

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2000

**LA CHIRURGIE AMBULATOIRE
AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU :
LIMITES ET PERSPECTIVES.**

Sabine RIVET

REMERCIEMENTS

Aux personnes participant au fonctionnement de la structure de chirurgie ambulatoire de l'hôpital de Longjumeau qui ont bien voulu apporter leur contribution à ce mémoire.

Monsieur Pierre LESTEVEN, médecin, enseignant à l'ENSP, directeur de ce mémoire.

Madame Marie-Chantal L'HUILLIER, médecin, membre de l'AFCA, CHU de Montpellier.

La disponibilité des personnes ci-dessous, ainsi que leur désir de faire partager leurs expériences m'ont permis de visiter quelques structures de chirurgie ambulatoire :

Monsieur Antoine BREZIN, chirurgien Ophtalmologiste, Hôpital Cochin, AP-HP.

Monsieur Jean LANGLOYS, médecin anesthésiste chef du service de chirurgie ambulatoire au Kremlin Bicêtre, AP-HP.

Monsieur Guy RENO, Président de CME, chirurgien ORL coordonateur de la structure de chirurgie ambulatoire et Madame Muriel MAZAR, cadre infirmier, Centre hospitalier de Poissy – Saint Germain en Laye.

Madame REY, Directrice, Clinique de l'Yvette, Longjumeau.

Monsieur François VENUTOLO, médecin-anesthésiste, chef du service de consultations et de chirurgie ambulatoire au Centre hospitalier de Gonesse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
PREMIERE PARTIE :	9
ETAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE	9
ET AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU :.....	9
CONTEXTE NATIONAL ET SITUATION LOCALE.....	9
1 - ETAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE.....	10
1.1 Définitions et historique.....	10
1.2 Le cadre législatif et réglementaire.....	15
1.3 Situation de la chirurgie ambulatoire en France.....	19
2 - ETAT DES LIEUX ET POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU.....	26
2.1 La chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de longjumeau.....	26
2.2 Bilan du fonctionnement de la structure de chirurgie : un potentiel inexploité ?.....	31
2.3 Hypothèses et méthodes de travail.. ..	35
2.4 Application au centre hospitalier de Longjumeau : Repérage du potentiel de prise en charge ambulatoire.. ..	40
DEUXIEME PARTIE :	45
LES RAISONS D'UN DEBUT DIFFICILE ET LES RAISONS D'ESPERER.....	45
3 - LES FREINS AU DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU.....	46
3.1 Facteurs conjoncturels et causes exogènes ne paraissent pas reellement determinants.....	47
3.2 Les problèmes d'organisation expliquent en partie les dysfonctionnements.	55
3.3 Le facteur culturel : la résistance au changement.....	58
4 - POURQUOI ET COMMENT LA CHIRURGIE AMBULATOIRE POURRAIT CONTINUER A SE DEVELOPPER AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU.....	63
4.1 Faut-il s'améliorer?	63
4.2 Scénarii pour un nouveau départ.	66
4.3 Les moyens : organisation.....	69
4.4 Les moyens : motivation et suivi du projet.....	73

CONCLUSION.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXES	81

INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire est une des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle. Fortement développée et promue en Amérique du Nord depuis les années soixante dix, elle ne s'affirme que progressivement et timidement dans le reste de l'Europe. La France notamment connaît un démarrage tardif, en particulier dans les hôpitaux publics.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991, suivie par les décrets du 2 octobre 1992 reconnaissent la chirurgie ambulatoire comme une véritable alternative à l'hospitalisation classique et l'intègrent à la carte sanitaire de chirurgie. Ce cadre juridique a permis depuis le début des années 90 un début de structuration de l'offre existante et potentielle.

En 1998, le centre hospitalier général de Longjumeau a choisi d'ouvrir trois places de chirurgie ambulatoire sous la forme d'une structure intégrée. Après deux années d'existence, le bilan de son fonctionnement est décevant avec un taux d'occupation de 43%.

La question se pose donc pour la Direction de l'hôpital et à une partie de la communauté médicale, de comprendre les raisons de ces débuts difficiles, réfléchir à l'opportunité d'une telle structure et, si celle-ci se confirme, rechercher les moyens de donner un nouvel élan au développement de cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

1-Contexte général.

La chirurgie ambulatoire, également appelée chirurgie de jour, est un mode de prise en charge thérapeutique particulier.

La définition la plus couramment retenue en France est celle issue de la Conférence de Consensus de mars 1993¹ :

“ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigation, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode

¹ Conférence de Consensus organisée par la Mutualité Française.

variable et selon les modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission.”

La chirurgie ambulatoire est une hospitalisation programmée et d'une durée limitée à un jour. L'acte opératoire est le même que celui effectué en chirurgie classique mais doit être réalisé dans des conditions d'organisation et de sécurité particulières qui visent à permettre la sortie du patient le jour même. La chirurgie ambulatoire n'est donc possible que dans le cadre d'une planification rigoureuse et spécifique. La concentration, sur une même journée, d'une multitude d'actes et d'intervenants nécessite de grandes adaptations dans l'organisation (programmation de l'activité et respect des plannings, gestion des flux).

La chirurgie ambulatoire n'est pas une nouvelle technique, c'est un mode de prise en charge du patient, un concept à part entière, à la fois architectural, organisationnel et thérapeutique, centré sur la prise en charge du patient.

La légitimité thérapeutique de la chirurgie ambulatoire est aujourd'hui pleinement reconnue. Pourtant, elle rencontre encore de nombreux blocages liés aux profondes mutations structurelles, comportementales et culturelles qu'elle engendre.

L'incitation des pouvoirs publics au développement de la chirurgie ambulatoire trouve son origine dans des motivations d'ordre médical, social et économique, essentiellement liées à la diminution importante de la durée de séjour.

Elle autoriserait, entre autres choses, une diminution de la fréquence des infections nosocomiales et des complications thrombo-emboliques².

Le développement de la chirurgie ambulatoire est aussi théoriquement un facteur susceptible de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Il est en effet couramment admis que la chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge moins « coûteux » que l'hospitalisation traditionnelle. Elle permettrait une diminution des coûts directs ainsi que des gains de productivité par le biais d'une moindre utilisation des ressources

² CREDES, La chirurgie ambulatoire, 1997.

2- La question de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau.

Le développement de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau connaît des débuts difficiles.

L'objet de cette étude est d'en comprendre les raisons et de trouver des pistes d'amélioration.

Pour ce faire, on se propose de répondre à quatre types de questions :

- Le potentiel de chirurgie ambulatoire est-il clairement identifié et justement exploité ?
- Existents-ils des dysfonctionnements majeurs dans la structure de chirurgie ambulatoire ouverte depuis 1998 ?
- Quels sont les facteurs susceptibles de freiner le développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Longjumeau ?
- Est-il opportun d'y remédier ?
- Quels sont les moyens d'y parvenir ?

3- Méthodologie.

La méthodologie utilisée pour traiter ce sujet peut être décrite en trois points :

- Etude des données PMSI avec l'aide des Services de l'Information Médicale.

L'outil PMSI permet de connaître la nature des actes réalisés à l'hôpital et leurs durées de séjour.

- Etude du positionnement des différents acteurs.

Réalisation d'entretiens pour connaître les opinions des différents acteurs impliqués dans le fonctionnement de la structure de chirurgie ambulatoire de l'hôpital.

Une vingtaine d'entretiens ont été réalisés aussi bien auprès des praticiens hospitaliers que des cadres, des soignants ou de la Direction.

Le choix a été fait de mener des entretiens à l'aide d'une grille comptant une majorité de questions ouvertes afin de permettre l'expression la plus large possible, notamment sur les aspects subjectifs de l'analyse des dysfonctionnements.

- Visites comparatives d'autres structures de chirurgie ambulatoire ou "comment font les autres".

Au départ, le choix avait été fait de restreindre l'étude comparative aux établissements de santé publics et privés du département d'implantation de l'hôpital de Longjumeau (Essonne). Or, cette démarche s'est avérée peu pertinente pour deux raisons.

En ce qui concerne les structures publiques du département, aucune ne semble posséder d'unité de chirurgie ambulatoire particulièrement performante dont le centre hospitalier de Longjumeau pourrait s'inspirer.

En revanche, plusieurs cliniques connaissent une forte activité de chirurgie ambulatoire. Cependant, les établissements de ce type, privés à but lucratif, n'ont ni les mêmes moyens ni les mêmes contraintes que les établissements sous dotation globale. Pour ces raisons, leurs modes d'organisation et de gestion ne sont pas facilement importables.

Au final, il est apparu plus judicieux de prendre exemple sur des hôpitaux publics ayant développé de manière volontariste cette activité.

4- Problématique :

L'état des lieux de la chirurgie ambulatoire fait apparaître que cette pratique reste insuffisamment développée dans le secteur public. A ce titre, la structure ouverte à l'hôpital de Longjumeau présente des résultats décevants. Pourtant, le potentiel de chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive existe dans cet hôpital, et ce, à activité constante.

Les difficultés de développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Longjumeau sont donc liés à des facteurs internes d'ordre organisationnels et culturels.

Si l'ambition de poursuivre la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau se confirme, seuls un effort de motivation des différents acteurs et de réorganisation de la structure existante permettront un meilleur développement de ce mode de prise en charge.



(3)

PREMIERE PARTIE :

ETAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE

ET AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU :

CONTEXTE NATIONAL ET SITUATION LOCALE.

³ les illustrations dessinées sont extraites de La Revue Hospitalière de France – n°2 mars Avril 1995

1 - ETAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE.

1.1 DEFINITIONS ET HISTORIQUE.

1.1.1 Définitions.

La chirurgie ambulatoire, également appelée chirurgie de jour, est un mode de prise en charge thérapeutique particulier.

La définition la plus couramment retenue en France est celle issue de la Conférence de Consensus de mars 1993⁴ :

“ensemble des actes chirurgicaux ou d’investigation, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d’un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon les modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission.”

Elle peut être complétée par sa définition médicale d’une part, et son acception courante d’autre part :

Chirurgie ambulatoire :

« acte chirurgical suivi du retour au domicile dans la même journée, sans que l’opéré passe la nuit au centre hospitalier »⁵.

Ambulatoire :

“se dit d’un acte médical ou chirurgical qui n’interrompt pas les activités habituelles du malade, ou qui ne nécessite pas d’hospitalisation prolongée.”⁶ »

⁴ Conférence de Consensus organisée par la Mutualité Française.

⁵ Le Garnier Delamare, dictionnaire des termes de médecine – 25^{ième} édition – Maloine, Paris, 1998.

⁶ Le Petit Larousse – Paris, 1998

- La chirurgie ambulatoire est une hospitalisation programmée et d'une durée limitée à un jour.

La chirurgie ambulatoire suppose une hospitalisation.

Le malade est admis et séjourne dans l'établissement hospitalier. Ce n'est pas du soin externe effectué en consultation puisque le patient passe par un bloc opératoire.

Cependant, ce n'est pas la notion d'hébergement qui caractérise cette hospitalisation, mais celle d'acte opératoire. En effet, l'hospitalisation est dans tous les cas d'une durée inférieure à douze heures : la patient ne passe pas la nuit au centre hospitalier et rentre chez lui le jour même de l'intervention.

La chirurgie ambulatoire n'est possible que dans le cadre d'une planification rigoureuse et spécifique. C'est une chirurgie programmée. Ce n'est pas, a priori et même si ce postulat peut connaître des exceptions, une chirurgie de l'urgence.

- La chirurgie ambulatoire n'est pas une nouvelle technique mais un concept d'organisation.

Ce n'est pas une nouvelle technique car l'acte opératoire est le même que celui effectué en hospitalisation traditionnelle.⁷

L'acte opératoire est le même que celui effectué en chirurgie classique mais doit être réalisé dans des conditions d'organisation et de sécurité particulières qui visent à permettre la sortie du patient le jour même. Ce résultat n'est possible que si tout le circuit du patient et l'organisation du travail des soignants aussi bien que celui des praticiens est revu pour répondre à des exigences de rapidité, d'efficacité et de qualité. La pratique de la chirurgie ambulatoire, du fait de la densité d'actes et de la concentration d'interventions soignantes, logistiques ou administratives qu'elle suppose, nécessite une parfaite maîtrise de la logistique des flux et de l'organisation de l'espace et du temps.

- La chirurgie ambulatoire modifie la place du patient à l'hôpital.

Nouveau concept organisationnel pour les équipes, la chirurgie ambulatoire doit aussi s'accompagner d'un nouveau rapport entre le patient et le personnel hospitalier, une

⁷ même si la généralisation de la chirurgie ambulatoire à presque toutes les spécialités chirurgicales n'a été possible que grâce à des avancées en matière d'anesthésie ainsi qu'au développement de nouvelles technologies médicales et chirurgicales. Voir infra.

nouvelle relation thérapeutique. En effet, plus que tout autre mode de soins, elle vise explicitement le confort de la personne hospitalisée.

Pour ce faire, elle s'appuie sur une participation active du patient qui doit répondre aux critères d'éligibilité à l'hospitalisation chirurgicale de jour, et en accepter le principe.

Ce dernier n'est plus objectivement ou subjectivement "à la disposition" du chirurgien et des équipes soignantes, mais bien partie prenante de son intervention, puisque de la bonne compréhension de ses enjeux et contraintes dépend la faisabilité et le succès.

En résumé, la chirurgie ambulatoire n'est pas une nouvelle technique, c'est un mode de prise en charge du patient, un concept à part entière, à la fois architectural, organisationnel et thérapeutique, centré sur la prise en charge du patient.

1.1.2 Origines et développement de la pratique chirurgicale en ambulatoire⁸.

Dans la littérature, la notion de chirurgie ambulatoire apparaît dès 1909 lorsqu'un praticien écossais du nom de NICOLL rapporte dans le British Medical Journal une série de plus de 7000 interventions réalisées chez des enfants en chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Glasgow.

Cependant, les connaissances embryonnaires en matière d'anesthésie et de réanimation, l'absence d'antibiotiques et d'anticoagulants découverts à partir de 1940, constituent, à l'époque, un frein évident à une réelle expansion de cette pratique.

En l'occurrence, la nécessité d'une hospitalisation, pour une période de repos de quelques jours au minimum, pour tout patient adulte subissant une intervention chirurgicale, n'est remise en question qu'en 1955 avec la publication d'une étude rapportant la cure de hernie inguinale sous anesthésie locale et sur le mode de l'ambulatoire chez plus de 600 patients.

Dans les années soixante, aux Etats-Unis, deux programmes officiels de chirurgie ambulatoire sont mis en place dans des centres hospitaliers de Californie et de Washington. Cette alternative à l'hospitalisation connaît alors un essor rapide avec l'ouverture de plusieurs centres indépendants dans tout le pays. Deux motivations sont à l'origine de ce développement : le désengorgement des lits hospitaliers, problème important aux Etats-Unis à la fin des années soixante et la réduction des coûts hospitaliers dès le début des années quatre vingt.

⁸ d'après ANAES - [La chirurgie ambulatoire](#) – 1997 et CREDES - [La chirurgie ambulatoire](#) – 1997

La Grande-Bretagne apparaît elle comme le pionnier européen de la pratique ambulatoire. Dès le milieu des années soixante dix, la chirurgie ambulatoire, « day patient » est définie dans le cadre du National Health Service et son développement est alors rapide.

A partir des années quatre vingt, de nombreux progrès en matière d'anesthésie et de techniques opératoires vont permettre l'extension de la pratique ambulatoire à de nombreuses spécialités chirurgicales.

En matière d'anesthésie, plusieurs innovations pharmacologiques ont permis de réduire la durée des phases pré et postopératoires tout en assurant un environnement de sécurité. Notamment, l'apparition d'agents ayant une vitesse d'élimination rapide, et donc un effet bref et une courte durée d'action, présente un intérêt évident pour une prise en charge en ambulatoire.

En matière chirurgicale, certaines technologies, dont le point commun est de minimiser les dégâts anatomiques, tendent à écourter la prise en charge hospitalière. Ce sont, entre autres, les fibres optiques, le laser, les ultrason.

Dans la majeure partie des pays industrialisés, on observe aujourd'hui la volonté de développer la chirurgie ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation traditionnelle, essentiellement pour des raisons budgétaires.

Cependant, la chirurgie ambulatoire ne connaît pas partout la même évolution. Il est néanmoins très difficile d'établir des comparaisons internationales car la définition de cette pratique varie d'un pays à l'autre que ce soit en ce qui concerne le type d'intervention que le nombre d'heures passées à l'hôpital.

Toutefois, les références retenues par les travaux conjoints de l'International Association on Ambulatory Surgery (IAAS) et de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE) permettent de comparer les scores de chacun⁹.

La chirurgie absorbe entre 50 et 65 % de l'activité chirurgicale aux Etats Unis et 40 à 50% au Canada.

En Grande-Bretagne, bien que la chirurgie ambulatoire soit pratiquée depuis près de quarante ans, elle ne représente aujourd'hui que 20 % de l'activité chirurgicale.

Dans le reste de l'Europe, le démarrage reste tardif. Les pays les plus avancés présentent des taux de 15 à 30% de l'activité chirurgicale totale (Pays-Bas, Belgique, Allemagne et France).

⁹ sources : Séraqui (Michel) – Guide de l'ambulatoire –1997 et CREDES La chirurgie ambulatoire – 1997.

1.1.3 Le développement de la chirurgie ambulatoire en France.

En France, le premier centre indépendant de chirurgie ambulatoire est créé en 1980 à Strasbourg, par le chirurgien Guy FOUCHER. C'est après avoir exercé la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Strasbourg que ce praticien, spécialisé en chirurgie orthopédique et en chirurgie plastique, décide de créer son propre établissement pour y faire en ambulatoire de la chirurgie des membres supérieurs.

En l'absence de cadre réglementaire, la chirurgie ambulatoire se développe dans de nombreuses cliniques de manière informelle dès 1985.

Aujourd'hui encore, l'essentiel des places de chirurgie ambulatoire se trouvent dans le secteur privé, et cela pour des raisons économiques. En effet, alors que les établissements publics sont soumis à la dotation globale, les cliniques bénéficient d'une rémunération à l'acte (sous la forme d'un K Forfait Salle d'Opération, auquel viennent s'ajouter les honoraires du chirurgien). Cette rémunération est assurée dans la limite d'un droit de tirage autorisé par la tutelle. Ce système, qui incite fortement les établissements privés à but lucratif à optimiser leurs places autorisées, peut expliquer l'avance prise par le secteur privé.

Par ailleurs, l'intérêt des pouvoirs publics pour la chirurgie ambulatoire et toutes les formes d'alternatives à l'hospitalisation est relativement récent.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière reconnaît la chirurgie ambulatoire comme une véritable alternative à l'hospitalisation et l'intègre à la carte sanitaire de chirurgie.

Les décrets du 2 octobre 1992 en définissent les conditions d'autorisation et de fonctionnement.

En 1997, une circulaire ministérielle à destination des établissements financés par dotation globale¹⁰ a promu la chirurgie ambulatoire au rang de priorité de la politique d'organisation des soins hospitaliers pour 1998, au même titre que les urgences ou la cancérologie.

Dans le SROS de l'Île de France 1999-2004, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) donne aux établissements comme priorité « d'encourager et d'encadrer le développement de

¹⁰ Circulaire DGS-SP1-V1/DH-EO-AF2/97-790 relative à la campagne budgétaire pour 1998.

la chirurgie ambulatoire”¹¹. En effet, elle est qualifiée de “facteur de modernisation du fonctionnement des établissements par la prise en charge transversale qu’elle induit (...)”¹²

De la même manière, depuis 1998, la direction des Hôpitaux ne manque pas, au cours de la préparation de la campagne budgétaire, de rappeler aux directeurs d’établissement sous dotation globale que “le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une priorité de santé et d’amélioration de l’organisation des soins.”¹³

1.2 LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE.

Ce n’est qu’au début des années quatre vingt dix que les bases réglementaires de l’exercice de la chirurgie ambulatoire ont été posées en France.

Ses textes avaient pour but d’encadrer une activité chirurgicale déjà pratiquée dans certains établissements et de combler ainsi un vide juridique longtemps accusé d’avoir découragé le développement de cette pratique en France.

1.2.1 Définition et contenu.

La loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 inclut au nombre des missions et obligations des établissements de santé la chirurgie ambulatoire puisqu’elle dispose en son article L.711-2 que :

« les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser, avec **ou sans hébergement**, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie. (...) ».

Le décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif au structure de soins alternatives à l’hospitalisation définit clairement, en son article R712-2-1, les structure de chirurgie et d’anesthésie ambulatoire comme substitutive à une prise en charge traditionnelle.

¹¹ SROS Ile de France 1999-2004, ARHIF.p 129

¹² idem.

¹³ Courrier de la Direction des hôpitaux en date du 24 juillet 2000 adressé aux directeurs d’établissement sous dotation globale et concernant la préparation de la campagne budgétaire 2001.

Art R 712-2-1 :

“Les structures de soins alternatives à l’hospitalisation mentionnées à l’article L 712-2 ont pour objet d’éviter une hospitalisation à temps complet ou d’en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent :

- les structures d’hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit
- les structures pratiquant l’anesthésie ou la chirurgie ambulatoire (ACHA)
- les structures dites d’hospitalisation à domicile.

(...)

“Les structures pratiquant l’anesthésie ou la chirurgie ambulatoire (ACHA) permettent d’effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.”

En toute rigueur, ce n’est pas la nature médicale ou chirurgicale de l’acte qui définit la prise en charge ambulatoire mais l’occurrence d’une anesthésie ou d’un passage au bloc.

La capacité maximale d’accueil des structures de chirurgie ambulatoire est exprimée en places.

Elle est obtenue en divisant par 365 le nombre maximum annuel de patients pouvant être accueillis pour une durée inférieure à un jour. (Art R 712-2-3).

1.2.2 Conditions de création.

Les structures d’ACHA sont soumises à autorisation du Ministre de la santé (Art L 712-2 et L712-8 de la loi du 31 juillet 1991) et sont fonction :

- de la zone sanitaire considérée
- des objectifs fixés par le SROSS
- des critères techniques de fonctionnement fixés par les décrets.

La création de toute nouvelle structure est subordonnée à la fermeture de lits hospitaliers quand les moyens d’hospitalisation traditionnelle sont excédentaires. Le but affiché de l’application de ce “taux de change” ou encore “taux de conversion” est bien évidemment d’entraîner à terme une réduction des places en hospitalisation complète.

Ainsi, la création d'une place d'ACHA doit être compensée par la fermeture de 3 lits de chirurgie traditionnelle si la carte sanitaire est en dépassement jusqu'à 25 % et 3,25 lits si ce dépassement excède 25%.

Ce taux de change, qui découle des dispositions du décret n°99-444 du 31 mai 1999, a récemment été durci. A l'origine, il était respectivement de 2 et 2,5 lits de chirurgie traditionnelle.

Cependant, le décret du 31 mai 1999 a aussi introduit une nouvelle souplesse dans le principe de suppression de lits préalable à la création de places de chirurgie ambulatoire.

Si un établissement s'engage à pratiquer une chirurgie ambulatoire réellement qualifiée et substitutive, la possibilité est ouverte pour cet établissement de créer des places de chirurgie ambulatoire sans être soumis aux taux de change ci-dessus. La réduction du nombre de lits s'effectue alors selon des taux et des indicateurs fixés par l'arrêté ministériel du 31 mai 1999 relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande de création ou de renouvellement de structure d'ACHA. Les taux sont réduits de 2 lits à un lit pour une place.

1.2.3 Conditions techniques d'organisation et de fonctionnement.

Le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation fixe des règles précises quant à l'organisation des structures d'ACHA..

Ces structures doivent faire l'objet d'une organisation spécifique pour garantir certaines exigences de qualité :

Les structures d'ACHA doivent être conçues comme des unités de soins **individualisées spécifiquement affectées au traitement en ambulatoire des malades.**

- Elles doivent présenter une unité de lieu et assurer, sur un même site, l'ensemble de la prise en charge : accueil et séjour des patients, organisation, préparation et mise en œuvre des protocoles de soins ; surveillance et repos des patients; décontamination, stockage et entretien du matériel (art D.712-31).

Cependant, il est possible d'utiliser un secteur opératoire commun (salles d'intervention et de réveil) avec le secteur d'hospitalisation traditionnelle. Cependant, la réglementation impose le principe selon lequel il n'est pas possible de mélanger, pour une même salle

de bloc, au cours d'un même planning opératoire, les patients relevant de l'ambulatoire et ceux relevant d'une hospitalisation complète.

L'unité de lieu se double d'une unité de temps et d'action puisque les horaires d'ouverture de la structure ne peuvent excéder 12 heures. Au cours de cette période d'ouverture, les locaux ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité.

- Les exigences en personnels sont clairement explicitées (art D.712-32) : pendant les heures d'ouverture, il est exigé que soient présents au minimum et de manière permanente un médecin qualifié, un infirmier pour cinq patients présents, un médecin anesthésiste réanimateur et deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.
- Les prestations ne comportent pas d'hébergement (art D.712-30) mais la continuité des soins doit être assurée en dehors de heures d'ouverture de la structure (art D.712-33) y compris le dimanche et les jours fériés. Dans le cas où l'établissement ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, il est tenu de conclure une convention avec un autre établissement.
- La structure d'ACHA doit répondre à des exigences d'information du patient et de tenue du dossier médical. Chaque patient doit recevoir un bulletin de sortie avant son départ comportant notamment les recommandations sur la conduite à tenir en matière de surveillance post opératoire ou anesthésique (art D.712-33). Chaque structure d'ACHA doit se doter d'un règlement intérieur (art D.712-34).

L'arrêté du 7 janvier 1993, en décrivant les caractéristiques du secteur opératoire des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie de jour, officialise la notion de bloc chirurgical en ambulatoire. Le secteur opératoire doit posséder toutes les caractéristiques d'un bloc opératoire traditionnel pour garantir la qualité des actes et la sécurité des patients.

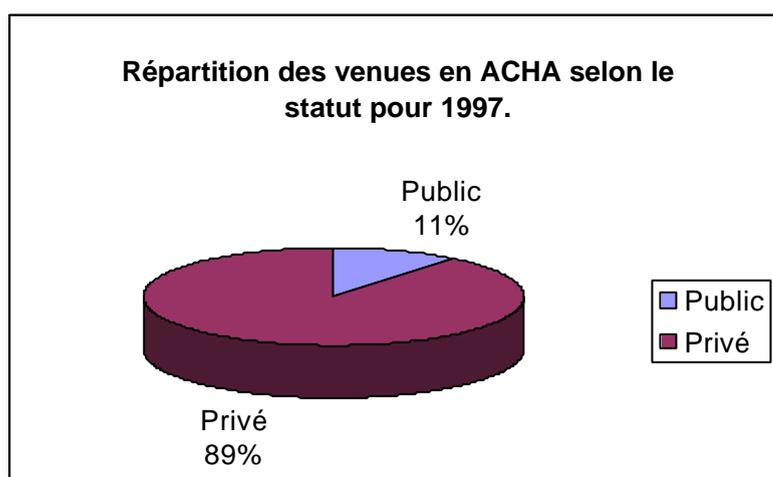
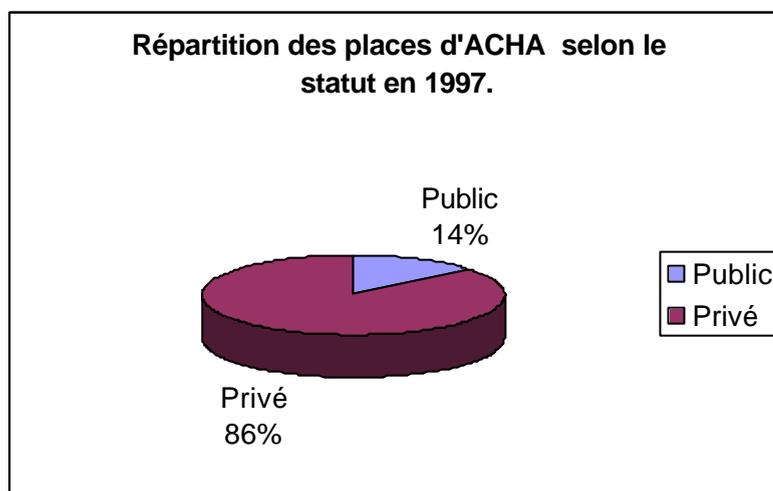
Le décret du 5 décembre 1994 insiste une nouvelle fois sur la sécurité en mettant l'accent sur la pratique anesthésique. Le texte précise les obligations auxquelles doivent se soumettre les structures de chirurgie ambulatoire pour garantir cette sécurité (consultation préanesthésique, anesthésie, surveillance post-interventionnelle ...).

1.3 SITUATION DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE.

La chirurgie ambulatoire ne s'est que tardivement développée en France, et reste encore maintenant peu pratiquée dans le public. Les places et l'activité de chirurgie ambulatoire sont principalement concentrées dans les établissements privés à but lucratif.

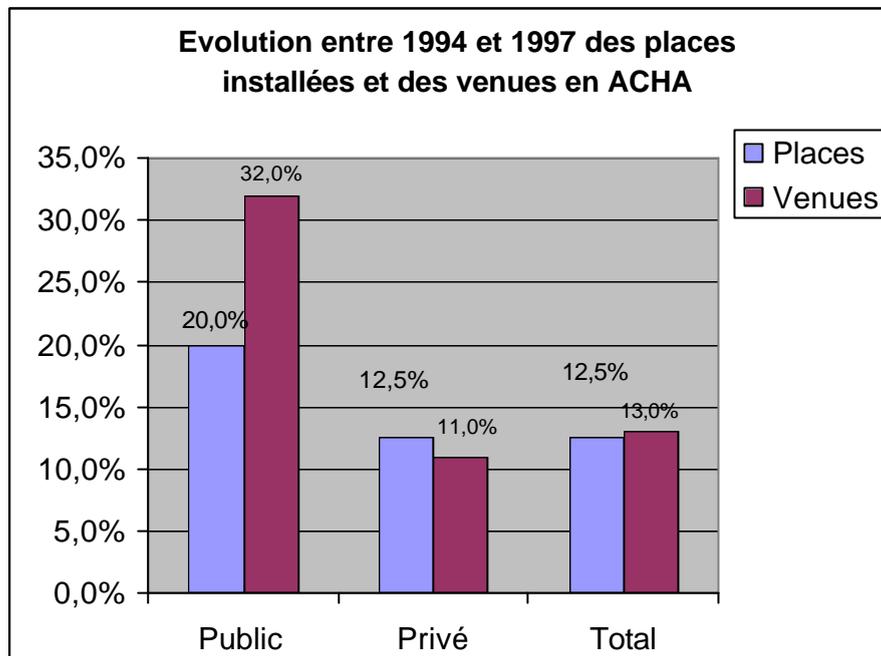
1.3.1 Situation et évolution des capacités.¹⁴

Les places de chirurgie ambulatoire sont principalement installées dans le secteur privé :



¹⁴ Sources : bases SAE, voir annexe 1.

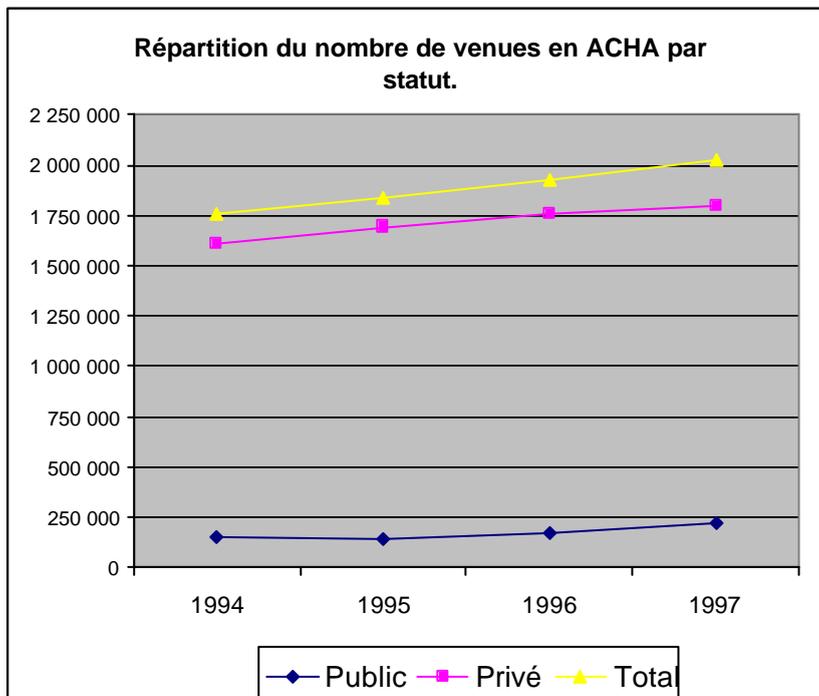
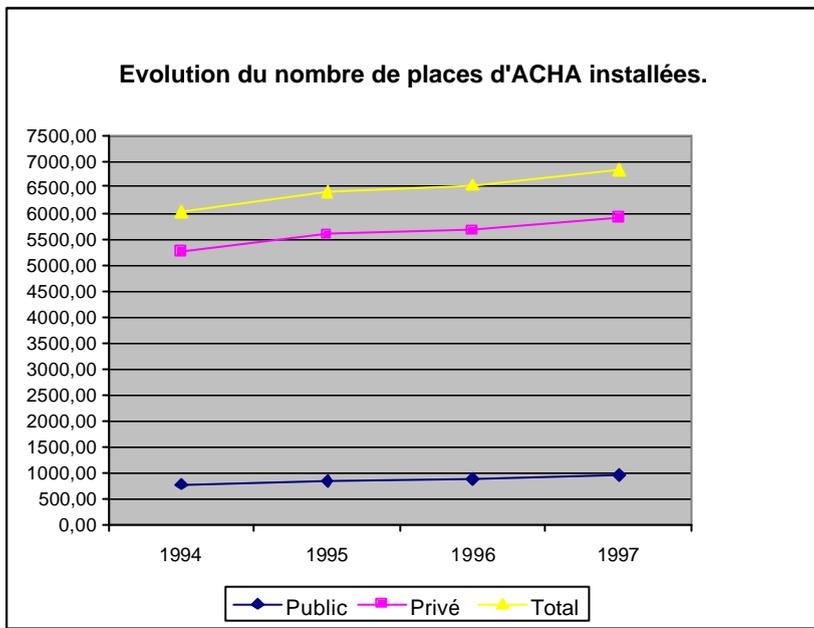
Cependant, on observe depuis 1994 une tendance à la hausse sensible dans les hôpitaux publics.



Le nombre de places de chirurgie ambulatoire installées dans le secteur public a très sensiblement augmenté en quelques années : +20,15% entre 1994 et 1997.

Cette augmentation est supérieure à l'augmentation du nombre total de places, tous secteurs confondus (+12,5%) ainsi qu'à celle du secteur privé. Il en va de même pour le nombre de venues.

Si l'effort de développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public est sensible, il ne suffit cependant pas à rattraper le retard par rapport aux établissements privés. Ainsi, l'écart reste, en valeur absolue, très important.



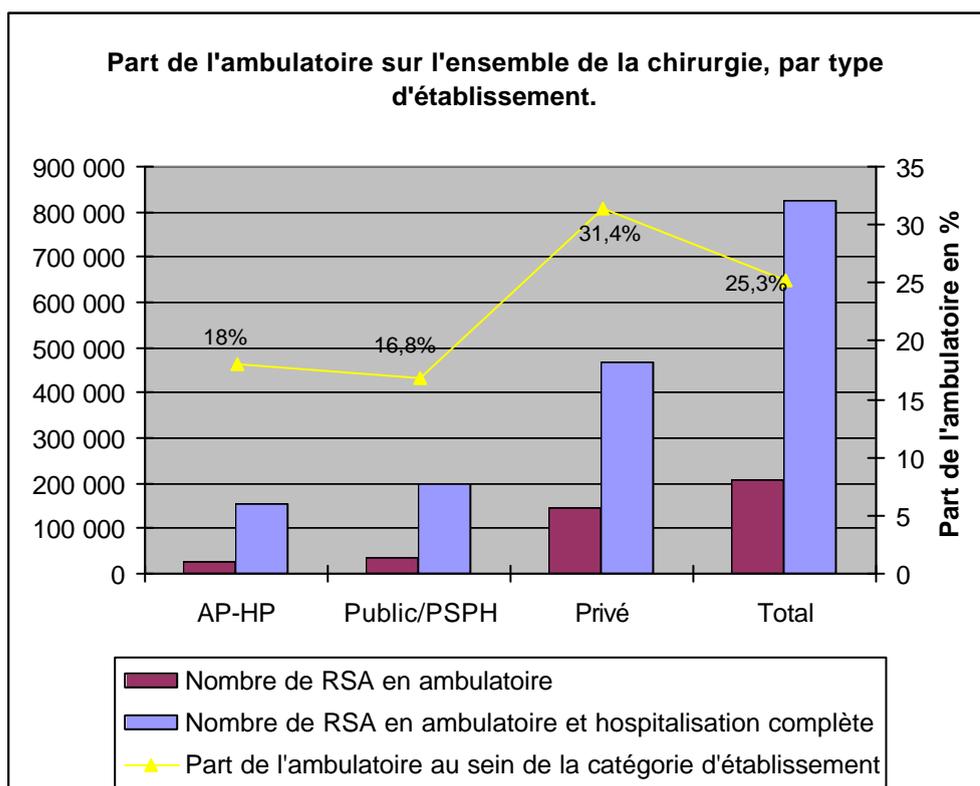
Enfin, le taux d'occupation moyen, satisfaisant dans le secteur privé, reste médiocre dans les hôpitaux publics.

Le taux d'occupation moyen en chirurgie ambulatoire est défini comme le rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre de journées réalisables (soit nombre de places autorisées par 365 jours).

En 1994, le taux d'occupation moyen s'élevait à 82%. Le secteur public ne fonctionne qu'à 52% de ses potentialités, le secteur privé à 86%¹⁵.

1.3.2 Les données concernant la prise en charge ambulatoire en Ile de France.

Les établissements du secteur privé réalisent plus de 31% de leur activité en ambulatoire, ce qui représente 70,5% de l'ensemble des séjours en ambulatoire de l'Ile de France pour la période étudiée.



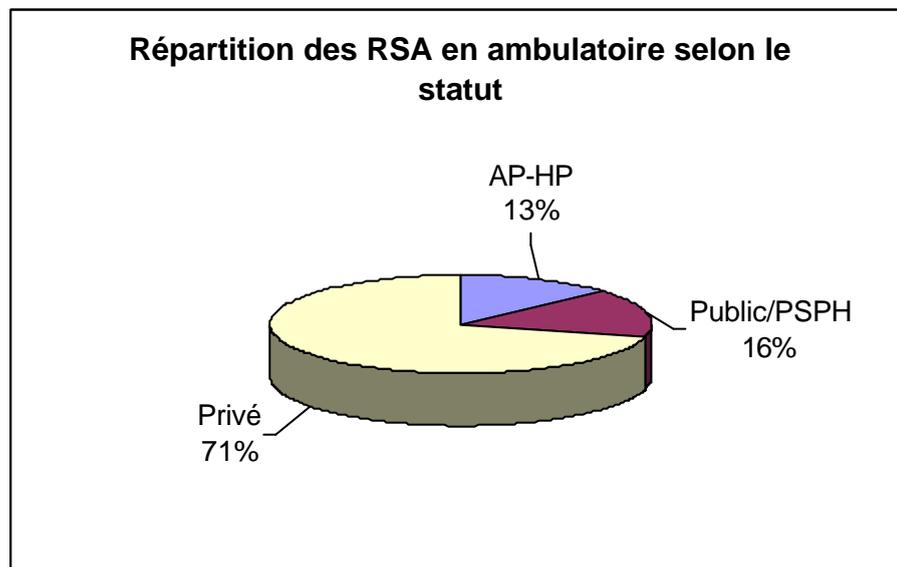
La part d'activité consacrée à l'ambulatoire varie sensiblement d'un établissement à l'autre.

¹⁵ Sources : CREDES, La chirurgie ambulatoire en France - 1997.

En moyenne, les établissements de santé franciliens réalisent 25% de leur activité chirurgicale en ambulatoire. Ce pourcentage est de 31% dans le privé contre respectivement 18% pour l'AP-HP et 16,8% pour le Public / PSPH.

Par ailleurs, on constate que, comme pour l'ensemble du territoire, les CHU n'ont jusqu'à présent pas plus développé la chirurgie ambulatoire que le reste des établissements publics.

Enfin, comme au niveau national, l'essentiel des venues en chirurgie ambulatoire est le fait de l'activité du secteur privé.



Source : Projet de SROS de chirurgie de l'Ile de France, avril 2000.

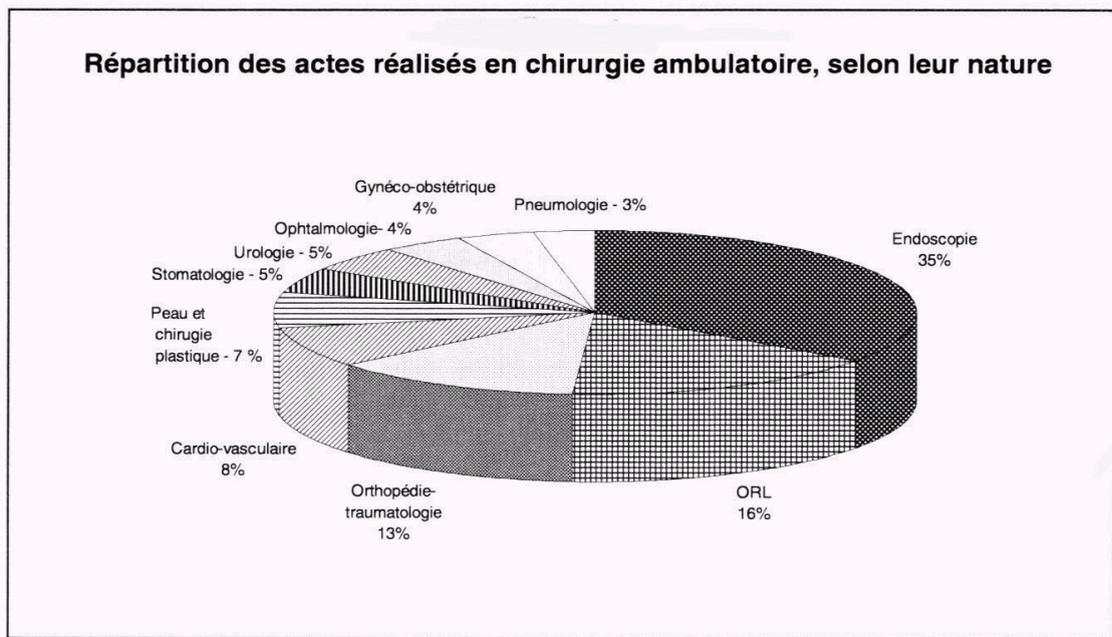
1.3.3 Les spécialités concernées.

1.3.3.1 Une chirurgie ambulatoire encore insuffisamment qualifiée et substitutive.

En France, la répartition des spécialités au sein de l'ensemble de la chirurgie ambulatoire manque de données statistiques précises. L'AFCA a cependant tenté de la représenter selon un graphique faisant apparaître l'importance dominante de l'activité endoscopique. Par ailleurs, la plupart de sources¹⁶ s'accordent pour souligner l'importance de ces actes d'exploration au sein des structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire.

¹⁶ CREDES, La chirurgie ambulatoire – 1997 .

Ils représenteraient environ 35 % des interventions réalisées en ambulatoire. La chirurgie ORL constituerait près de 16 % de l'activité totale, suivie de près par l'orthopédie (13 %). La stomatologie ne représenterait quant à elle que 5 % de l'ensemble.



Source : AFCA, 1996

La grande variabilité dans le recours à ce mode de prise en charge entre les spécialités s'explique en partie par la force des habitudes. En ORL par exemple, elle correspond à une pratique traditionnellement banale alors qu'en ophtalmologie, elle est le fruit d'évolutions récentes.

La chirurgie ambulatoire n'est pas toujours réellement qualifiée ni substitutive.

L'analyse de son développement montre que les procédures les plus fréquemment réalisées en ambulatoire ne sont pas en tant que telles des procédures chirurgicales ou bien qu'elle ont toujours été réalisées dans le cadre d'hospitalisation très courtes. C'est le cas, par exemple, des interruptions volontaires de grossesse, des endoscopies digestives ou urinaires, avec ou sans biopsies, des hystéroscopies, des excisions de lésions cutanées ou de kystes, des poses de drains transtympaniques.

1.3.3.2 Un potentiel certainement inexploité au regard des expériences étrangères.

Il faut garder à l'esprit que les comparaisons internationales sont difficiles. En effet, certains pays comme les Etats-Unis ont une définition «élargie» de l'ambulatoire (moins de 24 heures) et il existe parfois des structures d'aval au geste ambulatoire (tels que les hôtels conventionnés ou « recovery inn ») qui rendent les comparaisons délicates.

L'AFCA a tenté de réaliser une étude comparative au niveau européen, centrée sur les 18 groupes de référence des interventions les plus couramment réalisées en ambulatoire selon l'IAAS.

Les résultats mettent en évidence les pathologies pour lesquelles la chirurgie ambulatoire est bien développée en France et les pathologies pour lesquelles il y a encore un fort potentiel de développement.

L'ORL infantile (adénoïdectomie, drains transtympaniques), les dilatations et curetages de l'utérus, la chirurgie du canal carpien montre un fort taux de substitution, équivalent à la moyenne des autres pays européens.

Par contre, les cures de hernies, l'arthroscopie du genou et la chirurgie de la cataracte sont très peu prises en charge en ambulatoire contrairement aux pratiques en vigueur dans les autres pays européens.

On peut bien sûr se demander pourquoi.

Une réponse possible tient aux caractéristiques des patients porteurs de ce type de pathologies. Ces pathologies se rencontrent plus fréquemment chez des personnes âgées. Le plus ou moins grand âge est loin d'être une contre-indication systématique à la chirurgie ambulatoire. Mais, cette catégorie de personnes nécessite peut-être encore plus de temps et d'explication pour pouvoir en bénéficier. Si l'on rapproche à cela le fait que la chirurgie ambulatoire est jusqu'à maintenant plus développée dans le secteur lucratif qu'à l'hôpital public, on peut supposer que les cliniques ont préféré se positionner sur le créneau le plus rapidement rentable, le moins « compliqué », à savoir la dermatologie, l'orthopédie et l'ORL infantile.

2 - ETAT DES LIEUX ET POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU.

2.1 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU.

2.1.1 Présentation du centre hospitalier de Longjumeau.

Le Centre Hospitalier de Longjumeau est le premier établissement public de santé du secteur sanitaire n°7 et le second du département de l'Essonne après le Centre Hospitalier Sud Francilien.

L'établissement, situé au centre de la zone nord urbanisée du département dans un carrefour routier (A6, A10, RN 20), ferroviaire (gare TGV de Massy-Palaiseau, RER) et aérien (Aéroport d'Orly).

En 1999, le Centre Hospitalier de Longjumeau a accueilli 20 485 malades dont près de 90% sont originaires du département de l'Essonne.

La concurrence du secteur privé est forte et bien structurée surtout dans le domaine chirurgical (clinique de Massy).

Son budget est de l'ordre, pour la section d'exploitation, de 500 millions de francs et de 60 millions pour la section d'investissement.

En 1999, le centre hospitalier a produit 26 520 354 points ISA soit un point ISA à 14,82 francs, en augmentation.

2.1.1.1 Activité médicale.

Doté d'un bon plateau médico-technique, le centre hospitalier affirme sa vocation généraliste de centre hospitalier de proximité.

Dans le cadre du Syndicat Inter-Hospitalier Nord-Essonne, l'hôpital de Longjumeau associé à celui d'Orsay est Service d'Accueil des Urgences disposant de deux Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation. En 1999, le site de Longjumeau a enregistré 44 386 passages aux urgences et 1 269 sorties SMUR.

Le Centre hospitalier a récemment fait une demande d'autorisation d'activité de soins de périnatalité de niveau II b avec 50 lits d'obstétrique, 11 lits de gynécologie, et 20 lits de soins intensifs et néonatalogie. En 1999, l'hôpital a réalisé 1 640 accouchements.

Il fait fonctionner un important service de consultations externes sur rendez-vous. Près de 80 000 rendez-vous de consultations ont été pris en 1999.

Le centre hospitalier assure aussi une mission d'enseignement.

La formation des étudiants et des internes en médecine, chirurgie et pharmacie est assurée par l'ensemble des services médicaux.

La préparation aux professions para-médicales est assurée par un Institut de Soins Infirmiers et une école d'Aide Soignantes.

2.1.1.2 Description du plateau technique.

Le service de radiologie est équipé d'un scanographe, d'un appareil d'angiographie numérisée, de quatre salles de radiologie conventionnelle, deux échographes et deux appareils mobiles pour les radiographies au lit du malade.

Une demande d'appareil IRM est actuellement en cours.

Le service de biologie médicale est un service polyvalent (biochimie, hématologie, immunologie, sérologie, virologie, bactériologie).

En 1999, le service de biologie a produit 16 310 230 B.

La pharmacie centrale est dotée d'un isolateur pour la préparation des produits cytostatiques. Par ailleurs, elle est une des rares en France à pratiquer la Dispensation Journalière Individuelle Nominative des médicaments (DJIN).

Le secteur opératoire comprend : 5 salles dans le bloc polyvalent du premier étage, 3 salles dans le bloc d'orthopédie du deuxième étage, 2 salles de réveil.

Le nombre de K chirurgicaux pour les blocs est de 500 000 dont 7 000 pour la chirurgie ambulatoire.

Capacité en lits et places (lits et places installés en 1999)

	LITS	PLACES
MEDECINE	248	8
Médecine	147	6
Pneumologie	25	
Pédiatrie	20	2
Néonatalogie soins intensifs	20	
Cardiologie	24	
Soins intensifs de Cardiologie	6	
Réanimation	6	
CHIRURGIE	129	3
Viscéral	64	
Ortho	51	
Spécialité	11	
Chirurgie ambulatoire		3
Réanimation	6	
GYNECO-OBSTETRIQUE	61	
Maternité	50	
Gynécologie	11	
TOTAL MCO	438	11
IVG	2	
HTCD	5	
MOYEN SEJOUR	58	
MAISON DE RETRAITE	74	

En annexe 2 : plan de répartition des installations en lits.

2.1.2 La chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Longjumeau.

2.1.2.1 Historique de la structure.

Le projet de création d'une structure de chirurgie ambulatoire a été élaboré et accepté par la Commission Médical d'Etablissement de l'hôpital le 25 février 1997. Au mois de décembre de la même année, le Centre hospitalier de Longjumeau a été autorisé à créer trois places de chirurgie ambulatoire par suppression de trois lits d'hospitalisation traditionnelle (décision n°97-286 du 17 décembre 1997 de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France).

La visite de conformité, prévue à l'article D 712-14 a autorisé l'ouverture et le fonctionnement des trois places pour cinq années à compter du 2 février 1998. La CME a approuvé le règlement intérieur de la structure le 20 novembre 1997 (voir Annexe 3).

L'ouverture officielle de la structure a eu lieu le 16 juin 1998.

Il n'est pas toujours facile de connaître l'origine et les motivations exactes d'un projet.

Dès la parution des décrets réglementant l'activité de chirurgie ambulatoire, la communauté médicale et la Direction de l'hôpital ont pris conscience que le développement de la chirurgie ambulatoire, promue et demandée par les tutelles était un facteur de modernisation.

Le projet médical de 1997 mentionne d'ailleurs la nécessité de réduire les durées moyennes d'hospitalisation et de développer les alternatives à l'hospitalisation.

Mais, il semble que la motivation principale a résidé dans la crainte de se voir supprimer d'office des lits de chirurgie qui présentaient des taux d'occupation insuffisants. Demander leur transformation en places de chirurgie ambulatoire à un moment où la carte de chirurgie ne présentait pas d'excédent a pu être vu comme un moyen de les conserver.

Pour formuler la demande et déterminer le nombre de places nécessaires, des études ont été réalisées en interne. Il s'agissait de déterminer le nombre de patients pouvant potentiellement bénéficier d'une prise en charge ambulatoire.

Le nombre annuel de patients dont la durée de séjour est inférieure à un jour a été établi en recoupant plusieurs types de données :

- étude des anesthésistes sur six mois en 1994
- statistiques du bloc d'orthopédie sur trois mois en 1994.
- étude DIM sur neuf mois en 1994.

Les besoins de la chirurgie ambulatoire exprimés en nombre de venues par semaine pour cinq spécialité ont été estimés à :

ORL : 4

Chirurgie maxillo-faciale et plastique : 4

OPH : 4

Chirurgie viscérale : 4

Chirurgie orthopédie : 4

Nombre de venues estimées par an :

$$4 \text{ patients} \times (365 \text{ jours} - 104 \text{ samedis et dimanches}) = 1004 \text{ patients.}$$

Nombre de places :

Nombre maximum de patients pouvant être accueillis soit 1004

365

= 2,86 arrondis à **3 places.**

La création de la structure s'est accompagnée de travaux de réaménagements internes dans l'aile de service de chirurgie viscérale où elle a été implantée. (voir plans en annexe 4).

Le coût de l'opération, limité, s'est monté à 350 000 francs.

L'incidence sur la section d'exploitation du budget a été entièrement compensée par la suppression de lits traditionnels : pas de surcoût de personnel car un redéploiement interne est effectué tant en ce qui concerne le personnel médical que non médical.

Concernant la section d'investissement, l'amortissement engendré par les travaux et l'équipement, d'un montant très faible rentrait parfaitement dans la masse des amortissements proposés au budget annuel du centre hospitalier.

2.1.2.2 Organisation et fonctionnement de la structure.

L'activité de chirurgie ambulatoire est polyvalente et réalisée au sein d'une structure intégrée.

Les locaux de chirurgie ambulatoire sont situés au 4^{ème} étage de l'établissement dans le service de chirurgie (voir plan en annexe 4).

La structure est ouverte du lundi au vendredi de 7 heures 30 à 19 heures.

La constitution et la communication des dossiers médicaux incombe au service d'hospitalisation concernée. L'unité d'accueil dispose de deux chambres individualisées pouvant accueillir simultanément quatre patients.

Le secteur opératoire est commun à l'hospitalisation complète. Les actes de chirurgie ambulatoire sont effectués, en fonction des spécialités, dans une salle d'opération réservée à cet effet au bloc général ou orthopédique, pour les interventions relevant de cette discipline.

Le personnel affecté au fonctionnement de cette structure est, en équivalent temps plein (ETP) :

- poste de praticien hospitalier anesthésiste : 0,60 ETP.
- Poste de praticien hospitalier de chirurgie : 0,60 ETP.
- Infirmiers anesthésistes : 0,60 ETP
- Infirmier salle d'opération : 0,60 ETP.
- Infirmiers diplômés d'Etat : 1,66 ETP.
- Aides-Soignants : 1,00 ETP.
- Secrétaire Médicale : 0,50 ETP.
- Agent d'entretien spécialisé : 0,30 ETP.

C'est un médecin anesthésiste qui a été nommé coordonateur de la structure.

2.2 BILAN DU FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE DE CHIRURGIE : UN POTENTIEL INEXPLOITE ?

La structure de chirurgie ambulatoire présente, après deux années d'existence un bilan mitigé.

2.2.1 Un taux d'occupation insuffisant.

Le nombre de venues recensées dans la structure, à savoir l'unité médicale dévolue à cette activité (à Longjumeau, l'unité fonctionnelle, UF 4324) est manifestement inférieure à son potentiel légal de 1095 venues par an:

-118 venues en 1998

-183 venues en 1999.

Le taux d'occupation en chirurgie ambulatoire se calcule en ramenant le nombre de journées effectivement réalisées dans la structure au nombre de journées réalisables.

Nombre de journées réalisées = nombre de venues = 183

Nombre de journées réalisables = nombre de places autorisées * 365 jours soit 3 * 365 = 1095.

Concernant le nombre de journées réalisables, certaines précisions doivent être apportées.

Tout d'abord, il est à noter que depuis son ouverture en 1998, la structure n'a en réalité fonctionné que 12 mois. En effet, ouverte le 16 juin 1998, elle a dû être fermée à partir de juillet 1999 pour travaux de désamiantage. A cette période d'activité restreinte, il faut ajouter les fermetures pour congés, à savoir du 16 juillet au 20 septembre 1998 et du 18 décembre 1998 au 3 janvier 1999.

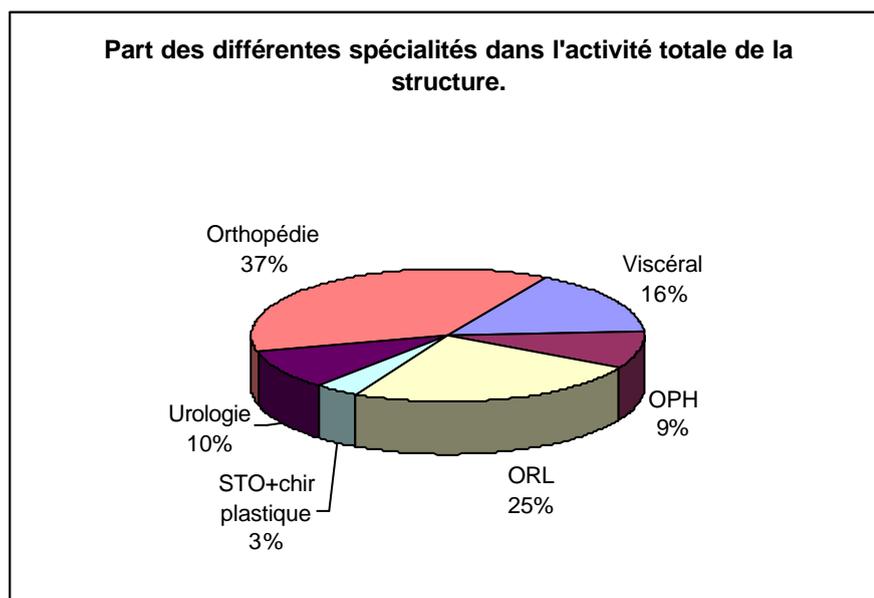
Il convient donc de calculer le taux d'occupation de la structure en tenant compte des journées de fermeture. Pour 1999, le nombre de journées théoriques corrigées est de 423 jours.

Le taux d'occupation corrigé est donc de $183/423 = 43 \%$.

Ce taux est évidemment insuffisant.

2.2.2 La nature des actes effectués dans la structure.

Il n'existe pas de recensement par nature des actes effectués dans la structure mais un décompte par spécialités (voir annexe 5).

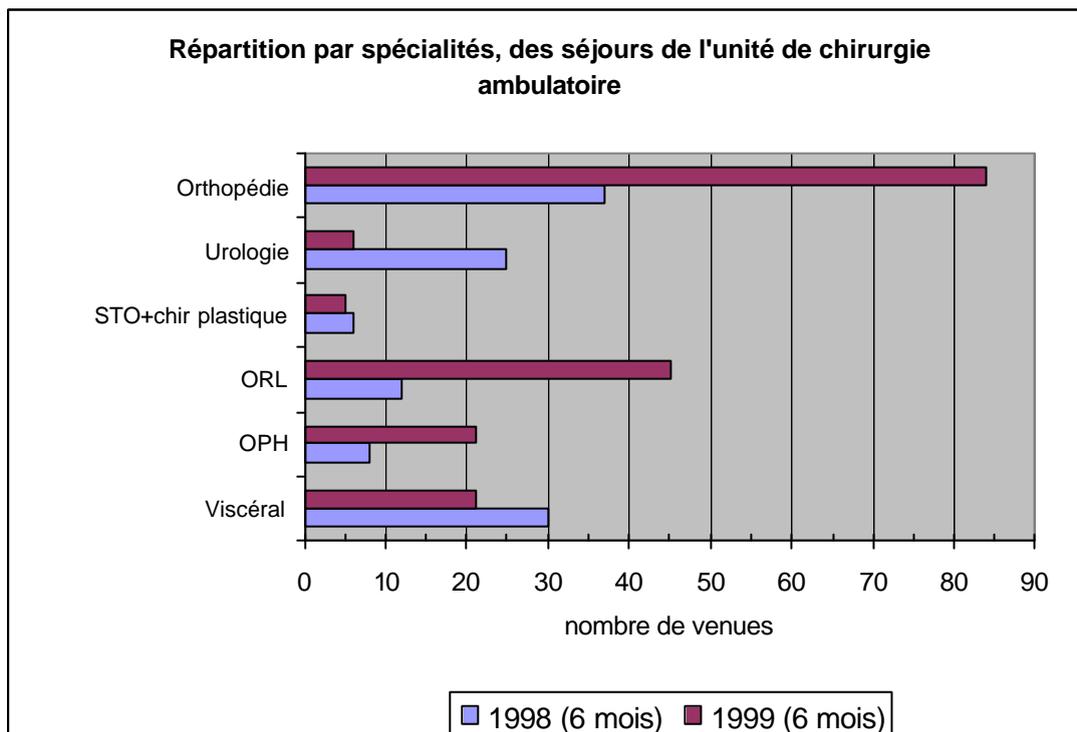


Si on compare cette activité avec les statistiques de l'AFCA¹⁷, la pratique de la chirurgie ambulatoire à Longjumeau laisse apparaître certaines particularités.

L'orthopédie est particulièrement développée ainsi que l'ophtalmologie. L'ORL est aussi dans la moyenne nationale.

On note l'absence totale de la gynécologie.

Enfin, il convient dès à présent de préciser que l'activité endoscopique n'est pas réalisée dans la structure. Les coloscopies, en particulier, sont réalisées en hospitalisation traditionnelle, pour des raisons qu'il conviendra d'expliquer.



Le nombre de séjours par spécialité sur les deux années confirme les informations précédentes.

On note qu'avant sa fermeture pour travaux, l'activité de la structure était en nette amélioration, notamment pour l'orthopédie et l'ORL.

La chute de l'activité d'urologie s'explique par le départ du praticien hospitalier spécialisé.

¹⁷ Schéma dans le chapitre précédent

2.2.3 Une chirurgie relativement substitutive.

L'arrêté du 31 mai 1999 relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou de renouvellement d'autorisation de structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires présente une méthode permettant, à l'aide d'un indicateur de référence, d'évaluer le caractère réellement substitutif de l'activité réalisée au sein d'une structure d'ACHA.

L'indicateur de référence est constitué par le rapport entre le nombre des séjours correspondant à une activité de chirurgie ambulatoire alternative à l'hospitalisation complète réalisés dans des places autorisées d'une part, et le nombre total de séjours réalisés dans ces places, d'autre part.

En effet, un certain nombre d'actes caractérisés comme opératoires et classants au titre du PMSI ne relèvent pas pour leur réalisation d'un secteur opératoire ou d'une anesthésie. Le passage de ces actes dans l'unité de chirurgie ambulatoire ne saurait être une substitution à l'hospitalisation complète.

A l'inverse, il existe des actes non reconnus comme opératoires, ne groupant pas les séjours dans la série des GHM 700 et qui pourtant justifient l'environnement d'une unité de chirurgie ambulatoire et recèlent donc de ce fait une capacité de substitution. Il s'agit essentiellement d'actes de stomatologie (GHM 885).

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

La valeur de ce taux de substitution est l'indicateur utilisé par la tutelle pour déterminer le nombre de lits d'hospitalisation complète à supprimer en échange d'une place d'ACHA.

En l'occurrence :

- si l'engagement porte sur une valeur de l'indicateur supérieure à 40%, la réduction est de deux lits par places créées.
- si l'engagement porte sur une valeur de l'indicateur supérieure à 50%, la réduction est de 1,5 lits par places créées.
- si l'engagement porte sur une valeur de l'indicateur supérieure à 55%, la réduction est de un lit par places créées.

Le calcul a été effectué par les services de l'Information Médicale de l'hôpital de Longjumeau pour l'année 1998. Il met en évidence que 50% des actes réalisés dans l'unité fonctionnelle

de chirurgie ambulatoire correspondent à des actes de chirurgie ambulatoire au sens du ministère. Au regard des nouveaux de taux de change en vigueur pour accorder les places de chirurgie ambulatoire, ce résultat ne paraît pas déshonorant. Il s'explique en partie par le fait que les endoscopies digestives et les colonoscopies sont exclues de fait de la structure pour des raisons qu'il conviendra d'éclairer.

2.3 HYPOTHESES ET METHODES DE TRAVAIL.

Le bilan de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau est donc mitigé. On peut supposer que c'est en partie parce que l'organisation mise en place n'a pas eu suffisamment de temps pour se rôder. En effet, une structure d'hospitalisation partielle, parce qu'elle change les modes de fonctionnement traditionnels des services hospitaliers, nécessite deux ou trois ans pour trouver sa vitesse de croisière. On peut donc compter sur le facteur temps et supposer qu'à sa réouverture, la structure connaîtra rapidement un meilleur succès et atteindra un taux d'occupation satisfaisant.

Cependant, pour espérer ce résultat, encore faut-il s'assurer au préalable de la réalité du potentiel de chirurgie ambulatoire. On verra ultérieurement que si ce potentiel est une condition nécessaire au bon fonctionnement de la structure, il n'en est pas pour autant une condition suffisante¹⁸.

2.3.1 Hypothèses.

On se propose de valider l'hypothèse suivante :

A activité constante, le centre hospitalier dispose, en interne, d'une « réserve » de recrutement pour une prise en charge chirurgicale en ambulatoire.

Cette hypothèse se décline selon deux variables, deux « niches » de développement :

- d'une part par de l'ambulatoire « sauvage »
- d'autre part, la possibilité d'un plus grand développement d'une chirurgie substitutive à l'hospitalisation complète.

¹⁸ Voir chapitre 3.

2.3.1.1 Potentiel n°1 : il persiste une activité ambulatoire sauvage qui devrait être réalisée dans la structure d'ACHA.

Le bilan "apparent" du fonctionnement de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau doit être complété et affiné par les informations fournies dans le PMSI qui permet en particulier de repérer ce que l'on appelle la chirurgie ambulatoire sauvage.

La chirurgie ambulatoire sauvage correspond aux actes réalisés sur le mode ambulatoire mais en dehors de la structure dédiée. Le patient ne passe pas la nuit à l'hôpital mais est cependant hébergé dans des lits d'hospitalisation traditionnelle. La chirurgie ambulatoire sauvage a essentiellement pour conséquence de mobiliser peut-être inutilement des lits d'hospitalisation traditionnelle.

En vertu des décret du 2 octobre 1992 relatif aux conditions d'organisation des structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire, cette pratique constitue aujourd'hui une infraction à la réglementation.

2.3.1.2 Potentiel n°2 : Certains actes réalisés en hospitalisation traditionnelle avec des durées moyennes de séjours supérieures à un jour pourraient être pris en charge en ambulatoire.

Il s'agit là d'estimer le potentiel de chirurgie ambulatoire substitutive à l'hospitalisation traditionnelle.

La littérature recèle de nombreux exemples de calculs du potentiel de chirurgie ambulatoire. Il ne s'agit pas dans cette étude de revenir sur le bien-fondé de l'autorisation de trois places au CHG de Longjumeau et de recalculer de manière précise et exhaustive le nombre d'interventions réalisables sur le mode ambulatoire. On s'intéresse plutôt ici au repérage des séjours en hospitalisation traditionnelle qui auraient pu correspondre à des séjours en ambulatoire.

2.3.2 Exposé de méthodes de calcul du potentiel de chirurgie ambulatoire.

2.3.2.1 Méthode utilisée au Québec.

Dans un petit fascicule intitulé Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec¹⁹, le CREDES présente une méthode d'évaluation du potentiel de chirurgie ambulatoire.

En effet, depuis 1995, le ministère de la Santé du Québec a mis en place une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire. Le "virage ambulatoire" marque la volonté de raccourcir les durées d'hospitalisation, d'une part pour le confort du patient car on suppose que l'hospitalisation est une épreuve psychologique et n'est pas dénuée de risques (infections nosocomiales), d'autre part pour réaliser des économies dans les établissements de soins (diminution des frais d'hôtellerie, diminution des frais de garde).

Le potentiel de chirurgie ambulatoire est déterminé selon une méthode consistant à estimer le nombre de cas hospitalisés qui auraient pu être traités en ambulatoire.

Pour faire cette estimation on applique rétrospectivement à la clientèle hospitalisée pour certaines interventions une série de critères d'exclusion à la chirurgie d'un jour. La détermination des interventions à retenir et des critères d'exclusion à la chirurgie ambulatoire a été validée par un panel de médecins de différentes spécialités.

Première étape : Inventaire des interventions chirurgicales les plus fréquemment pratiquées

Une liste d'une centaine d'interventions regroupées en 25 catégories a été retenue.

Deuxième étape : Détermination et application des critères d'exclusion.

Parce que tous les patients ne peuvent être admissibles en chirurgie d'un jour, des critères d'exclusion ont été établis, à partir de publications nord-américaines et ont fait l'objet d'une validation systématique par un panel de chirurgiens et d'anesthésistes au Québec.

Ces critères sont les suivants :

- séjours supérieurs à six jours, ce qui témoignerait d'un cas plus lourd
- plus d'une présence au bloc opératoire en cours de l'épisode d'hospitalisation

¹⁹ Développer la chirurgie ambulatoire: l'exemple du Québec, CREDES, 1997.

- présence de l'un des diagnostics suivants, principal ou secondaire, exigeant une surveillance étroite du patient. Quelques exemples²⁰ : syndrome immunodéficientaire acquis; angine de poitrine; hépatite virale B; diabète sucré ...
- lieu de résidence à plus de 100 Km d'un centre hospitalier, celui de l'hospitalisation ou un autre.

Dans une étude réalisée au CHU de Toulouse²¹ sur la base de cette méthode, les critères d'exclusion ont été affinés et adaptés :

- Sont écartés les GHM avec complications et morbidités associés (CMA). Etant donné le tableau clinique du patient, il est probable que ce cas de figure constitue une contre-indication à la chirurgie ambulatoire.
- Séjours de plus de trois jours qui font référence à des prises en charge ne pouvant probablement pas être converties en ambulatoire
- Risque anesthésique lié à l'état général du patient.

La méthode québécoise envisage les critères sociaux et/ou psychologiques mais aucun indicateur n'a jusqu'à présent été trouvé pour évaluer ces critères. Par conséquent, ils ne sont pas retenus pour évaluer le potentiel.

2.3.2.2 Exemple de méthodes développées en France.

Plusieurs études visant à quantifier et à qualifier l'activité de chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé sous dotation globale sont aujourd'hui disponibles.²²

Les méthodes utilisées pour calculer le potentiel de chirurgie ambulatoire présentent évidemment des points communs avec la "méthode québécoise" mais diffèrent aussi sensiblement sur certains aspects importants de l'évaluation.

Toutes ces études ont pour base le PMSI comme outil d'analyse de l'activité hospitalière qui permet de décrire l'activité de chirurgie ambulatoire et de mesurer son potentiel d'évolution.

²⁰ Liste exhaustive in Développer la chirurgie ambulatoire: l'exemple du Québec page 7.

²¹ "Développement de la chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse", Journal d'économie médicale, Novembre-décembre 1999.

²² On fait plus précisément référence ici à : "La chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers sous dotation globale" Gestions Hospitalières, juin-juillet 1999.

Première étape : Analyse quantitative et qualitative de l'activité ambulatoire réalisée à travers les GHM "700".

Le dénombrement des GHM "700" permet de réaliser un étude quantitative de l'activité ambulatoire réalisée, avec par exemple la possibilité d'isoler les quelques GHM qui concentrent le plus de RSA.

L'étude du nombre de RSA fourni un premier élément de typage de l'activité de chirurgie ambulatoire par discipline. Cependant, au sein de chaque discipline, une multitude d'actes opératoires de nature très variée sont répertoriés. On peut affiner l'étude par l'analyse de la nature des actes effectués dans les GHM les plus fréquents.²³

Deuxième étape : Repérer dans les séjours en hospitalisation complète ceux qui auraient potentiellement pu représenter une activité de chirurgie ambulatoire.

Pour cela, on recherche dans la base de donnée, les séjours dont les caractéristiques sont proches de celles répertoriées pour les GHM chirurgicaux de la CM 24, à savoir :

- Mono séjours (nombre de résumés d'unité médicale – RUM – égal à 1.)
- durée de présence égale à un ou deux jours.
- provenance du domicile et sortie vers le domicile.
- appartenance à un GHM chirurgical (en dehors de ceux de la CM 24).

En termes quantitatifs, on peut alors remarquer si ce sont les mêmes disciplines que pour l'activité déjà réalisée en ambulatoire ou au contraire, d'autres spécialités qui concentrent le plus grand nombre de GHM.

Qualitativement, l'étude de la nature des actes les plus effectués permet là encore de comparer l'activité potentiellement ambulatoire de ce qui est déjà réalisé en ambulatoire et en tirer les conclusions.

Cette étude porte sur l'ensemble des critères d'inclusion retenus. Ces critères ne permettent cependant pas de repérer d'éventuels séjours d'hospitalisation complète justifiée soit par des CMA, soit par des conditions socio-économiques particulières, qui les auraient fait récuser pour une prise en charge ambulatoire.

²³ L'étude à laquelle il est fait référence ici ignorait les nouveaux GHM ambulatoires (761 à 777) mais la démarche reste pertinente avec la nouvelle nomenclature, elle est en fait "allégée".

2.3.2.3 Comparaison des deux méthodes : le débat autour de l'élaboration d'une liste d'actes.

Il est tout à fait intéressant de remarquer qu'au Québec, la première étape de la démarche consiste à déterminer les interventions pour lesquelles le développement de la chirurgie de jour est jugé intéressant alors qu'en France, on commence par sélectionner des séjours en fonction de leur durée. En effet, la méthode utilisée au Québec suppose l'acceptation et l'élaboration d'une liste d'actes faisables en ambulatoire, ce à quoi l'on s'est jusqu'à maintenant toujours refusé en France.

D'après l'AFCA et l'IAAS, la publication d'une liste d'actes chirurgicaux pouvant être réalisés en ambulatoire serait porteuse d'effets incitatifs pervers. En effet, «ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient».²⁴ La faisabilité d'un acte en ambulatoire dépend surtout de l'organisation que l'on se donne et de la capacité des équipes à sélectionner correctement les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire.

Le souci de l'AFCA est louable. Cependant, l'absence de liste peut rendre aléatoire ou arbitraire l'évaluation d'un potentiel de chirurgie ambulatoire ou la prévision d'activité dans une structure d'ACHA nouvellement créée.

Toutefois, cette réticence à produire une liste, ne serait - ce qu'indicative, est palliée par la simple analyse des GHM 700.

En l'occurrence, depuis 1997, cette série tend à devenir de plus en plus précise, avec la création de 17 nouveaux GHM ambulatoires à partir de la fréquence d'apparition de certains actes. Apparaissent par exemple la chirurgie de la cataracte ou du canal carpien.

Enfin, aucune des deux méthodes présentées ne résout le problème de l'appréciation des critères socio-économiques et environnementaux de la sélection des patients.

2.4 APPLICATION AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU : REPERAGE DU POTENTIEL DE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE.

On se propose de s'inspirer essentiellement de la seconde méthode exposée (exemple français), la plus adaptée au traitement des données disponibles, pour valider les deux hypothèses exposées plus haut.

²⁴ La lettre de l'AFCA – septembre 1998 – n°4.

2.4.1 Repérage de la chirurgie ambulatoire «sauvage».

Les séjours de chirurgie ambulatoire « sauvage » ou encore clandestine, peuvent être repérés au travers du codage PMSI.

Dans le PMSI, l'activité ambulatoire est définie comme toute activité diagnostique et thérapeutique ayant entraîné une présence du patient de moins de 24 heures dans les services de soins. L'activité ambulatoire est ainsi séparée du restant de l'activité de court séjour et regroupée dans une Catégorie Majeure de Diagnostique particulière, la CM 24 dont le critère d'entrée est, pour chaque Résumé de Sortie Standardisé, date d'entrée = date de sortie. Ensuite, la présence ou non d'un acte "classant opératoire" permet d'orienter le RSS vers un GHM chirurgical.

Les GHM de chirurgie ambulatoire débutent tous par le chiffre 7 (série dite des "700") : GHM 701 à 714; 716 à 723; 761 à 777. Ce sont ceux qui nous intéressent pour cette étude.

Pour mémoire, les GHM médicaux d'ambulatoire commencent par le chiffre 8, les séances sont rangées dans les GHM commençant par le chiffre 6 (les " 600 ").

Une fois le nombre total de GHM 700 dénombré, on peut alors le comparer au nombre total de séjours réalisés au sein de la structure d'ACHA stricto sensu.

On recense :

- pour 1998, 322 séjours de moins de 24 heures avec acte opératoire classant alors que l'unité de chirurgie ambulatoire n'a accueilli que 118 patients.
- Pour 1999, 337 pour 183 venues dans l'unité de chirurgie ambulatoire.

Force est donc de constater qu'à cause de la fermeture prématurée de l'unité de chirurgie ambulatoire ou au contraire en dépit de son existence, il existe une activité ambulatoire « sauvage » à l'hôpital de Longjumeau. A partir de là, la question est de savoir si ces interventions, a priori programmées ou programmables auraient été réalisées dans la structure de chirurgie ambulatoire si celle-ci avait fonctionné toute l'année.

Il est évidemment difficile de répondre à cette question. En particulier, cela implique de supposer pour 1999 que près de 250 séjours auraient été réalisés dans la structure de chirurgie ambulatoire sur les quatre derniers mois (on rappelle que la structure est fermée depuis juillet 1999) alors que la période de janvier à juin 1999 n'en a accueilli que 183.

On peut donc tout aussi bien pensé que certaines de ces interventions n'auraient de toute façon pas eu lieu dans la structure et cela pour des raisons qu'il faudra éclairer.

Au final, il convient de considérer avec prudence toutes conclusions tirées de ces chiffres. En effet, le contenu de la CM 24 s'avère parfois hétéroclite.

Trois GHM concentrent le plus grand nombre de RSA (Résumé de Sortie Anonymisés). Ce sont :

- GHM 709 (affections de la peau, des tissus sous-cutannés et des seins) : 62 RSA
- GHM 763 (Amydalectomies et/ou adénoïdectomie) : 83 RSA
- GHM 768 Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation) : 47 RSA.

Les GHM 709 et 763 correspondent à des actes fait par des spécialités qui utilisent le plus la structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire. On peut donc supposer que ce potentiel sera à terme exploité dans le cadre de la structure et non plus en dehors.

Le GHM 709 contient des séjours correspondants à plusieurs spécialités (viscéral, chirurgie plastique...) qui ne sont pas celles qui utilisent majoritairement la structure.

2.4.2 Le potentiel de substitution.

A partir de la base de donnée est le PMSI, les séjours ont été sélectionnés par acte et triés par nombre (ordre décroissant) et âge du patient à l'entrée, selon cinq critères :

- Présence d'un acte classant.
- Durée du passage égal à 0, 1 ou 2 jours.

La présence concomitante, pour un même acte classant, de séjours de 0 jour et de séjours de 1 ou 2 jours valide de facto l'hypothèse d'une possible prise en charge ambulatoire.

- Mode d'entrée et de sortie de l'unité médicale égale à 8 (domicile).
- Mono-séjours (RUM = 1)

La recherche a été effectuée pour les quatre spécialités chirurgicales pratiquées à l'hôpital de Longjumeau : ORL, ophtalmologie, gynécologie, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Les résultats de la recherche sont disponibles en annexe 6.

Pour les actes comportant le plus grand nombre de séjours, déterminer si ces actes pourraient être pris en ambulatoire. Pour cela, et en tenant compte des réserves souvent émise par les professionnels quant aux dangers d'une liste d'actes (voir supra), le choix a

été fait de solliciter les différents praticiens pour savoir si les séjours désignés étaient réalisables en ambulatoire.

Un certain nombre d'actes apparaissent effectivement comme pouvant être réalisés en ambulatoire et sont reconnus comme tels par les praticiens interrogés.

Mais, l'enquête ne permet pas de prendre en compte les critères psychologiques, sociaux et environnementaux souvent mis en avant par les médecins de l'hôpital pour expliquer le faible taux d'occupation de la structure.

GYNECOLOGIE :

On dénombre 193 séjours pour curages ou curetages pour interruption de grossesse (actes PO24 et PO23 qui ne sont autres que les IVG). L'hôpital de Longjumeau présente la particularité de réaliser les actes d'IVG majoritairement en un ou deux jours alors que cet acte est réputé pouvoir être pris en charge en ambulatoire. Des cas de détresse psychologique ou de complication médicale peuvent expliquer des séjours plus longs, mais pas la majorité des séjours (157 sur 193) qui sont réalisés en deux jours d'hospitalisation complète.

De la même manière, les actes d'hystéroskopie exploratrice, de curetage diagnostique en dehors de la grossesse et de biopsie de l'endomètre sont reconnus comme réalisables en ambulatoire.

ORL :

On dénombre pour 1999, 49 « opérations des végétations » (acte J359) dont 42 sont effectivement faites en moins de 24 heures.

Les poses d'aérateurs transtympaniques sont aussi majoritairement faites en ambulatoire.

Pour l'ORL, le potentiel de substitution existe.

OPHTALMOLOGIE :

On dénombre, pour l'année 1999, 285 opérations de la cataracte (à savoir actes H490 : Phako-émulsification et aspiration de cataracte en un temps et H514 : insertion de cristallin artificiel de chambre postérieure au moment d'une extraction de cataracte en un temps).

Sur ces 290 séjours, la grande majorité est réalisée en deux jours (230) et un jour (42).

Seuls 13 séjours relèvent d'une hospitalisation en ambulatoire.

L'âge des patients à l'entrée n'est pas différents de l'âge des patients admis en hospitalisation complète, notamment pour les personnes âgées.

Cette intervention, couramment pratiquée en ambulatoire dans beaucoup d'établissements et qui fait l'objet d'un GHM 700 particulier, représente un fort potentiel pour la structure d'ACHA de Longjumeau.

STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE :

Les interventions d'exérèse et suture d'une lésion superficielle unique ou multiple de la peau et parties molles et d'une lésion de la paupière SAI sont reconnus par le praticien comme pouvant être réalisées en ambulatoire mais sont encore majoritairement faites en 1 ou 2 jours.

En ce qui concerne la stomatologie, les avulsions dentaires multiples doivent pouvoir se faire en ambulatoire, sauf pour le cas particulier de l'extraction en un temps des quatre dents de sagesse. On dénombre, pour 1999, 66 actes Q763 (« Ablations d'une dent de sagesse incluse, enclavée ou à l'état de germe »), toutes faites en deux jours.

AUTRES :

Enfin, à ce repérage du potentiel de chirurgie ambulatoire par spécialité peut s'ajouter le nombre de **coloscopies** : 340 coloscopies ont été réalisées au bloc général en 1999.

2.4.3 Conclusion.

Il existe donc une réserve de séjours potentiellement réalisables en ambulatoire et reconnus comme tels par les praticiens de l'hôpital .

La question est maintenant de comprendre pourquoi ces séjours ne sont pas réalisés au sein de la structure ouverte à l'hôpital.



DEUXIEME PARTIE :

LES RAISONS D'UN DEBUT DIFFICILE ET

LES RAISONS D'ESPERER...

3 - LES FREINS AU DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU.

La question est ici de savoir pourquoi l'hôpital de Longjumeau, en dépit d'un réel potentiel, n'a pas réussi jusqu'à maintenant à substituer à certaines hospitalisations traditionnelles un plus grand nombre de prises en charge ambulatoires.

Différents facteurs peuvent être identifiés comme des freins au développement et au bon fonctionnement de la chirurgie ambulatoire.

Ces facteurs ont pu en partie être mis en évidence grâce aux entretiens réalisés auprès des différents acteurs²⁵. Il convient cependant de distinguer dans le discours des uns et des autres ce qui relève du ressenti, et ce qui relève de dysfonctionnements objectivables, en gardant à l'esprit que les deux types de réponses ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, mais en constante interrelation. En effet, les décisions ou les modes d'organisation choisis sont souvent le fruit de perceptions ou d'appréciation subjectives. A l'hôpital comme dans toute autre organisation, les acteurs sont des sujets à « rationalité limitée »²⁶.

En dernier ressort, deux types de facteurs peuvent être identifiés comme des freins au développement de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau. Certains d'entre eux sont communs à beaucoup d'hôpitaux publics. D'autres sont plus spécifiques au contexte local. Surtout, ils n'ont pas tous le même poids explicatif.

Les facteurs que l'on qualifiera de conjoncturels ou exogènes à l'institution ne sont pas nécessairement les plus déterminants.

Les facteurs propres à l'organisation, à la culture hospitalière et au mode de relations professionnels internes au centre hospitalier paraissent plus convaincants.

²⁵ La grille d'entretien se trouve en annexe 7.

²⁶ En référence aux travaux des sociologues March et Simon.

3.1 FACTEURS CONJONCTURELS ET CAUSES EXOGENES NE PARAISSENT PAS REELLEMENT DETERMINANTS.

3.1.1 Les contraintes réglementaires.

Les textes qui réglementent le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire sont souvent jugés trop contraignants et de ce fait désincitatifs. En réalité, ce sont surtout les conditions de création d'une structure d'ACHA plus que ses règles de fonctionnement qui peuvent apparaître dissuasives.

Les taux de change appliqués à la création d'une place et la perte de lits qui peuvent en découler sont souvent mal acceptés par les hospitaliers. Cependant, cet argument tend à devenir caduque depuis la possibilité ouverte par le décret du 31 mai 1999 de souscrire auprès de la tutelle un engagement permettant d'annuler la suppression des lits d'hospitalisation complète²⁷.

Par ailleurs, l'hôpital de Longjumeau qui possède déjà ses places de chirurgie ambulatoire n'est plus confronté à ce «dilemme».

En ce qui concerne les conditions de fonctionnement d'une structure d'ACHA, la principale contrainte de fonctionnement réside dans l'obligation d'individualisation de la structure (mais la possibilité d'utiliser le bloc opératoire commun allège considérablement cette contrainte) et la concentration des actes dans un temps limité.

Cet argument de la contrainte réglementaire révèle en réalité deux types de positions.

Parfois, elle révèle une simple méconnaissance de la pratique ambulatoire chez des praticiens peu rompus à l'exercice. Comme il a déjà été souligné, la chirurgie ambulatoire modifie sensiblement les modes d'organisation des équipes hospitalières. Mettre en question la contrainte des textes, c'est aussi parfois un peu révéler ses propres difficultés à s'adapter à la nouvelle organisation.

Parfois aussi, les contraintes réglementaires sont soulignées pour désigner ce que certains considèrent comme la réticence de l'administration à donner à la structure les moyens de son développement.

Dans tous les cas, l'argument de la contrainte des textes apparaît plus comme le révélateur, « le symptôme », de difficultés de deux ordres.

²⁷ voir supra chapitre 1.2.2

D'une part, les difficultés manifestement rencontrées pour se donner la rigueur et les règles d'organisation nécessaires pour s'adapter au changement que représente la création d'une structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire. Mais, ces difficultés sont véritablement légitimes et par ailleurs communes à tous les hôpitaux publics,

D'autre part, la difficulté à programmer les admissions de patients et le planning du bloc opératoire, et ce de manière générale, y compris pour les interventions conventionnelles.

3.1.2 La question de la rentabilité de l'activité de chirurgie ambulatoire au travers du PMSI.

Le PMSI est souvent accusé de décourager la pratique de la chirurgie ambulatoire par une valorisation inadaptée parce qu'insuffisante de cette activité. En effet, on constate que les GHM ambulatoires sont moins valorisés en points ISA que les GHM d'hospitalisation complète. L'activité de chirurgie ambulatoire rapportant moins de points ISA que la chirurgie classique, le chirurgien voit donc la productivité de son activité diminuée.

Pourtant, les principes de la rémunération de la chirurgie ambulatoire ne semblent pas être un frein au développement de sa pratique au centre hospitalier de Longjumeau, et cela pour deux raisons.

Tout d'abord l'idée même que la chirurgie ambulatoire serait moins cotée que la chirurgie en hospitalisation conventionnelle doit être sérieusement nuancée.

Ensuite, rien ne permet d'affirmer que les chirurgiens prennent à ce point en compte la rémunération en points ISA de leur activité.

3.1.2.1 Une activité sous valorisée ?

En théorie, il est normal qu'une hospitalisation en ambulatoire soit plus faiblement rémunérée qu'une hospitalisation traditionnelle. Cette moindre rémunération est en relation directe avec la diminution du coût réel généré pour un séjour pris en charge en ambulatoire. En effet, la chirurgie ambulatoire est peut-être génératrice d'économie dans le sens où elle réduit considérablement la durée de séjour. Moins consommatrice de ressources en terme d'hébergement et de personnel, elle est sensée coûter moins cher à l'hôpital (même si elle peut générer des coûts indirects supportés par la médecine de ville²⁸).

²⁸ On ne s'intéresse ici qu'à l'impact de la chirurgie ambulatoire sur les dépenses hospitalières stricto sensu et non pas à son efficacité au regard du montant total des dépenses de santé. En effet, l'hypothèse de la rentabilité économique de la chirurgie ambulatoire pour le système de santé pris dans sa globalité n'a à ce jour pas pu être validée.

On peut cependant s'interroger pour savoir si la différence de rémunération en point ISA, nonobstant la différence de coût réel qu'elle reflète, n'incite pas fortement à réaliser les séjours potentiellement ambulatoires en hospitalisation complète. On imagine en effet que pour un même séjour, le passage d'une durée de moins de 24 heures à une durée de 1 à 2 jours génère une augmentation de points ISA largement supérieure au coût réel issu de la durée d'hospitalisation supplémentaire.

Ce constat était certainement vrai jusqu'en 1997. Mais, depuis 1998, l'échelle PMSI a été considérablement affinée et revalorisée pour ce qui concerne les GHM ambulatoires. Les écarts relatifs de rémunération entre les GHM d'hospitalisation complète et les GHM ambulatoires se sont donc très nettement réduits grâce à la création des nouveaux GHM spécifiques.

On peut illustrer ce changement par un exemple.

Avec l'échelle PMSI de 1997, si l'opération était réalisée en hospitalisation complète, le séjour était classé au sein du GHM 51 ; « Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ». Ce GHM était rémunéré 850 points. Pris en charge en ambulatoire, le séjour, classé dans le GHM 702, « Affections de l'œil : ambulatoire, avec autre acte opératoire. » était rémunéré 337 points, soit 2,5 fois moins bien rémunérée qu'en hospitalisation complète. Il est très probable que cet écart n'était pas compensé par la baisse du coût du séjour généré par la prise en charge en ambulatoire et n'encourageait pas les hôpitaux publics à substituer la prise en charge ambulatoire à l'hospitalisation traditionnelle.

Avec l'échelle PMSI 1998 et les nouveaux GHM chirurgicaux créés au sein de la CM 24, la valorisation des deux modes de prise en charge a évolué.

La cataracte réalisée en ambulatoire, auparavant groupée au sein du GHM 702, « Affections de l'œil : ambulatoire, avec autre acte opératoire », bénéficie désormais d'un GHM particulier, le GHM 762, « Interventions sur le cristallin, en ambulatoire », nouvellement créée. Ce GHM ambulatoire 762 est rémunéré 668 points contre 947 pour le GHM 51.

On le voit l'écart est passé de 2,5 à 1,5.

3.1.2.2 L'encouragement des tutelles.

Depuis 1998, la Direction des Hôpitaux a mis au point un outil logiciel relatif à l'analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire des établissements à partir du PMSI. Cet outil permet de simuler une valorisation particulière des séjours de chirurgie ambulatoire en tenant compte de leur relative sous cotation. Ce différentiel de points ISA doit permettre aux Agences Régionales de l'Hospitalisation d'apprécier plus précisément l'activité des établissements

ayant développé une chirurgie ambulatoire substitutive afin que ces derniers ne soient pas pénalisés.

A l'hôpital de Longjumeau, le « gain théorique » obtenu après cette revalorisation est très minime :

- + 0,16% pour 1997
- + 0,33% pour 1998.

3.1.2.3 Impact de la valorisation en points ISA sur les motivations des acteurs.

D'après le résultat des entretiens menés auprès des différents chirurgiens de l'hôpital, cet impact semble quasi nul.

La plupart d'entre eux affirment ne pas connaître le détail des modalités de valorisation de la chirurgie ambulatoire. Très peu d'entre eux sont au fait de la rémunération en points ISA des actes qu'il leur est demandé de coter.

Par conséquent, l'idée d'une réticence à faire de l'ambulatoire liée à la crainte d'une baisse de « productivité » de l'activité ne paraît pas pertinente à l'hôpital de Longjumeau.

Paradoxalement, c'est même l'idée inverse qui semble prévaloir. La plupart des médecins mettent en avant comme facteur de motivation l'idée que la chirurgie ambulatoire serait un facteur de réduction des coûts hospitaliers.

En revanche, la faible valorisation de cette activité qui a pu prévaloir dans les premières années de sa mise en place était reconnu par la Direction de l'hôpital comme un facteur décourageant voir dissuasif.

3.1.3 La concurrence du secteur privé.

L'hypothèse d'une trop forte concurrence du secteur privé, dont les liens avec la médecine de ville notamment sont peut-être plus développés, doit être explorée.

Il est vrai que l'hôpital souffre, tout particulièrement pour ses activités chirurgicales, la concurrence du secteur privé. Dans l'environnement de l'hôpital de Longjumeau, deux cliniques privées s'affirment comme des pôles chirurgicaux importants : la clinique de Massy et, à deux pas du centre hospitalier, la clinique de l'Ivette.

La clinique Jacques Cartier de Massy dispose de 20 places et a réalisé en 1998, 7 300 venues ce qui correspond à une parfaite exploitation de ses autorisations. La clinique de l'Ivette dispose elle de 9 places de chirurgie ambulatoire installées et cinq autres en cours d'autorisation. En 1999, cet établissement a réalisé près de 3 500 venues, c'est à dire une activité supérieure à son potentiel légal.

On peut supposer que cette activité privée constitue une concurrence importante pour la petite structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire du centre hospitalier. Les patients, spontanément ou orientés par le médecin traitant, se confieraient plus volontiers à ce type de cliniques, très rodées en matière de chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, il n'est pas aisé de faire la part entre deux facteurs explicatifs et peut-être concomitants :

- D'une part, cette idée que les médecins traitants orientent insuffisamment leurs patients vers l'hôpital public quand il s'agit de chirurgie.
- D'autre part, l'idée que, quelque soit l'origine des patients, les chirurgiens de Longjumeau pratiqueraient systématiquement un faible recrutement en ambulatoire.

En 1996, l'image du centre hospitalier a fait l'objet d'une enquête auprès des médecins libéraux de son bassin d'attraction²⁹.

L'hôpital est reconnu comme complémentaire de la pratique des médecins libéraux, qui lui adressent majoritairement leurs patients. Le Centre hospitalier connaît une concurrence de l'AP-HP pour des pathologies complexes. Il est le premier concurrent pour certaines disciplines, telles que la chirurgie viscérale.

Surtout, neuf médecins sur dix sont favorables à l'hospitalisation de jour.

De leur côté, les praticiens de l'hôpital ne se plaignent pas de leurs rapports avec les médecins de ville.

Des liens insuffisants avec la médecine de ville ne semblent donc pas être à l'origine de difficultés de recrutement des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire.

Dans le cadre de la procédure d'accréditation, une nouvelle enquête (avril 2000) a été réalisée auprès des médecins de ville, concernant cette fois les relations que les médecins correspondants de l'hôpital entretiennent avec l'établissement et ses praticiens (voir résultats en annexe 8).

²⁹ Cette enquête est disponible auprès de la Direction de l'hôpital.

L'hôpital est jugé globalement accessible par les médecins de ville (rapidité pour faire admettre un patient ou lui trouver une consultation spécialisée). Mais, les réponses sont plus mitigées en ce qui concerne le suivi de la prise en charge.

A la question : « *le délai de réception du compte rendu vous paraît-il satisfaisant pour assurer la continuité de la prise en charge ?* », 32% des médecins interrogés répondent par la négative.

De la même manière, à la question « *lorsque l'état du patient requiert un suivi particulier, êtes vous informé de son retour à domicile dans un délai satisfaisant ?* », 40 % des médecins répondent aussi par la négative.

Il paraît évident que ces points doivent être améliorés pour réussir une prise en charge en ambulatoire. Il est cependant difficile d'affirmer qu'ils suffisent à expliquer le faible nombre de venues en ambulatoire au regard du potentiel démontré précédemment.

Reste donc à savoir pourquoi aussi peu d'actes sont pris en charge dans la structure.

3.1.4 Les possibles difficultés de recrutement.

Il convient de préciser et de rappeler que c'est le patient et non pas l'acte qui est ambulatoire. Ainsi, en complément du repérage de potentiel de chirurgie ambulatoire, il faudrait pouvoir évaluer, pour les séjours identifiés, quels sont les patients éligibles à une prise en charge ambulatoire.

Les conditions d'éligibilité du patient à une intervention en ambulatoire sont très strictes. Pour une même intervention, la cataracte par exemple, tous les patients ne peuvent également bénéficier d'une prise en charge ambulatoire. Ils doivent faire l'objet d'une sélection selon deux types de critères : les critères strictement médicaux et les critères psycho-sociaux ou environnementaux.

3.1.4.1 Les critères médicaux.

Le développement de la chirurgie ambulatoire à presque toutes les spécialités chirurgicales a été possible grâce aux progrès des techniques anesthésiques.

Il n'en reste pas moins que le raccourcissement de la durée d'hospitalisation rend plus risqué le suivi postopératoire. Certains patients ne peuvent donc y prétendre.

La classification de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) permet de distinguer cinq groupes de patients selon leur état général de santé et le pronostic vital associé :

ASA 1 : le patient en bonne santé n'ayant pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical, pas de perturbation d'une grande fonction.

ASA 2 : patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection. Exemples : bronchite chronique ; obésité modérée ; diabète contrôlé par régime ; infarctus ancien.

ASA 3 : patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection. Exemples : insuffisance coronarienne avec angor ; diabète insulino-dépendant ; obésité pathologique.

ASA 4 : patient courant un risque vital imminent du fait de l'atteinte d'une grande fonction. Exemples : insuffisance cardiaque sévère ; angor rebelle ; insuffisance respiratoire, rénale, hépatique ou endocrinienne avancée.

ASA 5 : patient moribond dont l'espérance de vie est inférieure à 24 heures. Exemples : rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale, en grand état de choc.

Les recommandations de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) préconisent de limiter l'activité de chirurgie ambulatoire aux patients ASA 1 et ASA 2. La plupart des médecins anesthésistes estiment par ailleurs que l'on peut accepter les patients ASA 3 sous certaines conditions.

3.1.4.2 Les critères psychologiques, sociaux et environnementaux.

La conférence de Consensus réunie en mars 1993 a défini des conditions particulières exigibles du patients.

Dans tous les cas, le patient doit avoir un niveau de compréhension suffisant pour recevoir les explications concernant les modalités de la chirurgie ambulatoire et respecter les recommandations qui lui ont été faites, être capable de se prendre en charge. Ce préalable est d'autant plus nécessaire pour les parents responsables d'un enfant qui doit subir une intervention en ambulatoire. En effet, le patient et ses proches doivent comprendre que la

phase postopératoire, même à domicile, est à considérer de façon sérieuse, et qu'une vie normale n'est pas possible immédiatement après le retour au domicile.

- Ne pas conduire lui-même dans les 24 à 48 heures qui suivent l'intervention.
Ne pas travailler sur une machine-outil, ne pas cuisiner, ne pas avoir à prendre de décision importante ni à signer de documents dans les 24 heures qui suivent l'intervention.
- Ne pas prendre d'alcool ni de médicaments autres que ceux prescrits
- Ne pas être isolé dans la phase postopératoire consécutive à son retour domicile, pouvoir être raccompagné chez lui par une personne responsable. Bénéficiaire d'un entourage adapté, capable de l'assister au moins pendant la première nuit. Disposer du téléphone, pour contacter en cas d'ennui quelconque, soit l'hôpital où il a été opéré soit son médecin habituel qui aura été au préalable informé de l'acte opératoire.
- Logé dans un endroit éloigné au maximum d'une heure de transport d'une structure de soins.

Isolement, anxiété et ou incapacité à se prendre en charge sont autant de contre-indications à une prise en charge ambulatoire. Il est bien évident que ce mode de prise en charge doit se faire dans le cadre d'une logique d'identification de risques maîtrisables, mais qu'elle perd tout son intérêt si elle doit conduire à créer des risques inutiles.

3.1.4.3 La population de Longjumeau.

L'argument de la contre-indication due aux conditions psychologiques et sociales est souvent avancé par certains praticiens pour expliquer la faible activité de la structure de chirurgie ambulatoire.

En terme médicaux, les contre-indications médicales, une fois identifiées ne sont pas négociables. En revanche, certains obstacles psycho-sociaux laissent une marge d'appréciation. Surtout, ils peuvent, dans certains cas qu'il faudra préciser, et dans l'idéal, être levés grâce aux efforts et au temps d'explication consacrés par des équipes et des médecins motivés³⁰.

³⁰ Voir infra, chapitre 4.3.1

On admet généralement que la majorité de la population, soit 60 à 80 % peut bénéficier d'une prise en charge en ambulatoire.³¹. Ce chiffre n'est cependant pas vérifiable.

De la même manière, il n'existe pas d'outils permettant de qualifier le degré d'éligibilité d'une population (à l'échelle d'un département) aux critères énumérés ci-dessus.

Si c'est bien le patient qui est ambulatoire et non pas l'acte, seule une analyse au cas par cas peut permettre de savoir si ce sont bien des contre-indications à la chirurgie ambulatoire qui expliquent la faible activité de cette pratique à l'hôpital de Longjumeau.

Aujourd'hui, aucune procédure ne permet de vérifier que cette étape préalable de sélection est effectuée. A ce titre, la plupart des médecins disent ne pas proposer systématiquement le mode ambulatoire à leurs patients si ces derniers ne le réclament pas spontanément.

En résumé, l'ensemble des facteurs de nature conjoncturelle ou exogène, s'ils donnent un éclairage sur le fonctionnement de la structure en place, ne permettent cependant pas d'expliquer les difficultés rencontrées.

Ce sont d'autres phénomènes, liés au contexte local, qui semblent les plus pertinents.

3.2 LES PROBLEMES D'ORGANISATION EXPLIQUENT EN PARTIE LES DYSFONCTIONNEMENTS.

Comme il a été évoqué précédemment, la prise en charge en ambulatoire modifie considérablement le fonctionnement des services hospitaliers.

Pour fonctionner correctement, une structure d'ACHA doit se doter d'une organisation rigoureuse et adaptée, concernant la gestion des flux de patients, la programmation et le séquençage de l'activité.

Plusieurs dysfonctionnements, facilement repérables et qui ont déjà fait l'objet de débats internes, peuvent être mis en évidence.

3.2.1 Les ressources en personnel.

Elle ont été détaillées infra³² et répondent aux exigences réglementaires.

³¹ Séraqui (Michel) Guide de l'ambulatoire. 1998.

Les infirmières dédiées au fonctionnement de la structure ont été rencontrées. Elles se disent très enthousiasmées et intéressées par la mission qui leur est confiée dans la structure d'accueil. Elles semblent aussi très loin des débats internes à la communauté médicale et à la direction de l'hôpital sur l'insuffisance d'activité de la structure. Elles mettent au contraire en avant la satisfaction des patients et l'intérêt que représentent pour elles cette mission de soins nouvelle, différente de ce qu'elles peuvent faire dans un service d'hospitalisation de chirurgie traditionnelle. Elles regrettent cependant ce qui leur apparaît comme des dysfonctionnements préjudiciables à la structure :

- l'absence d'ordre de passage des patients.
- le retard pris au bloc qui repousse d'autant plus l'heure prévue de sortie des patients.
- la quasi inexistence de la visite pré-anesthésique avant le départ au bloc du patient (celle-ci semble être faite à l'entrée du bloc). Les infirmières s'étonnent même de l'obligation d'une visite du médecin anesthésique, croyant que les textes n'imposent celle-ci que pour les enfants.
- en fin de journée, la difficulté à trouver le médecin signataire de l'autorisation de sortie du malade.

3.2.2 L'absence de secrétariat performant.

La constitution et la communication des dossiers médicaux incombe au secrétariat du service de chirurgie d'hospitalisation concerné. Ce sont les infirmières de la structure qui sont alors chargées de les centraliser.

Cela provoque bien évidemment des difficultés mais comment pourraient-elles expliquer à elles seules le faible nombre de venues en ambulatoire ? Par ailleurs, les spécialités qui utilisent le plus la structure semblent avoir réussi à gérer cet inconvénient.

L'absence de secrétariat peut cependant être à l'origine de contre temps dans le déroulement du planning. En début de journée, les dossiers ne sont pas toujours arrivés à temps dans la structure d'accueil des patients. Au moment de la sortie, le compte rendu opératoire fait souvent défaut.

³² Chapitre 2.1.2.2

3.2.3 Les difficultés de gestion des flux.

L'intégration de la chirurgie ambulatoire aux blocs pose manifestement des problèmes d'organisation³³.

3.2.3.1 Le planning opératoire.

Deux problèmes se posent.

Tout d'abord, le choix ayant été fait de ne pratiquer qu'une seule spécialité par matinée opératoire, l'attribution des vacations (limitée à cinq) peut être source de conflits entre les différents praticiens.

Ensuite, les textes relatifs à la sécurité anesthésique disposent que le médecin anesthésiste soit entièrement dédié au suivi opératoire de toutes les phases de l'opération jusqu'à la sortie du bloc du patient. Or, le programme ambulatoire est fait avant le programme traditionnel. Le nombre d'intervention en ambulatoire étant limité à 4 patients par jour, il n'est pas envisageable qu'un médecin anesthésiste consacre sa journée opératoire uniquement aux interventions ambulatoires. Il attend donc la fin du programme opératoire pour commencer le programme traditionnel. De ce fait, les interventions de chirurgie ambulatoire apparaissent à certains acteurs du blocs comme un facteur de retard pour l'ensemble du programme de la journée.

Cependant, les difficultés d'organisation au bloc préexistaient à l'introduction de la chirurgie ambulatoire, et ce en dépit de la rédaction d'une charte des blocs.

Là encore, la chirurgie ambulatoire intervient plus comme un révélateur des difficultés à organiser et coordonner le travail.

3.2.3.2 La sortie des malades.

La question des délais impartis pour la visite de sortie est aussi une source de dysfonctionnements.

Les médecins anesthésistes ne commencent les autorisations de sortie que vers 18 heures, ce qui peut apparaître, compte tenu des impératifs des patients et de ceux des personnels de la structure, trop tardif. C'est particulièrement vrai pour les enfants subissant une intervention ORL qui devraient pouvoir quitter l'hôpital dès 14 heures.

³³ voir en annexe 9 les comptes rendus de réunions sur le fonctionnement de la structure.

Cela pose aussi un problème pour les coloscopies, qui ne sont, on le rappelle, pas prises en charge dans la structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire. Pour des raisons d'organisation interne au département de médecine, les coloscopies ne peuvent être réalisées au bloc que l'après-midi. Du fait des délais nécessaires à l'évacuation des produits anesthésiques, leur sortie ne peut se faire qu'en début de soirée, lorsque la structure est déjà fermée.

Trop tôt ou trop tard, la sortie des patients pose des problèmes d'organisation.

3.3 LE FACTEUR CULTUREL : LA RESISTANCE AU CHANGEMENT.

La création d'une structure de chirurgie ambulatoire représente un changement important dans l'organisation hospitalière et peut à ce titre rencontrer des réticences ou des oppositions.

Crozier et Friedberg suggèrent que toute action de changement passe par la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités collectives, de nouvelles façons de raisonner. Le changement est donc une forme d'apprentissage. Notamment, l'apprentissage à coopérer autrement, c'est à dire à inventer et fixer de nouvelles règles du jeu, ce qui n'est jamais acquis d'emblée.

Cette analyse peut être transposée à l'introduction d'une structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau.

3.3.1 La perte de lits, symbole de pouvoir et unité de mesure du « territoire ».

“La sacro-sainte idée selon laquelle il faut hospitaliser le patient pour le guérir n'a pas vraiment été remise en question, si bien que notre parc hospitalier déborde de lits. Bien pis, le lit est resté encore récemment l'unité de mesure, l'archétype du service hospitalier”.³⁴

Qui ambitionne un jour de mettre en place une structure de chirurgie ambulatoire dans un hôpital public doit avoir à l'esprit qu'aujourd'hui encore, pour certains chefs de service, la compétence et/ou à défaut la renommée, est directement proportionnelle au nombre de lits dont ils sont responsables.

³⁴ SERAQUI (Michel) – Guide de l'ambulatoire - 1998. P 7.

Si pendant longtemps, le système hospitalier français a pu tolérer des excédents de lits, les tutelles sont depuis plusieurs années dans une logique de restructuration de l'offre et de réduction d'éventuels excédents. A ce titre, les praticiens sont devenus très attentifs à la notion de taux d'occupation des lits, un des indicateurs les plus marquants du niveau d'activité.

Or, à activité constante et dans la logique d'une véritable substitution, la pratique de la chirurgie ambulatoire peut entraîner une baisse des taux d'occupation des lits. En effet, si les places d'ambulatoires sont "communes" (même si l'attribution des vacations opératoires doit a priori se faire en fonction de l'importance du recrutement de chacune des spécialités), les séjours sont classés comme appartenant à la structure et non plus au service de la spécialité chirurgicale qui prend en charge l'intervention. Ce phénomène explique par ailleurs pourquoi, dans les gros établissements et les CHU, chaque service tend à vouloir créer sa propre structure. Cet éparpillement est évidemment contraire à l'esprit des textes et nuit à la performance de l'organisation.

Au delà de la question des taux d'occupation par service, mais toujours dans la logique de « territoire », la chirurgie ambulatoire pose la question de ce qui est vécu par certains praticiens comme une possible perte de leur autonomie. En effet, utiliser une structure d'accueil commune, cela revient aussi à collaborer avec un personnel para-médical commun. Un praticien, habitué à telle ou telle infirmière ou surveillante peut estimer inutilement compliqué de faire l'effort de travailler avec d'autres.

Il ne s'agit pas bien sûr de dresser un portrait caricatural des praticiens hospitaliers en général : cette culture de service ou encore de territoire tend à évoluer et à s'aplanir. Au sein même de l'hôpital de Longjumeau, les attitudes sont très variables. Cependant, si la culture de service n'est pas le seul frein au développement de la chirurgie ambulatoire, elle en est certainement un facteur explicatif important.

3.3.2 L'aspect innovant de la pratique de la chirurgie ambulatoire.

Comme tout processus innovant, accepter de faire de la chirurgie ambulatoire, c'est aussi un peu accepter de prendre un risque supplémentaire.

Dans le cas, même de faible probabilité où le patient présenterait des complications postopératoires, il est évidemment plus sécurisant de « l'avoir » directement en surveillance à l'hôpital. C'est bien en cela que la chirurgie ambulatoire demande une grande rigueur

professionnelle : évaluer le danger de complications et le prévenir pour s'assurer une maîtrise des risques la plus parfaite possible... même si le risque zéro n'existe pas.

Or, beaucoup de médecins sont encore peu informés des procédures de prise en charge ambulatoire. L'aspect innovant de cette pratique peut, chez certains, susciter un déficit de confiance.

Notamment, la nouvelle place du malade, quasi coéquipier de l'équipe hospitalière pour ce type d'intervention n'est pas toujours justement perçue.

Le patient est d'un naturel souvent ignorant des subtilités et techniques médicales. Il faut donc l'informer. Pour la chirurgie ambulatoire, cette information n'est pas seulement une obligation et une précaution contre le risque pénal aujourd'hui lié à l'exercice de la médecine. Elle en est une étape et une condition à part entière et cela pour deux raisons :

- c'est le meilleur moyen de savoir si le patient répond aux critères d'éligibilité à ce type de prise en charge
- c'est une des conditions de réussite de l'intervention.

Or, les entretiens menés auprès des chirurgiens tendent à faire penser que la prise en charge en ambulatoire lorsque l'intervention le permet est loin d'être systématiquement envisagée et encore moins systématiquement proposée au patient.

3.3.3 Les capacités de blocage du système.

Il est évident que la chirurgie ambulatoire exige une réelle motivation de l'ensemble des acteurs et une coordination étroite entre chirurgien, anesthésiste, et équipe soignante.

A en croire le discours des différents acteurs, en particulier des médecins (chirurgiens et anesthésistes), l'échec de la structure serait dû à « la mauvaise volonté des uns et des autres » ou encore « aux conflits entre chirurgiens et anesthésistes ».

Si la mauvaise volonté des uns est très bien perçue et analysée par les autres et si, de manière tout aussi remarquable, les uns perçoivent fort bien les réticences et blocages des autres, chacun a pourtant bien du mal à reconnaître sa propre part de responsabilité dans les difficultés rencontrées.

Dans toute organisation, chaque acteur dispose dans son propre domaine de compétence de ce que le sociologue Michel CROZIER appelle une « zone ou une source d'incertitude » nées du fait que les règles édictées pour régir le fonctionnement d'une organisation ne peuvent jamais tout prévoir, ou parce qu'elles sont nouvelles et peut-être perfectibles, et/ou

parce qu'il n'existe pas de sanctions à leur non-respect. Chaque acteur de l'organisation peut donc chercher à accroître son pouvoir pour préserver ce qu'il estime être ses intérêts au sein de cette organisation. On précise que le pouvoir, dans la définition crozérienne, n'est pas un attribut donné ou acquis, mais bien une relation déséquilibrée impliquant cependant l'échange et la négociation.

Ce que l'on appellera pudiquement les « difficultés relationnelles » entre chirurgiens et médecins anesthésistes peut expliquer certains dysfonctionnements comme les retards dans les plannings opératoires. Elles reflètent essentiellement les difficultés d'organisation du bloc d'une part, et les conflits de personnes d'autre part. Cependant, si ce phénomène suffisait à expliquer la faible activité de chirurgie ambulatoire, la plupart des blocs opératoires seraient déjà fermés !

Pourtant, il reste évident qu'une organisation aussi rigoureuse que celle de la chirurgie ambulatoire peut être complètement bloquée par l'un ou l'autre des groupes professionnels qui la fait fonctionner. Un retard en début de programme opératoire, une réticence à se déplacer pour autoriser la sortie d'un malade, autant d'éléments sources de dysfonctionnements qui peuvent décourager même les plus motivés.

Aujourd'hui, au centre hospitalier de Longjumeau, il n'est pas certain que chacune des corporations impliquées dans le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire ait accepté de faire toutes les adaptations nécessaires en terme de modification des pratiques professionnelles et d'adaptation des emplois du temps personnels.

3.3.4 Un management du projet encore insuffisant.

Faire de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public ne va donc pas de soi : ce n'est ni naturel, ni a fortiori facile. Comme tout projet innovant, il requiert des efforts, de l'investissement personnel et surtout, un management adéquat.

En ce qui concerne le centre hospitalier de Longjumeau, force est de constater une forme de déficit managérial des responsables hospitaliers impliqués dans ce projet.

Manifestement, et cela en dépit de l'existence d'énergies et de bonnes volontés qu'il est important de souligner et qui mériteraient d'être valorisées, le développement de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau n'a jamais réellement pu être managé.

Quatre type d'attitudes sont observables par rapport à la « question » chirurgie ambulatoire :

- La mauvaise volonté : elle concerne heureusement une poignée d'acteurs.
- L'attentisme. Il se rencontre chez les praticiens qui, sans y être opposés, ne perçoivent pas d'avantages majeurs à pratiquer la chirurgie ambulatoire.
- L'intérêt, mais sans toujours vouloir en assumer les risques. Notamment, la notion d'engagement par rapport à cette structure ne semble pas avoir été clarifiée. Certains médecins disent « bien vouloir » faire de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Longjumeau mais « attendre que ça marche vraiment » pour y envoyer leurs patients. Dans ces conditions, on comprend qu'il est difficile de mener à bien un projet aussi ambitieux.
- La motivation, et même dans quelques cas isolés une forme de volontarisme, mais malheureusement sans réels désir ou moyen de motiver les autres. Les bonnes volontés ne se sont peut-être pas rencontrées ou bien estimaient-elle ne pas avoir assez d'intérêt commun à le faire.

Ce manque de motivation et de management a atteint, si l'on peut dire, son point paroxystique avec la fermeture du service pour travaux de désamiantage. Face aux difficultés de fonctionnement de la structure, il est apparu encore plus compliqué de tenter de la transférer dans une autre aile de l'établissement. Parallèlement, peu de voix semblent s'être élevées contre cette décision. Cette fermeture temporaire, qui dure depuis un an, peut être interprétée comme une forme d'abandon. Tout du moins, elle est à l'image de l'intérêt porté à ce mode de prise en charge au centre hospitalier de Longjumeau.

4 - POURQUOI ET COMMENT LA CHIRURGIE AMBULATOIRE POURRAIT CONTINUER A SE DEVELOPPER AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU.

4.1 FAUT-IL S'AMELIORER?

On a vu que les difficultés de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau sont essentiellement liées à des problèmes d'organisation et de motivation. La question se pose alors de l'opportunité de la poursuite d'un tel projet. Peut-on faire de la chirurgie ambulatoire sans conviction ? Au regard des caractéristiques mêmes de cette pratique qui nécessite une grande implication des différents acteurs, la réponse est bien évidemment non. Pourtant, il existe de bonnes raisons de persévérer. La chirurgie ambulatoire présente pour l'hôpital public des inconvénients mais aussi des avantages. Elle répond notamment à certaines exigences nées de la restructuration et de la modernisation de notre système hospitalier. La motivation, à défaut d'être spontanée, peut finir par naître du principe de réalité.

4.1.1 L'impératif médico-économique.

Il faut avoir à l'esprit que les débats sur la "rémunération à la pathologie" impliquent notamment qu'on ne tiendra plus compte de la durée de séjour pour coter les actes. Ainsi, une cataracte, une amygdalectomie ou un canal carpien pourraient facilement à l'avenir être considérés comme des actes pouvant "normalement " se faire en ambulatoire et n'être remboursés que dans ce cadre ; Une hospitalisation supérieure à un jour devant être à chaque fois justifiée par le praticien sur une base médicale et/ou sociale.

4.1.2 Impératif de modernisation et d'amélioration du service public.

La chirurgie ambulatoire peut en effet être considérée comme un facteur de modernisation et d'amélioration du service public.

4.1.2.1 Le confort du patient.

Il ne s'agit pas de faire de la chirurgie ambulatoire un dogme.

Certains patients ne peuvent pas en bénéficier pour des raisons sociales. D'autres encore ne veulent pas en bénéficier (anxiété, hospitalisation perçue comme un confort et une sécurité). Cependant, une partie de la clientèle est demandeuse et éligible à ce mode de prise en charge. Le principe devrait alors pouvoir être celui d'un choix éclairé du patient.

On pense par exemple à des hospitalisations pour coloscopie, interruptions volontaires de grossesse ou simple ablation de matériel ou exérèse de lésions cutanées. Dans la plupart des cas, l'hospitalisation de jour satisfait pleinement les attentes psychologiques, pratiques et parfois économiques (pour les salariés) des patients.

4.1.2.2 Les avantages en terme d'organisation du temps de travail.

Les conséquences sur l'organisation du travail représentent des avantages potentiels.

La gestion des ressources humaines dans un service d'activité programmée est tout à fait spécifique. Pour beaucoup de soignants, elle est, à juste titre, synonyme d'une vie personnelle plus stable, d'horaires réguliers et « normaux » par opposition aux trois huit et aux impératifs des gardes de fin de semaine. En effet, la structure ferme le soir, dans le meilleur des cas entre 18 et 19 heures, et le week-end. Synonyme d'une vie professionnelle plus stable

Si l'activité varie beaucoup d'un jour à l'autre, il faut cependant envisager une certaine souplesse dans le planning hebdomadaire des soignants. Les jours de travail et de repos pourront être amenés à changer. La souplesse ainsi requise implique aussi que les personnels dédiés à la structure de chirurgie de jour et de semaine puissent éventuellement être certains jours affectés à d'autres services. C'est particulièrement vrai dans les premiers mois de fonctionnement, le temps que le service trouve son recrutement et sa vitesse de croisière. Il faut cependant prendre garde aux risques de démotivations des équipes. Conscient de la spécificité de leur travail en hospitalisation de jour ou de semaine, les soignants peuvent se sentir découragés s'ils ont le sentiment, à court terme que l'activité ne

fonctionne pas et qu'ils servent alors essentiellement à « boucher les trous » des autres services.

En terme financiers, les structures d'hospitalisation partielle peuvent évidemment générer des économies sur le budget des personnels.

4.1.2.3 Le décloisonnement des services.

« L'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire sont un facteur de modernisation du fonctionnement des établissements par la prise en charge transversale qu'elle induit : réunion dans une unité individualisée des compétences de chirurgiens de disciplines différentes. »³⁵

Est-ce une fin en soi ? D'aucuns répondront que non. Pourtant, le cloisonnement et le repli sur soi sont souvent reconnus comme des facteurs de dysfonctionnements majeurs au sein d'une organisation globale. Communication et coopération sont au contraire un enrichissement qui permet parfois d'éviter des erreurs.

4.1.3 Le bilan coût/avantage et la question d'un choix concerté.

La chirurgie ambulatoire reflète et cristallise d'une certaine manière la période charnière de transition que connaissent aujourd'hui les mentalités et l'offre hospitalières.

On trouve beaucoup de bonnes raisons à sa poursuite au centre hospitalier de Longjumeau. Mais on comprend aussi qu'elle rencontre beaucoup d'obstacles parce que tous les acteurs n'y trouvent pas les mêmes avantages. Face aux blocages et aux réticences rencontrées, on peut alors se demander si « le jeu en vaut vraiment la chandelle ». Persévérer dans le développement de ce mode de prise en charge apparaît bien coûteux. Non pas en termes financiers, mais en terme de temps, d'énergie, de concessions à faire par les uns et les autres, et de tabous à briser. La question est alors celle d'un choix concerté.

Seul un débat démocratique, ouvert et sincère, associant les responsables hospitaliers impliqués sur ce sujet, pourra permettre de déterminer si les différents acteurs sont prêts à fournir les efforts nécessaires à la modernisation de l'offre de soins proposé au centre hospitalier de Longjumeau.

³⁵ SROS Ile de France 1999-2004, p129.

4.2 SCENARII POUR UN NOUVEAU DEPART.

4.2.1 La création d'une nouvelle structure ?

4.2.1.1 Une structure autonome ou satellite.

La chirurgie de jour peut en effet être pratiquée dans trois types de structures :

- intégrée : c'est à dire localisée dans une unité d'hospitalisation classique.
- satellite et/ou autonome : La structure autonome dispose de ses propres locaux d'accueil et de repos du personnel. La structure satellite dispose en outre d'un bloc opératoire spécifique.
- indépendante : la structure possède son propre ensemble de moyens humains et matériels exigés pour cette pratique. Il s'agit d'une structure de chirurgie ambulatoire totalement détachée d'un établissement de soins traditionnel (sans lits d'hospitalisation).

En France aujourd'hui ce sont les deux premiers types de structures, majoritairement polyvalentes, qui prédominent.

Il existe des structure mono disciplinaire surtout dans les cliniques privés qui exploitent ainsi une spécialisation et une expertise reconnues. Pour les hôpitaux publics de la région Ile de France, on note l'existence de la structure mono disciplinaire de l'hôpital COCHIN, en ophtalmologie à laquelle il sera fait référence ultérieurement.

En ce qui concerne le centre hospitalier de Longjumeau, hôpital généraliste, il est bien entendu que la structure doit rester pluridisciplinaire. Par contre, son statut au sein de l'organisation globale de l'établissement peut être questionné. En d'autres termes, serait-il opportun de créer une structure autonome ou satellite.

Une structure autonome et satellite comme celle du centre hospitalier de Gonesse suppose l'existence d'un bloc indépendant, entièrement dédié à la chirurgie ambulatoire. En tout état de cause, le potentiel actuel de chirurgie ambulatoire à Longjumeau ne justifie pas un tel projet. De plus, l'hôpital ne dispose pas à ce jour des moyens financiers, ni même de l'espace nécessaire, pour investir dans la construction d'un bloc spécifique à cette activité.

On peut aussi aller plus loin et affirmer que le critère de l'unité de lieu (structure d'accueil et bloc spécifique à proximité) n'est pas une condition nécessaire à la réussite d'une structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire. L'exemple de l'hôpital de Saint Germain le prouve.

Une fois de plus, tout est affaire de motivation et de capacité à s'organiser.

4.2.1.2 Augmenter la taille de la structure.

Les efforts de réorganisation, d'investissement et de motivation nécessaires pour faire fonctionner une structure d'ACHA sont, comme on l'a vu, importants. On peut donc se demander si ses efforts sont «rentables », lorsque l'autorisation porte sur un nombre de places limitées.

La structure de chirurgie ambulatoire de l'hôpital de Longjumeau, dotée de trois places, est de taille minimale. En cela, elle présente de fortes similitudes avec la plupart des structures ouvertes dans les établissements du secteur public.

L'idée serait de se donner une capacité d'accueil suffisante (5, 8 places ?) pour rentabiliser les investissements et les efforts d'organisation ainsi que pour faciliter la coexistence avec le bloc central, commun aux deux types d'hospitalisation.

En l'occurrence, à l'hôpital de Longjumeau, les investissements faits au titre de l'ouverture de cette structure ont été limités.

En terme financier, on peut dire que l'ouverture de la structure a été faite quasiment à moyens constants, par redéploiement interne³⁶, que ce soit pour le personnel, les travaux ou le matériel. En effet, on imagine mal par exemple, dans un contexte de restrictions budgétaires, le recrutement d'une secrétaire médicale pour une structure de 3 places, soit en moyenne 4 patients par jour.

Faut-il pour autant en déduire qu'une structure d'ACHA ne peut fonctionner qu'à partir d'une certaine taille ? C'est une hypothèse que l'on ne pourra pas vérifier ici. Cependant, tout est affaire de motivation. Des moyens sans activité sont, au mieux un pari sur l'avenir, au pire du gaspillage. Par contre, une activité en forte croissance, signe de motivation et d'implication, engagerait à augmenter le nombre de places autorisées et à pouvoir rentabiliser de nouveaux investissements pour l'ouverture d'une plus grande structure.

³⁶ Voir chapitre 2 2.1

4.2.2 La réorganisation des services de chirurgie spécialisée : de nouvelles perspectives pour la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Longjumeau.

Durant l'été 2000, l'hôpital a vu la naissance d'un projet de réorganisation du service de chirurgie spécialisée.

Une des ailes de médecine, située au 7^{ème} étage de l'établissement, doit être fermée à partir d'octobre 2000 pour travaux de désamiantage. Il a été décidé que les lits de médecine concernés seraient «hébergés» au cinquième étage, qui contient actuellement les lits de chirurgie spécialisées : gynécologie, ORL, ophtalmologie, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Ces mêmes lits seront alors transférés au 4^{ème} CD, l'aile comportant les lits de chirurgie viscérale de semaine et les places de chirurgie ambulatoire. A l'occasion de ce déménagement, une profonde réorganisation des services et de l'aile d'hospitalisation concernés est envisagée. L'aile du 4^{ème} CD comportera désormais 3 unités individualisées dans lesquelles les capacités d'hospitalisation seront ainsi réparties :

- 3 places de chirurgie ambulatoire dans l'unité de chirurgie ambulatoire.
- 13 lits de semaines dans l'unité d'hospitalisation de semaine.
- 10 lits de traditionnel dans l'unité d'hospitalisation traditionnelle.

La question de la répartition de ces lits, par spécialité, au sein de chaque unité, n'est à ce jour pas tranchée.

Deux objectifs motivent ce projet :

Tout d'abord, en transformant une partie des lits d'hospitalisation traditionnelle en lits d'hospitalisation de semaine, il s'agit d'inciter les praticiens hospitaliers de spécialité à faire de la chirurgie ambulatoire et de semaine. En effet, on constate aujourd'hui qu'un certain nombre de séjours courts (2 à 4 jours) ne sont pas programmés de manière à rationaliser l'utilisation du bloc et les modalités d'hébergement. Pourquoi opérer un malade le vendredi et lui faire passer le week-end à l'hôpital alors qu'une intervention le lundi ou le mardi lui permettrait de sortir avant la fin de la semaine ? De la même manière, en raison des contraintes d'emplois du temps des praticiens qui ne travaillent à l'hôpital qu'à temps partiel, les taux d'occupation des lits varient considérablement d'un jour à l'autre, avec deux types de conséquences. D'une part, la charge de travail pour le personnel soignant est mal répartie. D'autre part, cela crée des problèmes de « manque de lits » les jours de fortes concentrations d'activité, avec le corollaire que l'on connaît : nécessiter de « prendre » des lits de médecine pour hospitaliser les patients de chirurgie, qui plus est programmés, limitant d'autant les possibilités d'entrée en hospitalisation par les urgences.

La deuxième motivation principale de ce projet est qu'elle devrait permettre de faire certaines économies budgétaires sur le poste des personnels de nuit et du week end. Le fonctionnement de cette nouvelle aile nécessiterait 1,35 infirmières et aides soignantes de nuit (en équivalent temps plein) de moins qu'avec l'organisation existante.

Ce projet de réorganisation est important pour l'avenir de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Longjumeau.

En terme de visibilité et de légitimité, la chirurgie ambulatoire deviendrait une unité, certes toujours individualisée, mais intégrée à part entière dans une nouvelle vision de l'hospitalisation de chirurgie au sens large.

La création d'une nouvelle aile, mélangeant chirurgie ambulatoire et chirurgie de semaine devrait permettre à la structure de chirurgie ambulatoire, même en se limitant dans l'immédiat à 3 places, de bénéficier de nouveaux moyens, notamment un secrétariat entièrement dédié aux hospitalisations partielles de chirurgie.

On peut cependant regretter que cette réorganisation, importante pour les services de chirurgie concernés, ne semblent pas avoir fait l'objet d'un débat clair au sein de la communauté médicale. Alors que sa réussite semble conditionnée à la désignation d'un coordonnateur, ce point n'apparaît pas à l'ordre du jour de la prochaine CME.

4.3 LES MOYENS : ORGANISATION.

4.3.1 Organiser une véritable sélection des patients par un meilleur recrutement.

Le potentiel « théorique » de séjours ambulatoires existe au centre hospitalier de Longjumeau. Les obstacles à son exploitation sont liés à la conjonction de facteurs d'ordre organisationnels et culturels. Un outil permettant de mieux sélectionner les patients, pourrait, tout en améliorant le recrutement, susciter des vocations chez les praticiens qui, sans être opposés à la chirurgie ambulatoire, connaissent encore quelques réticences.

On peut imaginer par exemple, que dans chaque dossier médical de chirurgie, soit introduit une fiche contenant les critères de sélection à la chirurgie ambulatoire. Ainsi, chaque chirurgien et chaque anesthésiste pourraient, au moment de la visite, poser les questions nécessaires et conclure à l'éligibilité du patient ou au contraire à ses contre-indications. Il ne s'agit bien évidemment pas d'apprendre aux praticiens à sélectionner leurs patients, mais

plutôt de les encourager à pratiquer systématiquement cette sélection, pour pouvoir la proposer au patient.

De plus, cet outil serait très utile pour réaliser un bilan périodique du potentiel de recrutement. Documents à l'appui, on pourrait enfin évaluer avec exactitude la part de contre-indications à la chirurgie ambulatoire qui est liée aux critères psycho-sociaux.

Cependant, en dernier ressort, rien ne garantit que le temps nécessaire au travail d'information du patient pourra lui être consacré.

4.3.2 Mieux s'adapter aux contraintes d'organisation en chirurgie de jour.

La chirurgie ambulatoire, comme toute hospitalisation de jour, est une hospitalisation programmée et de durée déterminée. Elle doit donc intégrer et satisfaire un certain nombre de contraintes dont le respect conditionne le bon déroulement et la réussite de ce mode de prise en charge.

La gestion et la responsabilité de la programmation des admissions doit idéalement être assumée et centralisée par la même personne (en l'occurrence le cadre infirmier).

4.3.2.1 La programmation des patients.

La décision d'admettre un patient en chirurgie ambulatoire revient au chirurgien avec l'accord du médecin anesthésiste qui doivent préalablement valider tous les critères de sélection du patient.

La date de convocation du patient pour l'intervention doit aussi être décidée en accord avec les possibilités du planning opératoire, la capacité d'accueil de la structure mais aussi celle du patient qui devra avoir eu le temps de réaliser éventuellement l'ensemble des examens et des traitements nécessaires.

Il suffit que l'une de ces conditions ne soit pas remplie pour que le risque survienne de devoir annuler au dernier moment une intervention. La coordination des différents acteurs et la circulation de l'information sont donc primordiales.

4.3.2.2 La programmation de l'activité.

La réussite d'une prise en charge individualisée de tous les patients est conditionnée par la capacité du cadre du service à intégrer cette prise en charge dans le bon déroulement global de toute l'activité du service. Donc, pour que l'activité hospitalière soit « centrée » sur le

patient, encore faut-il au préalable que cette activité soit elle-même « située », dans l'espace et dans le temps, rigoureusement organisée et structurée.

Une régulation efficace du respect de l'ordonnancement et de l'enchaînement des différentes phases de l'hospitalisation, des horaires prévus et des délais impartis, est nécessaire.

4.3.2.3 Les outils de planification et d'organisation.

Un certain nombre d'outil existent déjà, les dossiers des patients, les fiches de liaison.

Manifestement, le souci principal reste l'organisation des vacances et du planning opératoire qui conditionnent la gestion des flux de patients.

Il existe des logiciels informatiques pour traiter ces questions d'organisation. Malheureusement, ou heureusement, l'informatique ne peut créer ex nihilo l'organisation et la discipline, elle ne permet que de gagner du temps une fois les décisions prises.

4.3.3 Développer un environnement approprié grâce au partenariat avec les acteurs extérieurs à la structure de chirurgie ambulatoire.

4.3.3.1 La médecine de ville.

La continuité des soins doit être assurée à l'extérieur de l'établissement de santé.

Le relais doit être correctement pris par le médecin traitant et éventuellement un infirmière de ville qui peut être chargée d'effectuer certains soins post opératoires.

Le médecin traitant doit être tenu informé de la date et du type d'intervention que va subir leur patient. Le compte rendu opératoire doit être envoyé au médecin traitant et remis au patient le soir même de l'intervention. Pour cela, la structure de chirurgie ambulatoire doit être dotée d'un secrétariat performant qui peut taper les compte rendus pour le début d'après-midi. Encore faut-il que ceux-ci aient été fournis par le chirurgien opérateur.

A l'hôpital de Saint Germain, les infirmières en charge de la structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire ont rédigé des lettres-types adressées aux infirmières de ville et précisant la nature des soins post-opératoires à effectuer selon l'intervention pratiquée.

4.3.3.2 Des structures d'hébergement.

Il s'agit ici de trouver des moyens de pallier les contre-indications sociales ou environnementales à la chirurgie ambulatoire. Notamment, on peut réfléchir, en s'inspirant des exemples étrangers, à des modalités d'hébergement des patients hors de la structure de soins. La structure de chirurgie ambulatoire d'ophtalmologie de l'hôpital COCHIN a déjà fait cette démarche en développant un partenariat avec les Sœurs Augustines qui proposent à certains patients un hébergement pour un coût moindre que celui d'un hôtel. A l'Hôtel-Dieu (AP-HP), il existe, au dernier étage de l'établissement, des chambres aménagées exclusivement pour l'hébergement des accompagnants.

Cependant, cette solution aux contres indications sociales et environnementales ne va pas sans poser un certain nombre de questions. On peut en effet se demander si cela ne constitue pas une sorte de « report » de charge de l'hôpital vers le patient. En terme de coût global, il semble là que la chirurgie ambulatoire ne soit plus un facteur d'économie, ou plutôt, les économies faites par l'hôpital devrait être supportées ou par le patient ou par le tiers que sont les mutuelles.

4.3.3.3 Les cabinets d'analyses médicales.

On peut imaginer la définition et pourquoi pas la formalisation d'une relation contractuelle entre quelques prestataires externes (cabinet de radiologie, d'analyses médicales). D'un côté, ces prestataires s'engagent à donner des rendez-vous et fournir des résultats dans des délais précis. De l'autre, l'hôpital s'engage à leur assurer un volumes d'actes déterminé en fonction du potentiel et de la réalité des flux de patients en chirurgie ambulatoire.

Dans la première année de fonctionnement de la structure, on peut craindre qu'il soit difficile pour l'hôpital de prendre ce type d'engagement. Mais, avec le rodage de la structure, ce type d'accords doit pouvoir être possible.

4.4 LES MOYENS : MOTIVATION ET SUIVI DU PROJET.

4.4.1 Motiver les acteurs et conduire le projet : qui sera chef ?

Les textes réglementant la chirurgie ambulatoire imposent de nommer un praticien coordonnateur de la structure. Etre coordonnateur, c'est principalement gérer les dysfonctionnements et savoir intervenir en cas de blocages ou conflits. Or, les praticiens hospitaliers, dans leur grande majorité, supportent mal de se voir, d'une manière ou d'une autre, soumis à l'arbitrage d'un de leur confrère. Inversement, peu de médecins souhaitent se voir investis de la responsabilité de « faire la police » au sein d'une unité médicale.

De fait, les structures de chirurgie ambulatoire qui réussissent sont celles où le véritable coordonnateur, parallèlement au coordonnateur « légal », est un cadre infirmier, reconnu de fait, et par tous, comme la personne responsable de la bonne organisation de la structure.

Dans ces cas, on a à faire à un ou une professionnel animé d'une grande motivation et doué de capacités d'organisation éprouvées, une personnalité capable de faire accepter et respecter, au delà des rigidités corporatistes et liens hiérarchiques, les règles que le groupe se sera fixé.

4.4.2 Mettre en place des critères d'évaluation de la qualité.

La mise en place de critères d'évaluation (évaluation de la qualité des soins, de la satisfaction du patient et des coûts de fonctionnement), peut aider à assurer un suivi du projet. Toute démarche qualité permet en effet, grâce aux outils qu'elle se donne, de procéder régulièrement à un bilan du fonctionnement et d'identifier ainsi les difficultés éventuelles.

« The Australian Council on Healthcare Standards » et « The Australian association of Ambulatory Surgery » ont publié un Guide d'accréditation des structures de chirurgie ambulatoire qui propose, entre autres, des éléments objectifs d'évaluation.

Les critères sont formulés dans une série d'« indicateurs médicaux », c'est à dire à travers des mesures quantitatives de la gestion de la prise en charge des patients, et de ses résultats.

Ces indicateurs, au nombre de quatre, ne sont donc pas des standards exacts, mais plutôt des signaux révélateurs de problèmes et d'améliorations possibles :

Domaine n°1 : Annulation des interventions programmées

Cet indicateur fournit la preuve du caractère approprié du système de sélection des patients pour la gestion de la structure et du système d'enregistrement.

Domaine n°2 : Retour imprévu en salle d'opération .

L'indicateur peut signaler des problèmes dans l'exécution des interventions.

Domaine n°3 : Admission imprévue pour la nuit.

L'indicateur peut refléter des problèmes éventuels dans l'exécution des interventions, ou dans la sélection appropriée des patients pour leur prise en charge en ambulatoire .

Domaine n°4 : Sortie du patient retardée.

L'indicateur peut signaler des problèmes dans l'administration de l'anesthésie ou de la sédation, ou dans la sélection des patients, ou dans d'autres aspects de gestion.

Ces différents indicateurs ont été repris par l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire.

CONCLUSION

Le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Longjumeau a jusqu'ici présenté des limites pour des raisons essentiellement organisationnelles et culturelles. Pour ouvrir à la chirurgie ambulatoire de nouvelles perspectives, des corrections en terme de réaménagement de la structure sont, comme on l'a vu, possibles. Cependant, la motivation ne se décrète pas. Il faudra maintenant attendre quelques mois d'observation du fonctionnement de la nouvelle unité pour tirer des conclusions plus tranchées sur l'avenir de cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle de chirurgie à l'hôpital de Longjumeau.

De manière plus générale, les difficultés du développement de la chirurgie ambulatoire ne sont pas l'apanage de l'hôpital de Longjumeau. Beaucoup d'hôpitaux publics sont confrontés aux mêmes freins et blocages. Les efforts nécessaires pour les surmonter ont un coût essentiellement lié au temps et à l'énergie nécessaires pour faire évoluer les mentalités. On peut alors se demander si l'activité de chirurgie ambulatoire n'a tout simplement pas vocation à rester le domaine réservé du secteur privé.

Si la réponse est oui, il faut alors en tirer toutes les conclusions. Face au déclin de la chirurgie en général à l'hôpital public, abandonner la « vitrine » (en terme de confort du patient) que constitue la chirurgie ambulatoire, c'est d'une certaine manière prendre acte et renforcer la répartition public/privé déjà amorcée³⁷ des activités hospitalières.

Par ailleurs, si les projets de tarification à la pathologie se concrétisent sans que les hôpitaux publics aient correctement amorcé le virage ambulatoire, cette spécialisation se verra renforcée.

Un centre hospitalier général de la taille de celui de Longjumeau se doit aujourd'hui de développer ce mode de prise en charge du patient. Non pas pour sacrifier à une mode ou pire, un dogme, mais parce que ce type d'alternative à l'hospitalisation semble aujourd'hui correspondre aux impératifs de modernisation du service public hospitalier.

³⁷ voir RENOU, Guy – « Le déclin de la chirurgie publique est-il irréversible ? » - *Revue Hospitalière de France* - n°3 Mai-Juin 2000 p 6 à 9.

BIBLIOGRAPHIE

ANAES – La chirurgie ambulatoire, Paris, mai 1997.

ARHIF – Projet de schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la chirurgie en Ile de France – avril 2000.

BELIN (Valérie) – « La chirurgie ambulatoire : mythe et réalités. » *Décision Santé* n°99 – Juillet 1996 p18-20.

BERNOUX (Philippe) – La sociologie des organisations – Editions du Seuil, 1985, 382 p.

BOCOGNANO, MIREAULT et SOURTY LE GUELLEC – Développer la chirurgie ambulatoire: l'exemple du Québec. - CREDES (en collaboration avec l'AHQ, Association des Hôpitaux du Québec), France, 1997, 29 p.

BONHOMME (Catherine) – « Une unité ambulatoire monodisciplinaire : l'unité ophtalmologique de Cochin ». - *Revue Hospitalière de France* - n°3 Dossier N°33. Mai-Juin 2000 p 71 à 73.

BREHIER (Marine) – Conception et organisation d'une unité de chirurgie ambulatoire isolée au sein d'un hôpital de soins de suite - mémoire EDH, ENSP, 1998.

CHALE (J-J), BRIAND (S.) « Développement de la Chirurgie Ambulatoire au CHU de Toulouse » *Journal d'économie médicale*, 1999, T.17, n°7-8, 505-515.

CNEH - La chirurgie ambulatoire, Dossier Documentaire - Session de Formation 29 et 30 novembre 1999.

CUVELIER (G), OLLIVIER (R), VERGER (P) – « Exemple d'une dynamique médico-administrative dans la création d'une unité ambulatoire. » - *Revue Hospitalière de France* - n°3 Dossier N°33. Mai-Juin 2000 p62 à 63.

DEFACHELLE (Christian) – L'organisation des soins en hospitalisation de jour : Quelles contraintes pour quelles en jeux ? – mémoire IG, ENSP, 1999.

DEMONT (Fabrice), FRANK (Marie) – « La chirurgie ambulatoire dans le PMSI » - *Technologie Santé*, n° 39 Novembre 1999. p 79 - p 82.

DIRECTION DES HOPITAUX, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - « L'Hospitalisation en France » - *Informations Hospitalières* - Mars 2000 n°53.

DREES – Etudes et Résultats – Ministère de l'emploi et de la Solidarité - n°24 juillet 1999.

DUBOIS (Joëlle) « Expérimentation ambulatoire » *La lettre d'information Hospitalière* – n°34, Mai 1999 - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux.

DUBOIS (Joëlle) « La nouvelle physionomie de la CM24 » *La lettre d'information Hospitalière* – n°35, Juillet 1999 - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux.

HOLLENDER (Louis François) « La chirurgie sans hospitalisation : rapport de la conférence ». *Revue Hospitalière de France* – n°2 mars Avril 1995. P 156-165.

L'HUILLIER (M.C) et SALES (Jean-Patrick) – « Chirurgie et anesthésie ambulatoire : un espace pour de nouveaux comportements. » - *Revue Hospitalière de France* - n°3 Mai-Juin 2000, p 48 à 50.

La lettre de L'AFCA n°4 Septembre 1998 .

LANGLOYS (Jean) – Anesthésie ambulatoire. Edition Arnette, 1992, 98 p.

LEBLANC (Nicolas) – « La chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers sous dotation globale. » - *Gestions hospitalières* n°387, juin-juillet 1999. p 413 à 419.

MERLE (Philippe) – Faire le choix de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public – Mémoire EDH – ENSP- 1999.

OLIVIER (Aurélie) – « Où en est la chirurgie ambulatoire ? » *Gestions Hospitalières* n°376, Main 1998. p 353-355.

RAFFY-PIHAN (Nadine) et MAHIEU (Arrantxa) – La chirurgie ambulatoire en France, Bilan et Perspectives – CREDES, France, 1997, 126 p.

RENOU (Guy) – « Le déclin de la chirurgie publique est-il irréversible ? » - *Revue Hospitalière de France* - n°3 Mai-Juin 2000 p 6 à 9.

SALES (Jean-Patrick) – « Problématique des taux de change et points ISA » - *Revue Hospitalière de France* - n°3 Mai-Juin 2000p57 à 59.

SALES (Jean-Patrick) et Alii - « Les alternatives à l'Hospitalisation » - *Revue Hospitalière de France* - n°3 Dossier N°33. Mai-Juin 2000. p 47 à 78.

SERAQUI Michel (sous la direction de) – Guide de l'ambulatoire – ENSP, 1998, 171 p.

VENUTOLO (François) – « Services de soins ambulatoires et consultations externes du centre hospitalier de Gonesse : un exemple d'activité. » - *Revue Hospitalière de France* - n°3 Dossier N°33. Mai-Juin 2000 p 66 à 70.

ANNEXES - non publiées -

Annexe 1 : Situation et évolution des places autorisées en chirurgie ambulatoire, sources SAE.

Annexe 2 : Plan de répartition des installations en lits du CHG de Longjumeau.

Annexe 3 : Règlement intérieur de la structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire.

Annexe 4 : Plan de l'aile de chirurgie accueillant la structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire.

Annexe 5 : Recensement des actes effectués dans la structure.

Annexe 6 : Résultat de la recherche du potentiel de substitution par spécialité.

Annexe 7 : Grille d'entretien.

Annexe 8 : Résultat enquête médecin de ville, avril 2000.

Annexe 9 : PV concernant le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire.