale supplémentaire pourrait être réalisée en ophtalmologie ambulatoire avec une augmentation de temps médical. Il est d'ailleurs probable qu'un temps médical supplémentaire permettrait non seulement d'absorber les patients en attente de soins, mais aussi la prise en charge de nouveaux patients. En effet, le service d'ophtalmologie du CHA jouit d'une très bonne réputation dans le secteur et les nouveaux patients sont de plus en plus nombreux. J'ai réalisé une enquête téléphonique auprès de patients ayant subi une intervention sur le cristallin en ambulatoire au CHA, ils sont 100% à être très satisfaits de leur prise en charge et 100% à déclarer qu'ils recommanderaient le service d'ophtalmologie du CHA à leur entourage.

Un premier développement de la chirurgie ophtalmologique ambulatoire est réalisable à court terme avec l'augmentation des plages opératoires actuelles du PH d'ophtalmologie. Un développement quantitatif plus important n'est envisageable qu'à moyen terme avec le recrutement d'un deuxième praticien et l'achat de matériel supplémentaire. Cette éventualité fait actuellement l'objet d'une réflexion menée conjointement par le chef d'établissement et le Praticien Hospitalier.

Une augmentation en type de gestes n'est pas envisagée par Mme CARLIER, elle ne traite pas de rétine et n'envisage pas de le faire car la formation est longue.

En gastro-entérologie, le praticien interrogé est le praticien du service qui réalise des endoscopies en ambulatoire. Il affirme l'existence d'un réservoir de patients important. Pour un rendez-vous pour une endoscopie ambulatoire pris le jour de notre entretien (2 mai 2007), la date attribuée au patient était le 24 juillet. Le Dr DEGRAVE estime pouvoir, sans concurrencer l'hospitalisation privée, développer en nombre sa pratique de l'ambulatoire, d'autant que dans le cadre du Plan cancer et du dépistage du cancer colorectal, les endoscopies de dépistage vont tendre à se développer. Sa pratique est actuellement limitée par le faible nombre de créneaux qui lui sont attribués (six par mois) et par le manque de temps médical dans le service (actuellement 1.3 ETP pour vingt-trois lits).

La chirurgie traumatologique ambulatoire présente à la fois des potentiels de regroupement, de substitution et de développement. Les chirurgiens rencontrés ne livrent pas la même analyse du développement de l'ambulatoire dans leur spécialité. Le chef du service se dit très favorable à la pratique de l'ambulatoire et à son développement dans sa discipline. Il pense en particulier à l'arthroscopie, activité de traumatologie dédiée à l'ambulatoire et réalisée comme telle dans les cliniques. Il évoque la nécessité de rencontrer ses collègues d'autres hôpitaux publics pour échanger sur ce type de prise en charge, et notamment sur le problème des drains qui peuvent être un frein à l'ambulatoire.

Actuellement, peu d'arthroscopies sont réalisées dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire car il s'agit d'interventions relativement lourdes.

Pour un autre chirurgien, le développement de l'ambulatoire en chirurgie traumatologique au CHA est peu probable. Il expose un problème d'adressage des médecins de ville au service de l'hôpital public, les patients étant dirigés plutôt vers les cliniques pour les prises en charge ambulatoires.

Enfin, pour le troisième chirurgien interrogé, le développement de sa pratique ambulatoire est tout à fait possible. Il affirme ne pas disposer de suffisamment de créneaux comparativement aux actes qu'ils pourraient réaliser en ambulatoire. Il estime ainsi pouvoir réaliser quatre gestes par semaine et non pas quatre gestes tous les quinze jours. Il s'agit d'un développement en nombre de gestes et pas en types de gestes puisque ce chirurgien affirme pratiquer déjà tous les actes de chirurgie traumatologique classiquement réalisables en ambulatoire.

Enfin, dans le service de chirurgie viscérale et vasculaire, les potentiels de substitution sont les plus importants. Le chef de service jouit d'une solide réputation sur le territoire et dispose de files actives, notamment pour les ligatures de veines. Cependant, ces interventions sont très largement réalisées dans le cadre d'hospitalisations conventionnelles. Ce chirurgien ne se dit pas favorable à la substitution pour ce type d'actes, dans l'intérêt de ses patients. En revanche, un autre opérateur du service voit des possibilités de développement en nombre de gestes avec le traitement des hernies chez l'adulte, et l'urologie chez les enfants puisque, pour ces gestes, il existe selon lui, des réservoirs de patients.

Pour les deux spécialités réalisant l'essentiel de leur activité dans le cadre d'hospitalisations conventionnelles, la substitution sans développement peut néanmoins présenter le risque d'engendrer une baisse de l'activité conventionnelle, par transfert d'activité. Ce risque explique pour partie la proposition de certains praticiens d'attirer de nouvelles spécialités au CHA qui pourraient offrir des soins ambulatoires aux patients. L'urologie a été citée à plusieurs reprises avec l'exemple du CHU de Lille qui propose plusieurs gestes d'endoscopie en urologie ambulatoire.

C. Les enjeux du développement de cette activité au CHA

Plusieurs facteurs explicatifs entrent dans la volonté de la direction du CHA de développer la pratique ambulatoire.

1. Les incitations de la tutelle

Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité nationale, largement relayée dans la région Nord-Pas-de-Calais où les tutelles incitent les établissements pratiquant la chirurgie ambulatoire à poursuivre son développement.

Le volet de chirurgie du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Nord-Pas-de-Calais 2006-2011 comporte un axe intitulé : « Un nécessaire développement de la chirurgie ambulatoire » et l'orientation stratégique correspondante s'intitule « Développer la chirurgie ambulatoire ». Le SROS y incite les établissements sanitaires de la région pratiquant la chirurgie ambulatoire à développer une organisation de la chirurgie ambulatoire centrée sur le patient, à définir une politique de développement en tenant compte des gestes marqueurs et enfin à envisager les relais à mettre en place à la fois en amont et en aval de la chirurgie ambulatoire.

Les documents de travail préparatoires à la rédaction du SROS mettaient déjà en exergue cette nécessité du développement de l'ambulatoire. Le document de novembre 2005 intitulé « SROS III : gros plan sur le bassin de vie Métropole¹¹ », comporte en axe stratégique n°1 la poursuite du développement des alternatives à l'hospitalisation complète, notamment en psychiatrie, en médecine et en chirurgie.

Dans le CPOM signé avec l'ARH en 2007, le CHA a pris des engagements généraux relatifs à la chirurgie ambulatoire : « L'établissement s'engage à développer la chirurgie ambulatoire qualifiée substitutive, en particulier sur les cinq gestes marqueurs (cataractes, arthroscopies du genou, extractions dentaires, andénoïdo-amygdalectomies, varices). ». « Afin d'optimiser la prise en charge ambulatoire et développer l'attractivité de l'offre, le cosignataire porte le projet d'identifier une structure d'hébergement individualisée pour les prises en charge ambulatoires médicales et chirurgicales, y compris les endoscopies. Ce projet s'inscrit dans le Plan Directeur de l'établissement. ». L'hôpital de jour médico-chirurgical auquel fait référence cet engagement pris par le Centre hospitalier d'Armentières, a d'ailleurs été prévu en phase 1 de réalisation du Plan directeur, à la demande de l'ARH, alors qu'il était initialement prévu en phase 2.

Ce développement correspond également à la volonté affichée de maintenir une offre de soins de proximité en chirurgie dans la zone de proximité Flandre Lys. Le Centre Hospitalier d'Armentières s'en trouve renforcé dans son positionnement d'hôpital référent du territoire.

2. Une meilleure prise en charge du patient

¹¹ Le Centre Hospitalier d'Armentières appartient au bassin de vie Métropole et à la zone de proximité Flandres Lys

Le développement à court terme et long terme de la chirurgie ambulatoire répond à des exigences de qualité de la prise en charge des patients.

A long terme, l'ouverture de l'Hôpital de jour médico-chirurgical permettra la suppression de l'ambulatoire « forain » dans les services d'hospitalisation conventionnelle. La qualité de la prise en charge, moins bonne dans les services d'hospitalisation conventionnelle puisque ces services ne sont pas pensés pour accueillir des patients relevant de la chirurgie ambulatoire, sera optimale dans cette nouvelle structure dédiée.

A plus court terme, le développement de la chirurgie ambulatoire signifie non seulement développement de l'offre en chirurgie ambulatoire mais également réduction de l'ambulatoire forain. La volonté de l'établissement de développer la chirurgie ambulatoire permettra d'élargir les plages opératoires ambulatoires aux patients. Cette offre élargie réduira non seulement les délais d'attente, parfois très longs dans certaines spécialités comme l'ophtalmologie et la gastro-entérologie, mais offrira aussi un choix de rendez-vous plus large aux patients, qui pourront alors s'organiser au mieux avec leurs contraintes personnelles.

Enfin, l'élargissement des plages opératoires ambulatoires emportera une troisième conséquence bénéfique à la prise en charge des patients. L'augmentation du nombre de plages opératoires ambulatoires dans toutes les disciplines chirurgicales pratiquant ce type de prise en charge permettra de réduire mécaniquement l'ambulatoire forain, que les chirurgiens expliquent par le manque de créneaux ou leur inadaptation à leurs contraintes. Un nombre supérieur de créneaux réduira les risques d'inadaptation des créneaux.

Dans l'optique du développement de la chirurgie ambulatoire, les médecins ont fait le choix de développer le nombre d'actes réalisés mais pas le type de gestes. En effet, certains gestes ne sont pas pratiqués par les chirurgiens au CHA et ils ne souhaitent pas les pratiquer en ambulatoire parce qu'ils estiment faire prendre un risque au patient. La qualité de la prise en charge des patients passe donc également par ce refus de pratiquer certains actes, notamment les actes présentant des risques de saignement trop élevés.

Cette meilleure qualité de la prise en charge pourra être valorisée lors de la visite de certification HAS qui aura lieu pour le CHA, en mai 2008.

3. Un enjeu financier

Le développement de la chirurgie ambulatoire comporte également un intérêt financier pour le CHA. La croissance de l'activité de chirurgie ambulatoire permettra à

long terme d'augmenter les recettes de l'établissement et à plus court terme de compenser les moindres recettes liées au débasage pour 2007.

La circulaire du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 précise que le Ministre de la Santé et des Solidarités a souhaité accélérer le processus de transition pour la chirurgie ambulatoire. Afin de développer cette modalité de prise en charge, cinq forfaits de GHS sont rémunérés à 100% sur la base des tarifs fixés, depuis le 1^{er} janvier 2007.

GHS 8002 : interventions sur le cristallin

GHS 8005 : drains trans-tympaniques

GHS 8008 : ligatures de veines et éveinages

GHS 8023 : circoncisions

GHS 8053 : libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels

La valorisation relative à l'activité de ces cinq GHS a été débasée dans l'arrêté du 13/03/2007 pour un montant de 651 236 euros.

La volonté nationale de promouvoir l'activité ambulatoire s'est traduite par une incitation financière forte accompagnée d'un débasage à hauteur d'un « potentiel » d'activité extrapolé à +34%, soit un débasage supérieur à l'activité réalisée en 2006.

En 2006, les 5 GHS concernés ont été réalisés dans les services d'ophtalmo, de chirurgie viscérale et vasculaire, de chirurgie traumatologique et d'ORL pour une valorisation globale de 426 388 euros : débasage a priori défavorable de 224 848 euros à activité constante. Pour 2007, l'incitation n'est donc pas liée au gain mais à la réduction, voire l'annulation de la perte.

4. Un des piliers du projet médical

L'optimisation de la structure ambulatoire actuelle, et à plus long terme, l'ouverture d'un hôpital de jour médico-chirurgical, sont des axes forts du projet médical de l'établissement. Outre l'optimisation de la prise en charge des patients, l'établissement souhaite que ce développement de la chirurgie ambulatoire reflète le dynamisme qui le caractérise.

La chirurgie ambulatoire peut non seulement jouer un rôle de vitrine pour l'hôpital mais aussi permettre la consolidation de filières actives de recrutement de patients.

Elle est au cœur du projet médical établi, dans sa phase 1, avec l'aide de consultants du Groupe Montaigne. Lors de la soirée du 11 juin 2007, une restitution des ateliers médicaux, chirurgicaux et paramédicaux animés par le Groupe Montaigne depuis janvier 2007, a dessiné les contours de la phase 1 du projet médical de l'établissement. Le plan d'actions n°6 présenté s'intitulait « l'optimisation de la structure ambulatoire ». Je

l'ai complété par la présentation de mon étude et ai été désignée co-coordinatrice du plan d'actions n°6 (cf. annexe 7).

Le développement de la chirurgie ambulatoire permet de positionner le CHA comme hôpital référent dans le territoire Flandre Lys tel que validé par l'ARH dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins sur ce secteur.

Les éléments présentés par le Groupe Montaigne sont très intéressants pour comprendre le positionnement du CHA dans son territoire de santé.

Le consultant a d'abord proposé une présentation générale de l'établissement.

Il a mis en avant un faible taux de concurrence directe pour le CHA sur son territoire, du fait de l'absence de clinique et de la présence de deux centres hospitaliers dont un de type hôpital local. En ce qui concerne la zone d'attractivité du CHA, 143 000 habitants génèrent 38 000 hospitalisations dont 17 000 sur les établissements d'Armentières, Hazebrouck, et Bailleul.

Le CHA capte 86% des 17 000 hospitalisations de sa ZAP et 39% du total (38 000).

Hazebrouck et Bailleul captent 7% du total. Le taux de fuite s'élève à 54% (20% : recours, 34% : fuite).

Tableau n°7 : Répartition des parts de marché sur la zone d'attractivité principale du CHA

Etablissements	Hospitalisations (nb)	% du total
CH Armentières	14 800	39%
CH Hazebrouck	1 700	5%
CH Bailleul	600	2%
CHRU Lille	5 500	14%
La Louvière	2 900	7%
Polyclinique du Bois	2 800	7%
Saint Philibert	2 600	7%
Ambroise Paré	1 100	3%
Polyclinique de l'Artois	900	2%
CH Tourcoing	600	1%
Autres publics		5%
Autres privés		7%
Total	38 000	100%

Dans un classement par parts de marché de vingt centres hospitaliers de la région, le CHA se classe douzième avec 39% de part de marché MCO sur les 38 000 hospitalisations générées sur sa zone d'attractivité principale, et cinquième avec 27% pour sa part de marché en chirurgie.

Tableau n°8 : Parts de marché Chirurgie

Etablissements	type	Nombre	PDM 2004
CHA	CH	2 567	26.6%
Polyclinique de la Louvière	Privé	1 587	16.4%
CHRU Lille	CHR	1 369	14.2%
Polyclinique du Bois	Privé	985	10%
Saint Philibert	PSPH	691	6.1%
Polyclinique de l'Artois	Privé	415	4.3%
Lambersart	Privé	396	4.1%
CH Hazebrouck	CH	292	3%
Saint Roch	Privé	251	2.6%
Ambroise Paré	privé	146	1.5%
Autres publics et para-publics		387	4%
Autres privés lucratifs		694	7.2%

Pour ce qui est des disciplines qui pratiquent la chirurgie ambulatoire, les parts de marché sont les suivantes :

Tableau n°9 : Parts de marché Chirurgie ambulatoire

Discipline	PDM
ORL, stomatologie	17%
Ophthalmologie	21%
Gynécologie	27%
Orthopédie	33%
Digestif	53%
Obstétrique	65%

Tableau n°10 : Parts de marché du CHA pour les actes pouvant être réalisés en ambulatoire :

Actes	PDM
Arthroscopies	7%
Circoncisions	54%
Ligatures de veine	62%
Infections de l'oeil	100%
Interventions pour affections de l'appareil génital féminin	100%
Tissu cutané et sous-cutané (moins de 2 jours)	30%
Endoscopie sous anesthésie, séjour<2j	4%
Amygdalectomies, VG, drains transtympaniques	14.5% (67.3% à la Louvière !)
Cataractes	24.9% (27.5% à Lambersart, 19% à la Louvière, 11% CHU)

La présentation de ces tableaux juste avant ma propre présentation a permis de conforter l'idée selon laquelle la concurrence du secteur privé, même si les établissements ne se situent pas à proximité immédiate, est bien réelle. En particulier pour ce qui concerne la chirurgie ambulatoire.

Au cours d'une présentation de trente minutes, j'ai mis en évidence les points forts et les points à améliorer dans l'organisation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire, j'ai présenté un état des lieux de l'activité depuis 2005 et j'ai formulé des propositions de pistes de travail à développer par le groupe de travail chargé de la mise en œuvre du plan d'actions n°6.

Les réactions ont été positives, aucune critique ouverte n'a été émise.

III. La « nouvelle » chirurgie ambulatoire au CHA : une mise en œuvre en deux temps

Une fois l'audit réalisé et présenté, le deuxième temps fort de mon travail a été la constitution et l'animation du groupe de travail chargé de penser et réaliser l'optimisation de la structure ambulatoire actuelle. A cette occasion, j'ai pu formuler l'ensemble des recommandations qui me paraissaient appropriées, sous forme de propositions. L'optimisation visée, première phase de développement de la chirurgie ambulatoire de 2007 à 2009, sera une phase de préparation à l'ouverture de l'hôpital de jour médico-chirurgical en 2010. Avant de présenter et d'analyser les solutions proposées et/ou retenues pour chacune de ces deux phases, les sources d'orientations et les défis qui caractérisent la conduite de ce projet seront exposées.

A. Orientations et défis de la conduite de projet

Le schéma directeur architectural dans sa dernière version a été approuvé par l'ARH et par les Instances du CHA en juin 2007. La création d'un hôpital de jour médico-chirurgical lors de la réalisation du plan directeur est acquise. Ce choix a été inspiré par les expériences d'établissements publics de la région. Dans l'attente de son ouverture, le rapport de la MeaH a été un outil précieux pour la conduite du groupe de travail visant l'optimisation de la structure ambulatoire actuelle. Ce guide de bonnes pratiques a été d'autant plus important que les défis de la conduite de projet étaient nombreux.

1. Des modèles : rapport MeaH et benchmarking

a. Rapport MeaH

La Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers a mené un travail d'accompagnement de huit établissements durant vingt mois pour un chantier sur la chirurgie ambulatoire. Un double objectif était poursuivi : le développement de l'activité et l'amélioration de l'organisation des unités de chirurgie ambulatoire. Le Centre Hospitalier d'Armentières a fait acte de candidature pour faire partie des quarante nouveaux

établissements accompagnés à partir de septembre 2007 mais n'a pas été retenu du fait du nombre élevé d'établissements candidats.

Le rapport final intitulé « Organisation de la chirurgie ambulatoire » n'était pas encore disponible lorsque j'ai commencé mon étude de la chirurgie ambulatoire au CHA. En revanche, j'ai pu consulter un rapport intermédiaire intitulé « L'organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques », qui m'a aidée dans la définition d'une méthodologie pour mon étude. En effet, un des objectifs secondaires du projet proposé par la MeaH était « la mise à disposition du plus grand nombre de ce premier retour d'expériences, au travers de la publication d'éléments de méthode permettant d'évaluer et de mobiliser le potentiel d'activité en chirurgie ambulatoire, de décrire les organisations en place et de piloter l'activité ». Ainsi, pour décrire l'activité, j'ai étudié la répartition entre prises en charge traditionnelles et ambulatoires, pour étudier le développement probable de l'activité j'ai déterminé les potentiels de substitution, les potentiels de regroupement et l'évolution de l'activité depuis trois ans. Dans la description de l'organisation, je me suis attachée à identifier l'existence ou non d'un pilotage de l'activité et d'indicateurs de pilotage, à décrire le circuit patient.

Le rapport final m'a permis de comprendre que les principales difficultés rencontrées au cours de mon travail étaient répandues, en particulier la difficile mobilisation des informations sur l'activité. Le rapport met en évidence le peu de disponibilité des médecins DIM, la difficulté à se saisir des données du PMSI sans un travail préalable de « traduction » par les médecins DIM.

Pour la préparation de la conduite du groupe de travail et la détermination des actions à mettre en œuvre, je me suis essentiellement appuyée sur les résultats de mon étude, tout en ayant présent à l'esprit le rapport final de la MeaH pour conforter les options retenues. Les points développés sur les responsables de l'unité de chirurgie ambulatoire et sur les plans d'actions mis en œuvre dans les établissements accompagnés par la MeaH m'ont permis d'étoffer les propositions que je vais présenter lors des réunions du groupe de travail. La réunion de préparation a eu lieu le 4 septembre 2007, la première réunion du groupe est programmée au 3 octobre 2007.

b. Benchmarking

Avant de prendre la décision de prévoir la réalisation d'un hôpital de jour médico-chirurgical dans le plan directeur, l'équipe de direction s'est inspirée des expériences d'autres établissements publics de la région, notamment de l'exemple du Centre Hospitalier de Douai, du Centre Hospitalier de Seclin et du Centre Hospitalier de

Boulogne-sur-mer, tous membres du Panel des Dix, regroupement d'établissements aux caractéristiques similaires de la région.

Lors de mon stage, j'ai contacté ces établissements afin de connaître les projets développés.

Au cours de deux entretiens téléphoniques avec le Directeur des Finances du Centre Hospitalier de Douai, j'ai pu comprendre la démarche projet qui a abouti à l'ouverture d'un hôpital de jour médico-chirurgical. Les messages essentiels que j'ai retenus du récit de cette expérience sont l'implication des acteurs dans le projet, l'importance de la réalisation de tests des organisations avant leur implantation définitive et l'importance de l'existence d'un outil informatique adapté pour faciliter le fonctionnement d'un HDJ au quotidien. Le Directeur adjoint du CH de Douai m'a en effet évoqué à plusieurs reprises l'implication des médecins dans le projet. Ils ont largement participé aux groupes de travail qui ont réfléchi à l'organisation de la structure, à son dimensionnement, à la signalétique pour les patients. L'hôpital de jour médico-chirurgical de ce centre hospitalier compte vingt places, extensible à vingt-trois pour s'adapter aux évolutions d'activité. La spécificité de cette structure est d'ailleurs qu'elle est un test à grandeur réelle. En effet, son existence et son fonctionnement sont provisoires, avant la reconstruction plus globale de l'ensemble du Centre Hospitalier dont l'ouverture est prévue au deuxième semestre 2008. Cette phase de test permettra aux acteurs de réaliser les ajustements nécessaires à l'occasion de l'ouverture de l'hôpital de jour définitif. Un aspect très positif de la structure actuelle est l'outil DRD-V pour la gestion des rendez-vous. Il permet en effet, au cours des consultations chirurgicales d'organiser les rendez-vous de consultations pré-anesthésiques.

Le Centre Hospitalier d'Armentières, conscient de la nécessité de disposer d'un outil informatique performant au vu des expériences observées dans les établissements environnants, procède actuellement, dans le cadre de la mise en œuvre du dossier patient informatisé, à une mise en concurrence de sociétés proposant des solutions informatiques complètes. L'expérience du CH de Douai est également intéressante de par certains aspects moins positifs. Par exemple, les réticences des chirurgiens face aux changements dans la programmation du bloc opératoire au CH de Douai permettent de relativiser les mêmes réticences au sein du CHA.

J'ai également rencontré le cadre de santé responsable de l'unité d'anesthésie et chirurgie ambulatoire du Centre Hospitalier de Seclin qui m'a accueillie pour une visite et une présentation de cette unité. Suite à une récente restructuration, le service de chirurgie ambulatoire dispose de douze places, et les places d'hôpitaux de jour regroupées dans le même secteur, sont au nombre de onze. Le CH de Seclin dispose en effet d'une aile de 23 places, accueillant à la fois de la chirurgie ambulatoire, des hôpitaux de jour de médecine et des places pour la prise en charge de chimiothérapies.

Le récit de l'état des lieux qui a amené à cette restructuration a été très intéressant puisqu'il a mis en évidence des difficultés dans l'organisation de la planification du bloc opératoire, des demandes de développement d'activité en chirurgie ambulatoire, et la nécessité de mettre en place un accueil personnalisé des patients et des prises en charge optimisées.

Ces problématiques sont très proches de celles que j'ai étudiées au Centre Hospitalier d'Armentières. A terme, la solution retenue par les deux établissements est différente puisque le CHA a fait le choix de créer un hôpital de jour distinct des secteurs d'hospitalisation conventionnelle. Dans la réorganisation opérée en 2006 par le CH de Seclin, certains points sont cependant similaires aux propositions d'amélioration qui seront très prochainement en discussion au CHA, notamment la réflexion sur les créneaux opératoires attribués à l'ambulatoire –dont la réutilisation des créneaux laissés vacants, l'outil informatique et l'image de l'établissement et de l'UCA à l'extérieur.

2. Difficultés et défis à relever

La conduite de projet visant à développer, à court et moyen termes, la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier d'Armentières, s'est parfois heurtée à des difficultés et des défis à relever.

a. Des défis à relever

Le projet d'optimiser la structure ambulatoire actuelle pour développer l'activité m'a été confié, en partenariat avec le cadre supérieur de santé chargé des structures chirurgicales. J'ai rédigé une fiche projet que le Chef d'Etablissement a approuvé (cf. [annexe 8](#)).

La conduite du groupe de travail visant à optimiser la structure ambulatoire dans l'attente de la réalisation du plan directeur a été difficile à mettre en place du fait du peu de soutien à la démarche même. Un manque d'enthousiasme certain s'est parfois manifesté pour participer à des plans d'actions visant l'optimisation de la structure ambulatoire. La participation de certains chirurgiens à d'autres activités que leurs activités purement médicales est assez faible. A titre d'exemples éloquentes, le pôle de chirurgie a été le dernier à désigner son responsable, faute de candidat pendant un temps, et le Conseil de bloc n'a plus de président depuis plus d'un an, les réunions sont désormais animées par le cadre supérieur responsable des structures chirurgicales.

J'ai pu recueillir les opinions et positions des chirurgiens de l'établissement lors d'entretiens individuels mais également au cours des ateliers chirurgicaux organisés par l'établissement avec l'accompagnement du Groupe Montaigne, et j'ai pu constater des prises de position différentes à ces deux occasions. Si individuellement, les chirurgiens sont une majorité à se déclarer favorables au développement de l'ambulatoire et prêts à opérer ce développement, en réunion, l'enthousiasme est moins vif. Certains avancent la nécessité de renforcer d'abord la chirurgie conventionnelle programmée, notamment des patients lourds, non concurrentiels avec le secteur privé. D'autres estiment que l'organisation actuelle fonctionne parfaitement et qu'il ne faut pas la changer, d'autres enfin reconnaissent des dysfonctionnements mais acceptent la situation comme un état de fait. Une minorité appelle de ses vœux une optimisation du fonctionnement actuel.

Le confort de la situation actuelle pour certains opérateurs explique la résistance au changement. En effet, le nombre de créneaux ambulatoires faibles depuis l'origine du service, permet à certains opérateurs de chirurgie traumatologique et de chirurgie viscérale de conserver au moins une salle de bloc opératoire par jour uniquement dédiée à leur spécialité et à des opérations lourdes. Un chirurgien affirme en effet préférer réaliser des interventions lourdes plutôt que de la chirurgie ambulatoire, peu gratifiante techniquement. La pratique de l'ambulatoire le matin est d'ailleurs, pour ce chirurgien, un frein à la programmation d'autres interventions après. D'autres chirurgiens, lorsqu'ils sont interrogés sur le développement éventuel de nouveaux gestes de chirurgie ambulatoire affirment que cela leur est impossible, car tel ou tel acte est pour eux irréalisable en ambulatoire, même si des exemples de pratique dans d'autres établissements publics ou privés leur sont présentés.

De façon générale, les objections propres à la résistance au changement ont souvent été formulées. Cette résistance au changement a été un élément auquel Mme ATTAGNIANT, Cadre supérieur de santé responsable des structures chirurgicales, et moi avons accordé beaucoup d'importance à l'heure de mettre en place le groupe de travail chargé de travailler à l'optimisation de l'ambulatoire. Afin de nous aider dans cette démarche, le chef d'établissement nous a conseillé d'associer le Dr KEITH, coordonnateur médical de la structure ambulatoire aux réunions préparatoires à la mise en place du groupe.

Afin de montrer l'attachement du directeur à ce travail, j'ai rédigé à sa demande, dès le mois de juillet, un courrier à l'ensemble des chirurgiens et anesthésistes, afin de rappeler le lancement du groupe de travail dès la rentrée (cf. [Annexe 9](#)). Cette sensibilisation et la participation du Dr KEITH à la démarche semblent avoir permis de convaincre les médecins de participer au travail. Une date de première réunion est fixée au 3 octobre avec un groupe de travail composé de Mme ATTAGNIANT, M. WIART cadre

de santé du bloc, un chirurgien par spécialité chargé de représenter l'ensemble des chirurgiens d'un service, des anesthésistes, et moi.

b. Un consensus difficile

Une autre difficulté à la bonne marche de la conduite de projet réside dans la diversité et l'incompatibilité des préconisations recueillies lors de mes entretiens. Certaines préconisations des acteurs interrogés sont en outre incompatibles avec le guide de bonnes pratiques publié par la MeaH. Obtenir un consensus sur les axes à travailler a été difficile. Ils ont cependant été définis lors de la réunion de préparation du 4 septembre avec le Dr KEITH et Mme ATTAGNIANT.

- *La réouverture du bloc opératoire du service de chirurgie ambulatoire*

Cette proposition a été formulée par le Dr KEITH, coordonnateur médical de la structure ambulatoire. Il y voit une solution à la difficile cohabitation actuelle au bloc central entre les praticiens dont l'activité est essentiellement tournée vers l'ambulatoire et les autres praticiens, notamment de chirurgie traumatologique et de chirurgie viscérale. Il estime également que cette réouverture est rationnelle financièrement dans la mesure où ce bloc n'a fonctionné que trois ans pour un investissement important.

Cette solution est cependant incompatible avec les orientations que souhaite prendre le chef d'établissement. D'une part cette réouverture nécessiterait l'achat de nouveaux matériels d'un montant estimé à 200.000 euros. D'autre part, cette solution repousserait encore le travail à mener sur l'organisation du futur bloc central à six salles incluant la chirurgie ambulatoire.

Lors de la réunion préparatoire, le Dr KEITH a accepté que cette proposition ne soit pas étudiée par le groupe de travail. Le nombre d'anesthésistes présents dans l'établissement pourrait en effet diminuer dans un avenir proche et leur présence sur plusieurs sites opératoires serait difficile à assurer.

- *L'augmentation des lits d'hébergement au sein du service de chirurgie ambulatoire existant*

Cette proposition a surtout été formulée par des cadres de santé concernés par l'ambulatoire forain et la désorganisation de leurs services. Elle a été relayée par un anesthésiste qui estime que le ratio personnels/patients du service dédié est beaucoup trop élevé et donc coûteux pour l'établissement. Il pense que la taille critique à atteindre est de huit places.

Cette taille est impossible à atteindre sans la réalisation de travaux coûteux alors même que le plan directeur prévoit l'ouverture d'un hôpital de jour médico-chirurgical de douze places pour 2010.

La piste de l'augmentation des capacités d'hébergement a cependant été retenue comme axe de travail par le groupe de pilotage du projet.

- *L'élargissement de l'amplitude horaire d'ouverture du service de chirurgie ambulatoire*

Cet élargissement a souvent été appelé de leurs vœux par deux praticiens et constitue pour eux une solution pour opérer et héberger des patients en ambulatoire en début d'après-midi. Les autres chirurgiens estiment en revanche qu'il est impossible d'opérer en début d'après-midi en raison des délais incompressibles de réveil anesthésique.

Cette piste n'a pas été retenue dans les axes de travail lors de la réunion préparatoire car le service peut déjà fonctionner de 7h à 18h, même si dans la pratique l'horaire de fermeture se situe aux alentours de 16h. Ce point sera rappelé lors de la première réunion du 3 octobre.

- *Les salles de bloc opératoire*

Beaucoup de chirurgiens proposent de maintenir la pratique de l'ambulatoire dans la salle 4, dédiée et de conserver les trois autres salles au programme conventionnel. Ils estiment que cette solution est la mieux à même de garantir qu'une salle soit exclusivement réservée à la pratique de l'ambulatoire et non pas récupérée fréquemment pour le programme conventionnel. Les prises de position constatées lors des ateliers chirurgicaux mettent cependant en doute l'explication précédente. En effet, cette solution privilégie davantage l'activité conventionnelle que l'ambulatoire puisque l'activité sur une seule salle limite le nombre d'interventions.

La possibilité d'opérations ambulatoires sur plusieurs salles sera étudiée.

B. 2007-2009 : optimisation de la structure ambulatoire actuelle

Au cours du mois de juin, Mme ATTAGNIANT, M. WIART, cadre de santé du bloc opératoire et moi, nous sommes rencontrés pour définir une méthode pour la conduite de projet qui nous a été confiée. Nous avons réfléchi aux objectifs à atteindre, aux acteurs à réunir, et au nombre adéquate de réunions à prévoir. A partir des pistes proposées dans la fiche n°6 du document établi en collaboration avec les consultants du Groupe

Montaigne et des résultats de l'audit que j'ai mené d'avril à juin, nous avons défini trois grands objectifs. Nous y avons associé trois réunions à organiser dès la rentrée.

Mme ATTAGNIANT et M.WIART ont insisté sur la nécessité de réunir un chirurgien par spécialité, représentant l'ensemble de ses collègues. En effet, ce caractère représentatif a manqué par le passé et plusieurs décisions ont été contestées pour cette raison.

Cette méthode a été soumise à l'avis du Dr KEITH lors de la réunion de préparation du 4 septembre. Il y a émis un avis favorable.

Le groupe de travail se réunira le 3 octobre prochain et travaillera au cours de trois réunions sur l'optimisation de la répartition et de l'utilisation des créneaux de chirurgie ambulatoire, sur la création et l'introduction d'un outil informatique adapté à l'activité ambulatoire et sur la connaissance et la reconnaissance de l'activité ambulatoire du CHA.

Ces trois axes me paraissent en effet être prioritaires pour amorcer le développement de la chirurgie ambulatoire. Ces recommandations ont été acceptées par l'équipe de direction qui m'a chargée, après cette phase théorique, de mettre en oeuvre mes préconisations.

1. L'optimisation de la répartition et de l'utilisation des créneaux opératoires de chirurgie ambulatoire

Toute réflexion sur les créneaux opératoires ambulatoires entraîne une réflexion sur l'organisation du bloc opératoire central. Les démonstrations précédentes ont mis en évidence que le point problématique principal pour certains chirurgiens dans le développement de la chirurgie ambulatoire est l'empiètement sur leur activité conventionnelle programmée. Dès lors Mme ATTAGNIANT, M.WIART et moi avons réfléchi à une nouvelle répartition des créneaux en étudiant les répercussions sur l'organisation du bloc central et en poursuivant comme objectifs, d'une part de dégager aux chirurgiens demandeurs (l'ophtalmologue et un chirurgien de traumatologie principalement) davantage de créneaux que dans la version en vigueur actuellement et, d'autre part que les créneaux soient répartis en fonction des contraintes de chacun.

a. De nouveaux créneaux et une nouvelle répartition

Plutôt que de s'appuyer sur le planning existant des créneaux comme cela avait été fait jusqu'à présent à l'occasion de chaque remaniement de créneaux, j'ai proposé de répartir les créneaux opératoires ambulatoires sur un schéma représentant les salles du bloc opératoire. Nous avons pris le parti, afin de respecter le délai incompressible de réveil anesthésique et de ne pas compromettre une sortie des patients le jour même, de

répartir six créneaux opératoires ambulatoires, et non plus quatre, en début de programme sur deux salles et non plus uniquement sur la salle 4. Nous avons fait une exception à cette répartition pour le PH d'ophtalmologie qui réalise souvent cinq à six interventions consécutives sur la même salle 4 du fait de la difficulté à déplacer le matériel opératoire d'une salle à l'autre.

Dans la répartition des créneaux, nous avons tenu compte des emplois du temps de tous les chirurgiens réalisant de l'ambulatoire afin que les créneaux et leurs consultations ne se chevauchent pas. Nous avons également tenu compte des contraintes propres au fonctionnement des salles du bloc opératoire (temps de nettoyage, déplacements de matériel et délais de stérilisation de matériels d'un jour à l'autre). Enfin, nous avons vérifié à chaque étape de la répartition des créneaux que l'équilibre actuel de la répartition des salles entre les praticiens de chirurgie viscérale et les praticiens de chirurgie traumatologique pour le programme conventionnel était respecté. Ce point est en effet, comme je l'ai souligné précédemment, essentiel à la réussite de cette proposition de nouvelle répartition.

A partir de ce schéma d'occupation des salles opératoires par des interventions de chirurgie ambulatoire, nous avons réfléchi à l'organisation de l'hébergement des patients. Avec six créneaux opératoires en début de programme il est indispensable d'identifier six places pour l'accueil des patients de chirurgie ambulatoire. Or, le service ne compte que quatre places. Deux places restent donc à trouver.

Dans notre proposition de remaniement, nous envisageons l'hébergement de deux patients dans les services conventionnels de chirurgie. L'inconvénient de cette solution réside dans le maintien d'ambulatoire forain, avec les désagréments mis en évidence précédemment dans ce travail. Néanmoins, ceux-ci pourraient être limités dans la mesure où il s'agirait d'ambulatoire forain organisé. Les cadres de santé des services sauraient quel(s) jour(s) des patients d'ambulatoire sont à accueillir et pourraient ainsi anticiper cette prise en charge et organiser le service en conséquence, ce qui est actuellement impossible puisque l'ambulatoire forain n'est pas organisé. L'hébergement dans les services conventionnels de chirurgie a été réparti équitablement entre les spécialités de façon à ne pas pénaliser, si cette solution pénalise les services, davantage un service qu'un autre (cf. annexe 10).

Une autre solution a été envisagée dans l'hébergement d'un cinquième patient dans le service de chirurgie ambulatoire et d'un sixième dans les services conventionnels de chirurgie. Pour cela, j'ai contacté l'ingénieur en chef responsable des services techniques, M. FAES, afin d'étudier techniquement cette éventualité. Nous nous sommes rendus dans le service de chirurgie ambulatoire afin d'étudier à quel endroit il serait envisageable d'installer une cinquième place. M.FAES m'a indiqué que la seule solution consistait à doubler une chambre. Il a évalué le coût de ces travaux à 10.000 euros. Le

fait que l'établissement ne soit pas autorisé pour cinq places de chirurgie ambulatoire et le coût du réaménagement sont deux éléments qui conduiront certainement à écarter cette solution.

Une troisième hypothèse de travail a été proposée par le Dr KEITH lors de la réunion de travail du 4 septembre. Il a évoqué la possibilité d'utiliser deux lits localisés dans le service de gastro-entérologie, actuellement à la disposition des chirurgiens de traumatologie et de viscérale. Ainsi, ces deux lits pourraient être identifiés comme des lits d'ambulatoire, ce qui faciliterait la prise en charge du patient et le suivi par les chirurgiens et les anesthésistes, qui sauraient de façon précise où sont les patients.

Lors de la réunion du 4 septembre, le Dr KEITH, Mme ATTAGNIANT et moi avons validé ces propositions à soumettre au groupe de travail. Une rencontre informelle avec le Dr KEITH m'a permis de savoir que la proposition de remaniement des créneaux recevait un accueil plutôt favorable chez les chirurgiens. La CME du 17 septembre a confirmé cette tendance puisque le chef du service d'orthopédie-traumatologie et un gastro-entérologue y ont exprimé leur satisfaction relative à la proposition. Si elle est acceptée lors de la réunion du 3 octobre, le Chef d'Etablissement m'a demandé de la présenter au Conseil de bloc prévu le 5 octobre. Je proposerai qu'elle fasse l'objet d'un test pendant trois mois pour permettre d'éventuels ajustements avant une adoption définitive.

b. Une meilleure utilisation des créneaux laissés vacants

L'autre optimisation relative aux créneaux opératoires ambulatoires à réaliser est une meilleure utilisation des créneaux laissés vacants. En effet, la « loi » des sept jours qui s'applique actuellement ne permet vraisemblablement pas aux chirurgiens qui pourraient réutiliser des créneaux laissés vacants, de le faire.

Depuis ma présentation du 11 juin, Mme ATTAGNIANT a décidé de prévenir les opérateurs lorsque des créneaux seraient vacants. Ainsi, pendant la période des vacances d'été, elle a envoyé un message électronique à tous les opérateurs indiquant quels créneaux pourraient être réutilisés. Cette démarche a été positive puisque quelques créneaux ont été réinvestis alors qu'auparavant cela n'était jamais arrivé. Cette expérience souligne la participation positive des chirurgiens aux essais d'optimisation. Cependant, la solution consistant à envoyer un message électronique à chaque fois que des créneaux seront libres est lourde à mettre en place. Une autre solution doit être envisagée.

Au cours de ma présentation du 11 juin, j'avais avancé une proposition visant à passer d'une « loi » de sept jours à une « loi » de quinze jours pour permettre aux patients de recevoir une consultation anesthésique dans le délai, et au chirurgien de réutiliser un créneau laissé vacant. J'ai proposé de coupler cet allongement de délai à une évolution de

l'outil informatique existant afin de réussir la réutilisation. L'idée est de permettre aux chirurgiens de visualiser, via l'outil informatique, les possibilités de prise de rendez-vous anesthésiques dans les quinze jours. Je reformulerai ces propositions lors de la 1^{ère} réunion du groupe de travail en octobre.

2. L'évolution de l'outil informatique existant : support à l'organisation et au pilotage

a. Un outil d'organisation

La deuxième réunion du groupe de travail visant à l'optimisation de la structure ambulatoire sera consacrée à la définition d'un outil informatique adapté aux besoins des opérateurs et permettant une circulation d'information indispensable à la bonne organisation de la prise en charge ambulatoire. Le responsable informatique sera convié à cette réunion afin qu'il recueille les besoins des opérateurs et indique si des réponses informatiques peuvent être apportées. Outre la possibilité de visualiser les rendez-vous de consultation anesthésique possibles, cet outil pourrait offrir un code couleur permettant de visualiser les créneaux des praticiens qui seront laissés vacants pendant leurs périodes de congés. L'idéal serait qu'il présente la répartition des créneaux dans chaque salle de bloc opératoire afin de permettre aux chirurgiens de s'organiser de façon globale, en ayant possibilité de visualiser la programmation conventionnelle. Enfin, il serait souhaitable que cet outil permette aux opérateurs d'avoir un regard sur l'utilisation des créneaux pour une semaine entière. Actuellement, une page de l'outil informatique correspond à un jour opératoire, ce qui est peu pratique pour avoir une vision d'ensemble.

Ces idées m'ont été formulées au cours des entretiens, je suppose qu'elles constitueront l'essentiel des souhaits adressés par les chirurgiens au responsable informatique lors de la deuxième réunion du groupe. A cette occasion, je proposerai également aux opérateurs qui le souhaitent, une formation au nouvel outil informatique.

b. Un outil de pilotage

Un outil informatique pourrait également être créé pour la mise en place d'indicateurs de suivi de l'activité. Actuellement, aucun indicateur présenté dans le rapport MeaH n'existe au Centre Hospitalier d'Armentières. Je proposerai donc l'introduction de quelques indicateurs d'activité et de qualité, simples d'utilisation et d'exploitation pour

amorcer l'institutionnalisation du suivi de la chirurgie ambulatoire par les opérateurs eux-mêmes.

Le service informatique pourrait créer un outil support à la création et à l'exploitation de ces indicateurs, en particulier :

- le case-mix ambulatoire (et sa valorisation) réalisé par chaque chirurgien et par service,
- le taux d'occupation du service de chirurgie ambulatoire,
- le taux d'utilisation des créneaux disponibles par chirurgien et par spécialité,
- le taux de ré-utilisation de créneaux vacants par chirurgien et par spécialité,
- le taux de déprogrammation le jour J et sa répartition par causes principales,
- le taux de rappel du lendemain, etc..

Il serait également intéressant que le médecin DIM s'approprie l'outil de suivi de l'activité ambulatoire proposé par la MeaH pour étudier le développement global au sein de l'établissement.

3. La connaissance et la reconnaissance du service de chirurgie ambulatoire du CHA

La troisième réunion du groupe de travail aura pour objectif de faire émerger des solutions pour que la prise en charge en chirurgie ambulatoire du Centre Hospitalier d'Armentières soit connue et reconnue des médecins libéraux et de la population du territoire de santé. Cet objectif passe par la définition du rôle et des missions des responsables de la structure et par une communication à l'extérieur de l'établissement.

- a. La définition du rôle et les missions des responsables de l'unité de chirurgie ambulatoire

Le rapport de la MeaH met en évidence que le bon développement de l'activité de chirurgie et la prise en charge optimale des patients sont intimement liés à la définition du rôle et des missions des responsables de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Le Dr KEITH est le responsable médical de la structure ambulatoire depuis son ouverture en 2003. Son binôme est le cadre supérieur de santé responsable des structures chirurgicales.

Cependant, la définition de leurs rôles et missions n'est pas clairement établie.

Lors de la deuxième réunion du groupe de travail, je proposerai que cette définition soit établie par l'ensemble du groupe en rappelant les objectifs principaux de chacun de ces responsables : croissance de l'unité de chirurgie ambulatoire pour le coordonnateur médical et gestion opérationnelle de l'unité et du circuit patient pour le cadre de santé. Il serait souhaitable que parmi les missions de ces responsables figurent l'exploitation des indicateurs de suivi de l'activité de chirurgie ambulatoire et la présentation régulière des conclusions tirées de cette exploitation, y compris à l'occasion des Instances de l'établissement.

Ces responsables pourraient également faire le lien entre le service et l'extérieur de l'établissement. Il pourrait leur incomber d'organiser une visite du service à l'attention des médecins de ville, une rencontre entre les chirurgiens de l'établissement et un ou des chirurgiens d'établissements publics dont la pratique de l'ambulatoire est reconnue.

Je proposerai toutes ces idées lors de la deuxième réunion du groupe de travail.

b. La communication vers l'extérieur

Lors des ateliers chirurgicaux, le thème de la communication en direction de la médecine de ville a été traité. La nécessité de multiplier les EPU a été mise en évidence, en particulier pour les praticiens nouvellement arrivés dans l'établissement et inconnus des médecins de ville. L'idée de l'organisation d'une journée médicale type portes ouvertes au CHA a été avancée. Enfin, un groupe de travail a été constitué pour créer un site Internet et améliorer l'accueil téléphonique des médecins traitants.

Je proposerai au groupe de travail du plan d'actions n°6 de poursuivre les axes définis mais en les adaptant à la problématique de la chirurgie ambulatoire, voire en définissant de nouvelles actions spécifiques à la connaissance de la chirurgie ambulatoire.

Lors de la soirée du 11 juin, j'ai avancé l'idée de la réalisation d'une plaquette présentant la prise en charge en chirurgie ambulatoire au CHA et de sa présentation par un représentant du CHA qui rencontrerait l'ensemble des médecins de ville, à l'image des représentants des laboratoires pharmaceutiques. Je soumettrai cette idée au groupe et s'il l'accepte, je proposerai que la plaquette soit élaborée de façon collégiale. Le Comité de direction auquel j'avais précédemment présenté cette idée a suggéré que le représentant soit un stagiaire en communication.

Pour faire connaître et reconnaître la prise en charge en chirurgie ambulatoire directement auprès de la population du territoire, je proposerai également au groupe de travail, la rédaction d'un article qui pourrait être publié dans les journaux municipaux d'Armentières et des communes environnantes. Chaque membre du groupe sera sollicité pour l'émergence de nouvelles idées.

En marge des grandes thématiques des trois réunions programmées, des réponses seront apportées à certaines des inquiétudes soulevées par les chirurgiens au cours des entretiens. Par exemple, je proposerai l'élaboration d'un « score d'aptitude à la rue », comme présenté dans le rapport MeaH. La mise en place d'un calcul de score de sortie pourrait rassurer les chirurgiens face au risque médico-légal. Sur le même sujet, il serait intéressant d'essayer à nouveau de conclure un accord avec les médecins de ville pour le suivi post-opératoire des patients.

Si le travail du groupe est fructueux, il permettra, à court et moyen termes, de réaliser une partie des potentiels de développement mis en évidence précédemment. Cependant, à long terme, les capacités du service de chirurgie ambulatoire, dont le taux d'occupation actuel est en moyenne de 71.80% (au 14 septembre 2007) seront insuffisantes, et la solution consistant à héberger des patients en dehors de ce service ne pourra être maintenue sur le long terme car elle rompt l'unité de la prise en charge ambulatoire.

L'hôpital de jour médico-chirurgical prévu dans le plan Directeur permettra au CHA de poursuivre le développement de son activité ambulatoire, qu'elle soit chirurgicale ou médicale.

C. 2010 : l'Hôpital de Jour médico-chirurgical

L'ouverture d'un hôpital de jour médico-chirurgical de douze places fait partie, avec la création d'une unité de court séjour gériatrique de vingt lits et le regroupement et l'extension des blocs opératoires, des grands objectifs médicaux du CHA qui ont été développés dans le document socle du contrat signé avec l'ARH Nord-Pas-de-Calais en juin 2007, et dans le schéma directeur architectural de l'établissement (cf [annexe 11](#)).

Avant de montrer en quoi l'hôpital de jour médico-chirurgical permettra le développement de l'activité ambulatoire du CHA, je souhaite préciser que je n'ai pas été chargée de mener de réflexions sur l'organisation de la prise en charge ambulatoire pendant les travaux pour deux raisons principales. D'une part, des groupes de travail y avaient déjà réfléchi en 2006, lorsque le plan directeur a été présenté aux Instances de

l'établissement, et d'autre part, la réalisation de ces travaux reste soumise à l'acceptation de la part des tutelles d'un accompagnement financier du projet dans le cadre du Plan Hôpital 2012.

En revanche, j'ai été chargée de participer à la rédaction du dossier Hôpital 2012 pour la partie Hôpital de jour médico-chirurgical. J'y ai notamment démontré en quoi cette structure serait une opportunité en termes d'activité pour l'établissement, et de qualité de la prise en charge pour les patients.

Actuellement l'établissement dispose de cinq places en médecine, une place de gynécologie, quatre places en orthogénie. Le service de chirurgie ambulatoire compte quatre places installées. Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire a été démontré précédemment et celui de la médecine ambulatoire est contraint par un accueil et un hébergement répartis dans différents services : une structure dédiée facilitera la prise en charge

1. Présentation de l'Hôpital de Jour médico-chirurgical

Le Plan Directeur prévoit l'installation de douze places dans l'Hôpital de jour médico-chirurgical nouvellement créé.

Cette structure permettra le regroupement de l'activité de chirurgie ambulatoire et d'hôpitaux de jour de médecine. Elle sera ouverte tout comme l'est actuellement le service de chirurgie ambulatoire, du lundi au vendredi et toutes les semaines de l'année, sans fermeture pendant les vacances scolaires. C'est l'hypothèse retenue dans le dossier Hôpital 2012, qui m'a permis d'établir une cible d'activité de 3120 séjours par an.

Les interventions chirurgicales continueront à être réalisées au bloc central. Le circuit sera facilité par la localisation de l'HDJ en face du bloc opératoire central. En effet, l'HDJ sera construit en lieu et place de l'ex-secteur ambulatoire existant.

Le programmiste a précisé qu'il s'agissait de travaux de restructuration lourde, sur une surface de 446 m², pour un coût toutes dépenses confondues, hors taxe, de 445.000 euros.

La réalisation de cet hôpital de jour reste néanmoins soumise à l'accompagnement financier des tutelles pour le plan directeur. Si tel n'était pas le cas, d'autres plans d'actions, à l'image de ceux déployés actuellement devraient être envisagés pour poursuivre le développement de l'ambulatoire au CHA.

2. Une opportunité en termes d'activité et de qualité pour le CHA

a. Une opportunité de développement de l'activité

Dans le dossier « Plan Hôpital 2012 », je me suis attachée à démontrer que le dimensionnement de l'HDJ était adapté au bon développement de l'activité ambulatoire souhaité par l'établissement. Il est avant tout adapté à une progression d'activité correspondant aux besoins croissants de santé de la population du territoire, notables dans les taux de croissance de l'activité ambulatoire depuis 2005.

En 2006, avec les quatre places de chirurgie ambulatoire, 494 séjours ont été réalisés, et en hôpital de jour de médecine, 1432 séjours ont été réalisés, soit un total de 1926 séjours ambulatoires en 2006.

Fort des potentiels de substitution et de développement mis en évidence et des plans d'actions dès à présent mis en œuvre, les prévisions d'activité ambulatoire pour les cinq ans à venir se basent sur l'hypothèse d'une croissance de 30% par an des actes de chirurgie ambulatoire, soit 190 actes supplémentaires en 2008, 247 actes supplémentaires en 2009, et 321 actes supplémentaires en 2010.

La cible d'actes réalisés en chirurgie ambulatoire en 2010 est de 1390.

Cette hypothèse de 30% est dans la moyenne des croissances d'activité observées en 2006 et 2007 : la progression en actes de 2005 à 2006 est de 28.15%, la progression de 2006 à 2007 (effet année pleine) est de 32.21%.

Elle est en outre justifiée par le potentiel de substitution de huit cents actes démontré précédemment. Avec une augmentation de 30% par an, en 2010, 758 de ces huit cents actes potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire seront réalisés.

L'hypothèse pour les années 2011 et 2012 est celle d'une légère augmentation du niveau d'activité et non plus d'une augmentation de 30% par an puisque les potentiels de substitution seront atteints. Les nouvelles progressions d'activité se baseront alors sur les potentiels de développement.

En médecine ambulatoire, il est raisonnable d'envisager une croissance d'activité de l'ordre de 10%. En effet, avec la mise en place des pôles, une réflexion est en cours pour optimiser l'accueil et la prise en charge en médecine ambulatoire. Des développements sont anticipés par les praticiens pour les hôpitaux de jour en endocrinologie, en diabétologie, et en oncologie.

Le nombre total de séjours ambulatoires prévisibles dans l'HDJ à partir de 2010 est donc de 3486, la cible d'activité basée sur l'accueil d'un patient par jour et par place est donc atteinte.

Les douze places de l'Hôpital de jour médico-chirurgical seront adaptées à la prise en charge de patients de plus en plus nombreux à bénéficier de soins ambulatoires.

A terme, avec la réalisation de l'hôpital de jour prévu dans le schéma directeur, la création d'une structure d'hébergement pour l'activité ambulatoire médicale (y compris l'oncologie) et chirurgicale y compris les endoscopies, constituera la finalisation de la démarche et permettra d'offrir aux patients un accueil et une trajectoire de soins modernisée, et de qualité.

b. Une qualité de prise en charge du patient améliorée

L'ouverture de l'Hôpital de jour médico-chirurgical correspond à une exigence de qualité dans la prise en charge des patients.

Cette qualité est liée à la fois à la croissance d'activité que permettra la nouvelle structure, et à l'organisation du nouvel hôpital de jour.

Par le fait même de permettre l'accueil de davantage de patients qu'aujourd'hui, le futur hôpital de jour est un progrès en termes de qualité de la prise en charge pour les patients, car, comme cela a été mis en évidence dans la première partie de ce travail, une prise en charge ambulatoire est synonyme de plus grande satisfaction du patient.

En termes d'organisation, les patients actuellement accueillis dans le service de chirurgie ambulatoire bénéficient d'une qualité de prise en charge optimale. Cette qualité n'est cependant pas aussi optimale pour les patients de médecine ambulatoire puisque l'hébergement des hôpitaux de jour n'est pas réalisé dans une structure dédiée mais dans les services d'hospitalisation conventionnelle. Certains patients de chirurgie ambulatoire sont également accueillis dans des lits d'hospitalisation conventionnelle dans les services de chirurgie correspondants. Cet ambulatoire « forain » correspond à une qualité de prise en charge moindre, comme l'a démontré l'étude que j'ai réalisée et présentée en deuxième partie de ce travail.

La structure dédiée qu'est l'Hôpital de jour médico-chirurgical, avec son circuit patient et son unité de lieu, permettra une qualité de prise en charge des patients optimale et une réponse adaptée aux points à améliorer mis en évidence précédemment, pour lesquels les réponses apportées dans l'attente du plan directeur, ne sont qu'un premier pas. L'hébergement de deux patients en dehors du service dédié par exemple, n'est pas une solution optimale.

L'organisation des services d'hospitalisation traditionnelle s'en trouvera également améliorée. En effet, pour ces services, l'accueil et la prise en charge des patients en hôpitaux de jour de médecine, mais surtout en ambulatoire « forain » de chirurgie, sont

une charge de travail supplémentaire qui peut engendrer des difficultés, comme cela a été mis en évidence dans l'étude de l'organisation actuelle.

L'existence d'un Hôpital de jour médico-chirurgical de douze places, permettra la disparition de cette situation. Il est en effet raisonnable, avec davantage de places disponibles dans une structure dédiée, de prévoir la disparition de l'ambulatoire « forain ».

Enfin, la structure de l'hôpital de jour médico-chirurgical sera synonyme de qualité pour les soignants y exerçant leur profession. En effet, le caractère pluridisciplinaire, à la fois médical et chirurgical, permettra aux soignants d'entretenir leurs connaissances techniques dans les deux spécialités. Cette technicité entretenue aura incontestablement des répercussions positives dans la prise en charge des patients de la structure.

Je n'ai pas pu envisager l'optimisation des ressources humaines grâce à l'HDJ faute de disponibilité de la cadre supérieure des structures médicales au projet. Cette dernière m'a d'ailleurs exprimé, lors d'un entretien, qu'elle estimait que le développement des hôpitaux de jour de médecine ne nécessitait pas l'ouverture d'un hôpital de jour médico-chirurgical mais l'identification en lits d'hôpital de jour, de douze lits sur les vingt-neuf du service de médecine interne, qui compte souvent plusieurs lits inoccupés. Elle illustre la faisabilité de cette proposition par l'exemple des sept lits du service de cardiologie qui ont été identifiés pour la prise en charge des AVC. Cette suggestion pourrait d'ailleurs, dans l'attente de l'ouverture de l'Hôpital de jour médico-chirurgical, constituer un vecteur de développement des hôpitaux de jour de médecine.

Conclusion

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un axe majeur du projet médical du Centre Hospitalier d'Armentières. Il s'inscrit pleinement dans les orientations sanitaires nationales, et répond à un besoin de santé avéré de la population du territoire Flandre Lys.

Le premier temps fort du projet que j'ai mené s'est concrétisé par l'analyse de l'organisation et de l'activité du service existant depuis 2003. Elle a souligné les atouts dont bénéficie le CHA. En effet, cette activité est en pleine progression et présente encore des potentiels de regroupement, de substitution et de développement conséquents.

Le deuxième temps fort du développement de la chirurgie ambulatoire au CHA passe actuellement par la mise en oeuvre des recommandations que j'ai formulées et proposées au groupe de travail pluridisciplinaire, composé de chirurgiens, d'anesthésistes et de soignants. Le co-coordonnateur du plan d'actions n°6 du projet médical pérennisera la démarche.

Le troisième temps fort correspondra à l'ouverture de l'hôpital de jour médico-chirurgical prévu dans le Schéma Directeur architectural. Cette ouverture reste néanmoins soumise à la réponse qui sera apportée en mars 2008 par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation au dossier constitué dans le cadre du Plan Hôpital 2012 pour obtenir un éventuel accompagnement financier de la réalisation du schéma directeur architectural. En cas d'accompagnement, la construction de l'hôpital de jour médico-chirurgical, prévue en phase 1, commencera en 2009 et les premiers patients pourront être accueillis dès 2010. En revanche, en cas de non accompagnement financier, l'ouverture de l'hôpital de jour devient très hypothétique puisque le Centre Hospitalier d'Armentières ne sera pas en mesure d'assumer seul le coût total des travaux, estimé à 23 millions d'euros. Des plans d'actions tels que ceux élaborés actuellement devront alors être mis en place ou poursuivis pour réussir le développement de l'ambulatoire chirurgical et médical. Par exemple, certaines préconisations du rapport de la MeaH sur la chirurgie ambulatoire non encore à l'étude, pourront l'être. Un dossier de demande d'autorisation pour l'identification de places d'hôpitaux de jour de médecine dans un des services d'hospitalisation conventionnelle existants, pourrait être constitué.

L'étude des conditions du développement de la chirurgie ambulatoire et la démarche de mise en oeuvre du plan d'actions correspondant m'ont permis de me positionner en futur directeur d'hôpital. Cette conduite de projet a non seulement été l'occasion de m'approprier un sujet de santé publique au cœur des réflexions et préoccupations sanitaires nationales, mais elle a signifié également management d'un groupe de travail, communication avec divers professionnels de l'établissement, utilisation de compétences techniques, notamment financières, économiques et juridiques.

Bibliographie

ARTICLES ET REVUES

BONVOISIN Frédéric, « La gestion du quartier opératoire par les indicateurs », Gestions hospitalières, juin/juillet 2003.

CNEH, La chirurgie ambulatoire. Enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire, conditions du développement, Revue Technologie et santé, n°53, décembre 2004.

DRAVET F., BELLOIN J., DUPRE P.F., FRANCOIS T., ROBARD S., THEARD J.L., CLASSE J.M., « Place de la chirurgie ambulatoire en chirurgie sénologique. Etude prospective de faisabilité. », Annales de chirurgie, vol. 125, n°7, 2000.

DREMAUX Fanny, « Les enjeux de la chirurgie ambulatoire », Assurance Maladie, 2006.

FAIVRE Véronique, « Projet : unité de chirurgie ambulatoire », Gestions hospitalières, décembre 2002.

GAUTHIER Sylvain, « Les exigences de sécurité pour l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire : du processus artistique au processus maîtrisé », Techniques hospitalières, n°686, juillet/août 2004.

SOURTY LE-GUELLEC Marie-Jo, « Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999 », Bulletin d'information en économie de la santé, CREDES, n°41, septembre 2001.

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

RAPPORTS

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, La chirurgie ambulatoire, mai 1997.

COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, « Présentation des comptes prévisionnels de la sécurité sociale et des mesures de redressement de l'assurance maladie », 4 juillet 2007.

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, CAUTERMAN Maxime, ENGEL François, « Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques », rapport intermédiaire, 3 mai 2006.

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, CAUTERMAN Maxime, TAJAHMADY Ayden, ENGEL François, « Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques : d'un exercice institutionnel à une démarche entrepreneuriale », rapport final, 22 mai 2007, 175 p.

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, « Organisation de la chirurgie ambulatoire, Développer l'activité, Maîtriser les processus », 31 août 2007.

PROGRAMME NATIONAL INTER-REGIMES, « Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire », septembre 2003.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970.

Loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991.

Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L.712-10 du code de la santé publique.

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

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

Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionnées à l'article D.712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R.712-2-1 (B) de ce même code.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Décret n° 99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'Anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

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

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

Arrêté du 5 mars 2006 fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III du Nord-Pas-de-Calais, mars 2006.

SITES INTERNET

www.hospimedia.fr

www.foad.ensp.fr

www.has.fr

www.sante.gouv.fr

www.meah.gouv.fr

www.chirambu.org (site de l'AFCA)

www.parhtage.sante.fr/re7/npc/site.nsf (site de l'ARH Nord-Pas-de-Calais)

MEMOIRES ENSP

DUBOIS LEPAND Sophie, « La chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier de Coulommiers : une opportunité à saisir pour l'hôpital public ? », décembre 2002.

VANUXEM Béatrice, « Conduite de projet d'implantation du service de chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne : un petit pas pour l'organisation, un grand pas pour la qualité », décembre 2003

ROUX Catherine, « Projet de réorganisation de la chirurgie au Centre Hospitalier de Martigues avec mise en place d'une unité de chirurgie ambulatoire », décembre 2004

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau d'ambulatoire des 5 gestes marqueurs les plus fréquents selon les régions en 2005

Tableau 2 : Actes de 0, 1 et 2 jours réalisés dans l'établissement en 2005, 2006 et 2007

Tableau 3 : Taux de chirurgie ambulatoire au CHA de 2005 à 2007 pour les principaux gestes marqueurs

Tableau 4 : Taux d'occupation du service de chirurgie ambulatoire de 2004 à 2007

Tableau 5 : Potentiels de substitution en 2006 pour les principaux gestes marqueurs

Tableau 6 : Comparaison des taux de chirurgie ambulatoire au CHA avec les taux moyens des CH de la région

Tableau 7 : Répartition des parts de marché sur la zone d'attractivité principale du CHA

Tableau 8 : Parts de marché Chirurgie

Tableau 9 : Parts de marché Chirurgie ambulatoire

Tableau 10 : Parts de marché du CHA pour les actes pouvant être réalisés en ambulatoire

Liste des annexes

- Annexe 1** : Planning des créneaux opératoires ambulatoires en 2003 (version 1)
- Annexe 2** : Planning des créneaux opératoires ambulatoires de janvier 2007 (version 8)
- Annexe 3** : Planning des créneaux opératoires ambulatoires septembre 2007 (version 9)
- Annexe 4** : Questionnaire chirurgiens
- Annexe 5** : Questionnaire patients
- Annexe 6** : Tableau n°2 : Actes de 0, 1 et 2 jours réalisés dans l'établissement en 2005, 2006 et 2007
- Annexe 7** : Plan d'actions n°6 du projet médical d'établissement
- Annexe 8** : Fiche projet relative au développement de la chirurgie ambulatoire
- Annexe 9** : Courrier de lancement du groupe de travail chirurgie ambulatoire
- Annexe 10** : Proposition relative à l'hébergement, consécutive à une réorganisation des créneaux opératoires ambulatoires
- Annexe 11** : Plan du Schéma Directeur Architectural

Annexe 1 : Planning des créneaux opératoires ambulatoires en 2003 (version 1)

SEMAINE 1

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
					3
MATIN	3 TRAUMATO	3 VISCERAUX	4 OPH	4 ORL	TRAUMATO
	1 GYNECO	1 GYNEC			1 GYNECO
APRES-MIDI	TRAUMATO AL	VISCERALE AL	TRAUMATO AL	VISCERALE AL	OPH AL

SEMAINE 2

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	3 TRAUMATO	3 OPH	4 OPH	4 ORL	3 GASTRO
	1 GYNECO	1 GYNEC			1 GYNECO
APRES-MIDI	TRAUMATO AL	VISCERALE AL	TRAUMATO AL	VISCERALE AL	OPH AL

etc,etc,etc...

Annexe 2 : Planning des créneaux opératoires ambulatoires de janvier 2007 (version 8)

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Semaine du		au			
S PAIRE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	ORL	GAST	OPH	ORL	OPH
	ORL	GAST	OPH	ORL	OPH
	ORL	GAST	OPH	ORL	OPH
	ORL	TRAU	OPH	ORL	OPH
A-MIDI	AL VISC	AL TRAU	AL VISC	AL VISC	AL OPH

Semaine du		au			
S IMPAIRE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	ORL	TRAU	OPH	OPH	VISC
	ORL	TRAU	OPH	OPH	VISC
	ORL	TRAU	OPH	OPH	VISC
	ORL	TRAU	OPH	OPH	VISC
A-MIDI	AL VISC	AL TRAU	AL VISC	AL VISC	AL TRAU

Semaine du		au			
S PAIRE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	ORL	GAST	OPH	ORL	OPH
	ORL	GAST	OPH	ORL	OPH
	ORL	GAST	OPH	ORL	OPH
	ORL	TRAU	OPH	ORL	OPH
A-MIDI	AL VISC	AL TRAU	AL VISC	AL VISC	AL OPH

Semaine du		au			
S IMPAIRE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	ORL	TRAU	OPH	VISC	VISC
	ORL	TRAU	OPH	VISC	VISC
	ORL	TRAU	OPH	VISC	VISC
	ORL	TRAU	OPH	VISC	VISC
A-MIDI	AL VISC	AL TRAU	AL VISC	AL VISC	AL TRAU

TOTAL PLAGES / 4 SEMAINES

10 TRAU	12 VISC	28 OPH	22 ORL	6 GAST	0 GYN
---------	---------	--------	--------	--------	-------

COMMENTAIRES

Après réunion du 27/10/2006,
la traumatologie cède 4 créneaux mais récupère 2 mardis au lieu de 4 lundis et 1 créneau un mardi sur deux

L'ophtalmo échange 1 mardi pour 1 jeudi et gagne 2 créneaux
L'ORL qui cède 2 jeudis et récupère les lundis, gagne 2 créneaux
La viscérale échange 1 mardi pour 1 jeudi
restent 2 créneaux non distribués 1mardi / 2 après la gastro

Annexe 3 : Planning des créneaux opératoires ambulatoires septembre 2007 (version 9)

salle1

salle2

salle3

salle4

lundi

mardi

mercredi

jeudi

vendredi

Annexe 4 : Quel est votre activité chirurgicale ?

2 Trau
ambu
puis
trau

Visc
conven

2 Trau
ambu
puis
trau

2 ORL
ambu
puis
ORL

2 Visc
ambu
puis
Visc

Visc
conven

Trau
conven

2 Trau
ambu
puis 2
Gastro

Trau
conven

Visc
conven

Trau
conven

6 OPH

Visc
conven

Visc
conven

Trau
conven

2 ORL
ambu
puis 4
OPH

2 Visc
ambu
puis
Visc

Visc
conven

Trau
conven

2 Trau
ambu
puis 2
Visc
ambu

GRILLE D'ENTRETIEN

Chirurgiens

Potentiel de développement de l'activité de chirurgie ambulatoire

1. Quels actes de chirurgie ambulatoire pratiquez-vous ?

2. Quelle proportion de votre activité (chirurgicale, et globale) cette prise en charge représente-t-elle ?

3. Quels sont, pour vous, les avantages et les inconvénients de ce type de prise en charge ?

Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de cette pratique ?

4. Utilisez-vous le planning informatique de chirurgie ambulatoire ?

5. Pensez-vous développer cette pratique ? Si oui, en nombre ? et/ou en types de gestes ?

6. Les médecins de ville sont-ils un relais efficace pour le développement de votre activité ?

7. Que pensez-vous du fait d'acter le développement de la chirurgie ambulatoire dans le CPOM ?

Quelle serait pour vous l'organisation « idéale » pour la chirurgie ambulatoire au CHA ? Pourquoi ?

8. Conseil de Bloc (fonctionnement, points forts, points faibles, attentes?)

Annexe 5 : Questionnaire patients

QUESTIONNAIRE PATIENTS

Patients ayant bénéficié d'une prise en charge ambulatoire au CHA

Entretiens téléphoniques (10 min)

Cible : échantillon de 15 patients parmi les 55 patients concernés en janvier 2007

1. Identification patient

Age

Sexe

Service de chirurgie concerné

2. Choix chir ambu/chir traditionnelle

a. Comment avez-vous pris la décision d'être opéré en ambulatoire plutôt que d'avoir recours à la chirurgie traditionnelle ?

c'est un choix personnel, initiative propre

explications : (ce n'était pas la 1^{ère} fois ?, etc.)

- Vous saviez donc que le CHA proposait une activité de chirurgie ambulatoire ? oui non
- Souhaitiez-vous être opéré spécifiquement au CHA ? oui non
- Pourquoi ?

c'est une proposition du médecin, acceptée

commentaires : (le médecin a-t-il été convaincant ? rassurant ? etc.)

- Connaissez-vous l'activité de chirurgie ambulatoire ? oui non
- Comment ? contact précédent avec l'hôpital (consultation, précédente hospitalisation, etc.) ?
médecin traitant ?
famille ?
autre ?

- Saviez-vous que le CHA proposait de la chirurgie ambulatoire ? oui non
- Comment : contact précédent avec l'hôpital (consultation, précédente hospitalisation, etc.) ?
médecin traitant ?
famille ?
autre ?

b. Si besoin (renseignements non fournis précédemment) : Pourquoi avez-vous préféré une prise en charge ambulatoire plutôt que traditionnelle ?

...Proximité ? ...Rapidité ?

3. Retour sur expérience

a. Etes-vous satisfait d'avoir choisi ce mode de prise en charge ? oui non

Pourquoi ?

Motifs de satisfaction (quelle que soit la réponse précédente)

Rapidité ? Chirurgie de proximité ? etc.

Motifs d'insatisfaction (quelle que soit la réponse précédente)

b. Avez-vous bénéficié d'un suivi post-opératoire qui vous a satisfait ? oui non

c. Lequel ? coup de téléphone post-opératoire du CHA

médecin traitant

autre

d. Si vous deviez à nouveau subir une intervention chirurgicale, choisiriez-vous à nouveau ce type de prise en charge ?

oui non

Pourquoi ?.....

e. Si vous deviez à nouveau subir une intervention chirurgicale, choisiriez-vous à nouveau d'être pris en charge par le CHA ?

oui non

Pourquoi ?.....

.....

f. Le cas échéant, pensez-vous recommander à un ami ou un membre de votre famille, la prise en charge chirurgicale en ambulatoire ? oui non

La prise en charge chirurgicale en ambulatoire au CHA ? oui non

La prise en charge chirurgicale au CHA ? oui non

Annexe n°6 : Actes de 0, 1 et 2 jours réalisés dans l'établissement en 2005, 2006 et 2007

Tableau n°2 : Actes de 0, 1 et 2 jours réalisés dans l'établissement en 2005, 2006 et 2007

2005	Actes effectués dans le cadre de la chirurgie ambulatoire 0 jour	Actes ayant donné lieu à un hébergement 1 jour	Actes ayant donné lieu à une hospitalisation de plus de 2 jours	Total actes réalisés
Interventions sur le cristallin	162	4	76	242

Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie	94	2	28	124
Ligatures de veines et éveinages	9	1	462	472
Circoncisions	41	2	7	50
Cure de hernie chez l'adulte/chez l'enfant	4	1	260	265
Chirurgie testiculaire	1	1	41	43
Décompression du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	15	1	14	30
Ablations de matériel d'ostéosynthèse	22			96
Arthroscopie du genou	7	4	21	32
Autres interventions sur la main	28	37	78	143
Interventions sur les seins	1			8
Endoscopies urinaires diagnostiques (hystérosopies)	11			50
TOTAUX	395	53	987	1555

2006	Actes effectués dans le cadre de la chirurgie ambulatoire 0 jour	Actes ayant donné lieu à un hébergement 1 jour	Actes ayant donné lieu à une hospitalisation de plus de 2 jours	Total actes réalisés
Interventions sur le cristallin	213	4	67	284
Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie	86	2	27	115
Ligatures de veines et éveinages	5	2	940	947
Circoncisions	63	1	10	74
Cure de hernie chez l'adulte/chez l'enfant	3	2	242	247
Chirurgie testiculaire	0	4	44	48

Décompression du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	9	4	8	21
Ablations de matériel d'ostéosynthèse	46			121
Arthroscopie du genou	10	5	16	31
Autres interventions sur la main	28	37	78	143
Interventions sur les seins	1	1	11	13
Endoscopies urinaires diagnostiques (hystérosopies)	14	18	1	33
TOTAUX	478	80	1444	2077

1er trimestre 2007	Actes effectués dans le cadre de la chirurgie ambulatoire 0 jour	Actes ayant donné lieu à un hébergement 1 jour	Actes ayant donné lieu à une hospitalisation de plus de 2 jours	Total actes réalisés
Interventions sur le cristallin	62	1	24	87
Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie	32	0	0	32
Ligatures de veines et éveinages	1	0	301	302
Circoncisions	22	0	4	26
Cure de hernie chez l'adulte/chez l'enfant	1	0	84	85
Chirurgie testiculaire	1	0	0	1
Décompression du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	4	0	1	5
Ablations de	12	3	21	36

matériel d'ostéosynthèse				
Arthroscopie du genou	5	2	5	12
Autres interventions sur la main	11	11	5	27
Interventions sur les seins	0	0	2	2
Endoscopies urinaires diagnostiques (hystérosopies)	7	5	5	17
TOTAUX	158	22	452	632
TOTAUX	632	88	1808	2528
Effet année pleine				

Annexe 7 : Plan d'actions n°6 du projet médical d'établissement

FICHE 4 : THEME 6 ET PLAN D' ACTIONS

Objectif : Optimiser la structure d'ambulatoire

Plan d'action chirurgie

Coordonnateur : Mme Isabelle KOINIG / Mlle BIZOUX

n°6

N o A c t i o n	Identifiant	Contenu	Responsable	Perso nnes impli quées	Réunions à prévoir	Date de début	Date de fin	Avance ment	Commentaires
A 1	Les données et les référentiels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilan (et référentiel) quantitatif par spécialité, par chirurgien, en ambulatoire 100% et en « ambulatoire » étage ▪ Revoir la typologie des interventions ambulatoires et l'évaluation des pratiques au CH Armentières ▪ Benchmark (comparaison) 	<p>Mme CRETON, Cadre en Traumatologie</p> <p>Mme EL YOUSSE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ 			30 mai 2007		Transmission d'éléments MEAH par Groupe Montaigne
A 2	La programmation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture de l'ambulatoire pendant les vacances ▪ Programmation des vacations opératoires générales ▪ Planification des présences/absences des chirurgiens et des anesthésistes ▪ Interdiction de mettre de l'ambulatoire en hospitalisation 	<p>Dr BARBIER, Chirurgien traumatologique</p> <p>Dr KEITH, Anesthésiste</p> <p>M. WIART Chef de Bloc</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ ▪ 			30 sept 2007		Dr DUVAL appuiera sur l'aspect évaluation

N o A c t i o n	Identifiant	Contenu	Responsable	Perso nnes impliq uées	Réunions à prévoir	Date de début	Date de fin	Avance ment	Commentaires
A 3	La consultation et l'inscription	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir le principe d'accès à l'ambulatoire ▪ Mettre en place un outil informatique de gestion des RDV opératoires 	Dr DESMARETZ Anesthésiste Mme DUMEZ Cadre en Consultations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ 			30 sept 2007		
A 4	Extension physique de l'ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse du potentiel d'extension en places d'hébergement 	Mme ATTAGNIANT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ 					

Annexe 8 : Fiche projet relative au développement de la chirurgie ambulatoire



Développement de la chirurgie ambulatoire

Cadre	
<p style="text-align: center;">Historique</p> <p>*En 2003, ouverture du service de chirurgie ambulatoire avec une salle d'opération et 4 places d'hébergement</p> <p>* Des plannings de répartition de créneaux par spécialité</p> <p style="text-align: right;">*En 2006, interventions ambulatoires réalisées au Bloc central</p>	<p style="text-align: center;">Contexte</p> <p>* Une prise en charge optimale pour le patient</p> <p>* Des incitations nationales et locales au développement de la chirurgie ambulatoire (Assurance maladie, ARH)</p> <p>* Une activité financièrement attractive : depuis janvier 2007, 5 GHS de chirurgie ambulatoire rémunérés 100% T2A</p> <p>* Une réflexion à mener sur l'organisation de l'Hôpital de jour médico-chirurgical dans le cadre du Plan directeur</p>
<p style="text-align: center;">Faits générateurs</p> <p style="text-align: center;">* Une structure non optimisée, des créneaux</p>	
Acteurs	
<p style="text-align: center;">substitution, de regroupement et de développement</p>	

Méthode et stratégie

Méthode	Stratégie
Finalité	
<p style="text-align: center;">Objectifs Principaux</p> <p>les Instances</p> <ul style="list-style-type: none"> - tests des propositions de réorganisation <li style="text-align: right;">* optimiser la structure ambulatoire actuelle 	<p style="text-align: center;">travail exé dans un premier temps sur le 1^{er} objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuite de la réflexion pour la préparation du dossier Hôpital 2012
<p>* définir ce que sera l'Hôpital de jour médico-chirurgical du Plan directeur, en lien avec le Plan Hôpital 2012</p>	

Bénéfice(s) attendu(s)	
<ul style="list-style-type: none"> - une amélioration du circuit patient et de la prise en charge des patients ambulatoires - une augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire - une anticipation de la période transitoire des travaux, avec au moins maintien de l'activité - une anticipation et une définition solides de ce que sera l'HdJ issu du Plan directeur 	
Risques	Contraintes
<ul style="list-style-type: none"> - Participation faible des chirurgiens - Oppositions sur une nouvelle répartition des créneaux ambulatoires 	<ul style="list-style-type: none"> - délais impartis - coût financier éventuel de la réorganisation

Annexe 9 : Courrier de lancement du groupe de travail chirurgie ambulatoire



DIRECTION GÉNÉRALE
Secrétariat : Tél 03 20 48 33 24

Armentières, le 17 juillet 2007

Secrétariat général : Tél 03 20 48 33 25

Groupes de travail	Participants
<p><u>Coordonnateurs</u> : Dr KEITH, Mme ATTAGNIANT, Angélique BIZOUX, Comité de Direction, Mme KOINIG</p> <p>i. Création d'un groupe de travail chargé d'instruire les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">○ Optimisation des créneaux ambulatoires : ré-utilisation de créneaux laissés vacants, ajout de créneaux○ Définition du rôle du coordonnateur médical de la structure ambulatoire○ Agenda partagé et outil informatique○ Support de communication en direction de la médecine de ville.	<p>Il est important que chaque spécialité soit représentée dans ce groupe par au moins un de ses praticiens, pour que le travail effectué soit participatif et exhaustif.</p> <p>Les coordonnateurs participeront au groupe.</p> <p>Le groupe pourra être assisté par des membres du personnel compétents sur des domaines précis et nécessaires à l'avancée des travaux (tels que l'informatique, les consultations, etc.)</p>

LE DIRECTEUR

Mesdames et Messieurs les Chirurgiens
Mesdames et Messieurs les Anesthésistes

Nos Réf :

Affaire suivie par A BIZOUX, Tél : 3126, a.bizoux@ch-arentieres.fr

Objet : Constitution et réunion du groupe de travail relatif au développement de la chirurgie ambulatoire.

Madame, Monsieur, Docteur,

Dans le cadre de la démarche relative à la définition du projet médical du CHA (phase 1), lancée en janvier 2007 et à laquelle ont participé de très nombreux médecins, plusieurs plans d'actions ont été validés lors de la présentation du 11 juin en soirée. Un des plans d'actions relatifs à la chirurgie consiste à optimiser la structure ambulatoire.

Ce sujet a par ailleurs fait l'objet d'une étude de Melle BIZOUX, élève-Directrice d'Hôpital, dont les résultats ont été présentés le 11 juin.

Après cette phase d'analyse, il convient de réfléchir à la mise en œuvre effective de ce plan d'actions.

Je vous invite donc à participer au groupe de travail consacré à ce thème et animé conjointement par le Dr KEITH, Melle BIZOUX et la Direction des Soins.

Ce groupe travaillera, lors de 3 réunions, sur les thèmes suivants :

- Optimisation des créneaux ambulatoires : ré-utilisation de créneaux laissés vacants, ajout de créneaux
- Définition du rôle du coordonnateur médical de la structure ambulatoire
- Agenda partagé et outil informatique
- Support de communication en direction de la médecine de ville.

Il est important que chaque spécialité soit représentée dans ce groupe par au moins un de ses praticiens, pour que le travail effectué soit participatif et exhaustif.

La 1^{ère} réunion de ce groupe aura lieu en septembre, des dates et heures pour les 3 réunions à prévoir vous seront prochainement proposées.

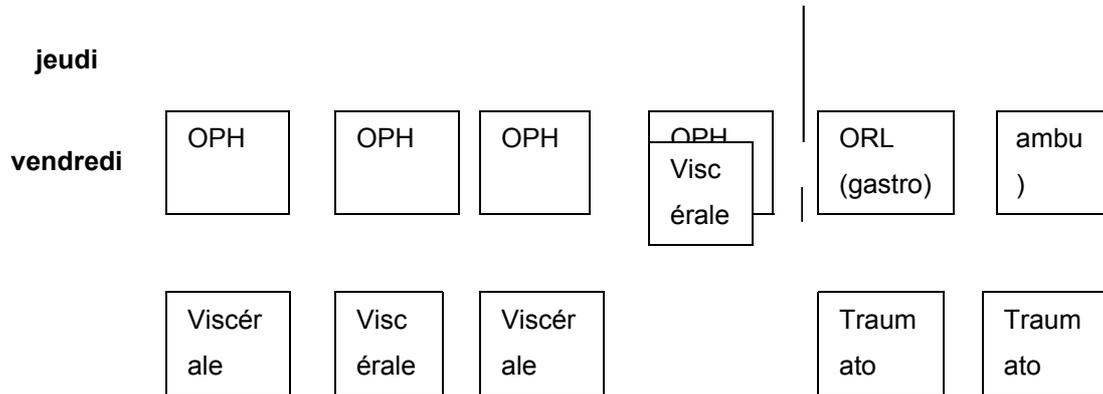
Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, Docteur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le Directeur

P. PAMART

Annexe 10 : Proposition relative à l'hébergement, consécutive à une réorganisation des créneaux opératoires ambulatoires

	Lits du service de chir ambu				Lits conventionnels	
lundi						
mardi	ORL	ORL	Traumatato	Traumatato	Traumatato	Traumatato
mercredi	Traumatato	Traumatato	Gastro	Gastro	Viscérale	Viscérale
	OPH	OPH	OPH	OPH	OPH	OPH



Annexe 11 : Plan du Schéma Directeur Architectural

