



Elève-directeur d'hôpital

Promotion : **2009-2011**

Date du Jury : **décembre 2010**

**La chirurgie ambulatoire, laboratoire
du changement à l'hôpital
L'exemple de la structure d'ACA
(anesthésie et chirurgie ambulatoire)
au CHBA**

Céline DESCAMPS

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à Monsieur Alain Latinier, directeur général du CHBA, qui m'a accordé sa confiance pour travailler sur ce sujet. Je souhaite ensuite témoigner toute ma reconnaissance à mon maître de stage, Madame Fabienne Ory-Balluais, pour son écoute bienveillante et ses conseils avisés, ainsi que pour son dynamisme et sa bonne humeur.

Les directeurs adjoints, et en particulier mes collègues du midi, m'ont aussi beaucoup apporté au cours de ce stage. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés.

Je tiens tout particulièrement à remercier le Dr Pierre-Yves Demoulin, coordonnateur médical de l'ACA, et Madame Christine Penhouët, cadre de l'unité d'ACA, pour avoir volontiers accepté de me consacrer du temps à plusieurs reprises. Ce mémoire n'aurait pu naître sans leur précieuse collaboration.

Je remercie tous les professionnels, médicaux et soignants, qui ont répondu favorablement à ma demande d'entretien et m'ont aidée, par leur témoignage sincère et constructif, à réaliser un état des lieux précis de la chirurgie ambulatoire au CHBA.

J'exprime enfin ma gratitude aux Drs Gilles Cuvelier et Hubert Le Hétêt, médecins coordonnateurs de l'unité de chirurgie ambulatoire au CHIC de Quimper et à la clinique de Cesson-Sévigné, pour avoir accepté de me rencontrer et de me faire part de leur expérience de la chirurgie ambulatoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE : DES PRECONISATIONS AUX REALISATIONS	5
1.1 LE CONCEPT DE CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	5
1.2 LE RETARD FRANÇAIS	7
1.2.1 Une reconnaissance tardive par les pouvoirs publics hexagonaux.....	7
1.2.2 Un niveau d'ambulatoire globalement faible dissimulant une profonde dichotomie public-privé	8
1.2.3 Des freins essentiellement culturels	10
1.2.4 Le recours à des leviers incitatifs.....	11
1.3 LA DYNAMIQUE BRETONNE	12
2 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHBA : DE LA CHIRURGIE FORAINE A LA CREATION D'UNE STRUCTURE DEDIEE	15
2.1 LA CONSTRUCTION PROGRESSIVE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHBA	15
2.1.1 Une première tentative inaboutie	15
2.1.2 La création d'un premier service d'ambulatoire	16
2.1.3 L'émergence quasi-concomitante d'un projet ambitieux	16
2.2 LE TOURNANT : JANVIER 2009 : L'OUVERTURE D'UN BLOC ET D'UNE UNITE INTEGRES	17
2.2.1 L'unité d'ACA	18
2.2.2 Le bloc ACA	19
2.2.3 Le circuit de prise en charge du patient d'ambulatoire	20
2.3 LA CONDUITE DU PROJET AMBULATOIRE AU CHBA	21
2.3.1 La nécessité d'introduire et de développer une innovation.....	21
2.3.2 Une opposition de départ des praticiens	22
2.3.3 Une méthode de persuasion douce.....	22
2.3.4 La persuasion par l'excellence.....	24
2.3.5 Un accompagnement également contraint.....	24
2.3.6 Une conversion progressive des praticiens aux bénéfices de la chirurgie ambulatoire	25
2.4 L'ACTIVITE AMBULATOIRE DE 2000 A 2009	26
2.4.1 Une activité dynamique en progression constante	26
2.4.2 L'engagement des praticiens vers la réalisation d'actes de plus en plus complexes	28
3 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE : UN MODELE A CULTIVER ET A APPROFONDIR POUR L'HOPITAL	30
3.1 UN CONCEPT D'ORGANISATION EXIGEANT CENTRE SUR LA RECHERCHE D'UNE QUALITE DE PRISE EN CHARGE OPTIMALE.....	30
3.1.1 Aspects de la performance organisationnelle	31
3.1.2 Un niveau de qualité vecteur de satisfaction.....	34

3.1.3	<i>Un modèle organisationnel à transposer.....</i>	35
3.2	UNE SOURCE DE DECLOISONNEMENT DES ORGANISATIONS ET DES PRATIQUES MEDICALES ET SOIGNANTES	37
3.2.1	<i>Le détachement de la logique de service</i>	37
3.2.2	<i>La promotion du partage et du décloisonnement des connaissances</i>	38
3.2.3	<i>Un projet dans la continuité de l'ACA : l'organisation du pôle chirurgie en filières</i>	38
3.3	UN VECTEUR D'OUVERTURE DE L'HOPITAL VERS LES ACTEURS DE SOINS DE VILLE	41
3.3.1	<i>Vers les médecins généralistes et spécialistes</i>	42
3.3.2	<i>Vers les IDE libéraux.....</i>	43
4	DES DEFIS A RELEVER POUR ACCROITRE ENCORE LA PERFORMANCE DE L'ACA..	45
4.1	FAIRE EVOLUER LE MANAGEMENT DE L'ACA DANS UNE PERSPECTIVE DE REGULATION EFFICIENTE DE L'ACTIVITE	45
4.1.1	<i>La persistance de freins au développement de l'ambulatoire</i>	45
4.1.2	<i>Faire évoluer le management de l'ACA vers davantage de régulation</i>	46
4.2	GERER L'INTEGRATION DE NON AMBULATOIRE EN AMBULATOIRE.....	48
4.3	OPTIMISER ET DEVELOPPER L'ACA	50
4.3.1	<i>Optimiser l'activité ambulatoire.....</i>	50
4.3.2	<i>Développer la performance et l'excellence en ACA et par l'ACA</i>	53
	CONCLUSION	58
	BIBLIOGRAPHIE.....	59
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ACA : Anesthésie et chirurgie ambulatoires
AFCA : Association française de chirurgie ambulatoire
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
ASH : Agent de service hospitalier
AVC : Accident vasculaire cérébral
CAG : Cellule d'analyse de gestion
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CHBA : Centre hospitalier Bretagne atlantique
CHIC : Centre hospitalier intercommunal de Cornouaille
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CREDES : Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé
DMS : Durée moyenne de séjour
EOH : Equipe opérationnelle d'hygiène
ETP : Equivalent temps plein
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjours
HDJ : Hôpital de jour
IADE : Infirmier d'anesthésie-réanimation diplômé d'Etat
IAAS : International Association of Ambulatory Surgery
IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IVG : Interruption volontaire de grossesse
MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
OCDE : Organisation de développement et de coopération économique
OQN : Objectif quantifié national
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information
PNIR : Programme national inter-régimes
SAU : Service d'accueil des urgences
SFAR : Société française d'anesthésie-réanimation

SSPI : Salle de soins post-interventionnelle

T2A : Tarification à l'activité

UCA : Unité de chirurgie ambulatoire

Introduction

« *D'ici la fin de ce siècle, la question ne sera plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge avec séjour à l'hôpital* » : par cette déclaration parue dans le premier éditorial d'*Ambulatory surgery*¹ en 2003, Paul E. Jarrett, chirurgien pionnier de la chirurgie ambulatoire au Royaume-Uni et Bernard W. Wetchler, anesthésiste, pionnier de la chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis, traçaient une voie dépourvue d'ambiguïté pour la chirurgie ambulatoire.

Cette pratique, qui s'est développée dans les années 1970 pour connaître une croissance rapide, en particulier aux Etats-Unis, recouvre la notion de chirurgie d'un jour (*same day surgery*), avec entrée du patient le jour même de l'intervention et sortie quelques heures après cette intervention. En France, le Code de la santé publique en propose la définition suivante : « (...) *Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.*

*Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. »*²

Cette définition du Code de la santé publique, toute comme les définitions internationales communément admises, insistent toutes sur un point : loin de cibler de « petits » gestes sur des patients « légers », la chirurgie ambulatoire est une chirurgie qualifiée substitutive d'une chirurgie d'hospitalisation traditionnelle.

Selon le Dr Gilles Bontemps, directeur associé à l'ANAP, le champ de la chirurgie ambulatoire est très vaste puisqu'il concerne tous les actes programmés classiques, hors la chirurgie lourde et de recours et l'urgence, soit près de 80 % en volume de tous les actes chirurgicaux français.

La chirurgie ambulatoire constitue un enjeu crucial d'organisation des soins à l'hôpital, dans la mesure où ses bénéficiaires tant pour le patient que pour le dynamisme de l'activité chirurgicale dans son ensemble ne sont plus à démontrer. Elle présente en effet le potentiel d'améliorer considérablement la qualité des soins, grâce à une organisation rigoureuse, autour d'un processus très ciblé, et à la recherche d'une prise en charge

¹ *Ambulatory surgery*, 2003, vol.1, n°1

² Code de la santé publique, D 6124-301 « Structures de soin alternatives à l'hospitalisation »

optimale de la douleur. Les études³ mettent en exergue un risque d'infections nosocomiales cinq fois moindre qu'en hospitalisation classique, tandis que les coûts de prise en charge sont notablement diminués⁴ et que le niveau de satisfaction déclaré par les patients dépasse les 90 %.

Or, en dépit des politiques incitatives mises en œuvre depuis une dizaine d'années par les pouvoirs publics, la modalité ambulatoire, plébiscitée dans des pays tels que les Etats-Unis, le Royaume-Uni ou le Danemark, peine à se développer en France dans le secteur public, pour des raisons qui tiennent en grande partie à la révolution culturelle qu'elle exige de la part des opérateurs. La chirurgie ambulatoire implique en effet de passer d'un modèle d'organisation centré sur le service à un modèle d'organisation centré sur le patient, dont elle doit optimiser le parcours et la prise en charge pour permettre une sortie le jour même de l'intervention.

La réflexion qu'inspire à Gilles Bontemps l'examen de l'évolution des parts de marché de la chirurgie française entre le secteur privé et le secteur public est pourtant sans appel : *« par son effet vitrine, la chirurgie ambulatoire dynamise toute l'activité chirurgicale d'un établissement. Aujourd'hui un hôpital public qui ne développe pas l'ambulatoire – même un CHU-, alors qu'il en a le potentiel, met en jeu la survie de son activité chirurgicale à court ou moyen terme »*⁵.

Le Centre hospitalier Bretagne atlantique de Vannes-Auray (département du Morbihan) n'échappe pas à l'impérieuse nécessité de développer son offre de chirurgie ambulatoire. Etablissement de référence sur le territoire de santé n°4 (Vannes-Ploërmel-Malestroit) de Bretagne, siège du SAMU 56, le CHBA, qui résulte de la fusion en 2000 des hôpitaux de Vannes et d'Auray, distants d'une vingtaine de kilomètres, concourt à la prise en charge sanitaire d'une population de 350 000 habitants l'hiver, qui double en période estivale. Doté de 1421 lits et places, dont 169 en chirurgie, 43 en obstétrique et 483 en médecine et spécialités, il a été le cadre en 2009 de près de 44 000 hospitalisations, 2 100 naissances, 67 000 passages aux urgences et 13 500 interventions aux blocs opératoires. Le CHBA se situe parmi les établissements publics bretons ayant les indicateurs d'activité les plus élevés dans de nombreuses disciplines, notamment la chirurgie. L'établissement dispose de nombreux atouts : le dynamisme de la croissance démographique sur son

³ Cf. notamment le rapport réseau INCISO 2006 – Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire – novembre 2006

⁴ A titre d'exemple, dans le secteur public, le coût de production d'un séjour ambulatoire est près de 36 % moins cher qu'un séjour en hospitalisation complète (-18 % pour les cliniques privées). Source : Echelle nationale des coûts 2006

⁵ Intervention congrès 2007 SNCH, « La chirurgie publique peut-elle rebondir ? », in *Le nouvel hospitalier*, n°80, avril-mai 2007, pp. 25-30

territoire de santé⁶, un vieillissement de la population promettant un recours accru aux soins, une attractivité certaine pour les professionnels de santé, de nombreuses activités en position de recours sur le territoire (cardiologie, neurologie, réanimation, obstétrique-pédiatrie...) et un projet immobilier de grande envergure (construction à partir de 2011 d'un bâtiment médico-chirurgical de 350 lits), qui contribuera à regrouper et moderniser l'offre de soins sur le site de Vannes. Le CHBA se trouve toutefois dans une position concurrentielle particulièrement vive avec la clinique Océane, établissement de 384 lits et places, dont 221 en chirurgie, appartenant au groupe Vitalia.

Conscient de la nécessité de se donner les moyens d'exploiter au mieux son potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, le CHBA a ouvert en janvier 2009 une unité satellite comportant une unité d'hospitalisation de jour de 26 lits (soit 8 de plus que la précédente unité) et un bloc opératoire dédié de cinq salles. Arrivant en stage dans l'établissement un an et demi après cette ouverture, j'ai eu tout d'abord l'ambition d'effectuer un premier bilan de l'apport de cette nouvelle structure à l'activité chirurgicale du CHBA. Mais, me penchant plus en profondeur sur ce processus très spécifique qu'est l'ambulatoire, qui, loin de n'être qu'une chirurgie réalisée sur une durée plus courte, constitue un concept innovant à part entière, à la fois architectural, organisationnel et thérapeutique, centré sur la prise en charge du patient, il m'est apparu essentiel de ne pas rester dans un registre d'étude purement quantitatif, mais de pousser l'analyse vers les changements d'ordre culturel et organisationnel que la chirurgie ambulatoire induit à l'hôpital. La problématique retenue consiste alors à examiner en quoi la chirurgie ambulatoire non seulement renouvelle, transforme et prétend faire progresser la chirurgie, mais aussi constitue un levier de changement global à l'hôpital, à trois égards :

- elle représente un outil de promotion de nouvelles formes d'organisation guidées par la recherche de la qualité et de l'efficacité (gestion rigoureuse et anticipée des risques, optimisation du parcours du patient, maîtrise des flux, partage de l'information)
- par la place qu'elle confère à la culture de la multidisciplinarité, de l'échange et de la coordination entre les acteurs, elle est un outil de décloisonnement des cultures et des pratiques médicales et soignantes
- enfin, la nécessité d'assurer un *continuum* de soins au patient en fait un outil d'ouverture de l'hôpital vers les acteurs de soins de ville, médicaux et soignants.

Enjeu d'excellence, la chirurgie ambulatoire questionne l'aptitude du CHBA à s'orienter vers un autre mode d'organisation des soins, à fonctionner sur un mode décloisonné, à nouer des partenariats avec la ville. Cette aptitude, fruit d'une véritable révolution culturelle, conditionne la réussite du projet ambulatoire et, partant, la consolidation de la

⁶ Selon l'INSEE, la frange littorale du territoire a connu un taux de croissance démographique de 0,68 % par an au cours de la dernière décennie.

position de l'établissement dans l'offre de soins chirurgicale du bassin vannetais. Il s'agit donc d'un enjeu tout à fait stratégique pour la direction de l'établissement.

Afin de mener à bien cette étude, au-delà d'une revue générale de littérature sur la chirurgie ambulatoire, j'ai procédé à des entretiens individuels avec un certain nombre d'acteurs de la chirurgie ambulatoire au CHBA, chirurgiens de toutes spécialités, anesthésistes et cadres. Ces entretiens, de type semi-directif, ont eu pour objet de recueillir et d'évaluer auprès de ces professionnels le degré d'intérêt et d'adhésion pour le processus ambulatoire, les obstacles ressentis à sa pratique et les changements induits dans le processus de travail habituel. J'ai également assisté à certaines réunions au sein du pôle chirurgie (conseils de bloc, instances du pôle...) et exploité la documentation interne disponible sur le sujet (dossiers d'autorisation, comptes-rendus de réunions, rapports d'activité de l'ACA, données d'activité produites par la Cellule d'analyse de gestion...). Enfin, cette vision de terrain a pu être avantageusement complétée par l'éclairage de deux professionnels investis dans l'organisation de la chirurgie ambulatoire à la fois à un plan local et à un plan régional et/ou national, le Dr Cuvelier, chirurgien au CHIC de Quimper (Finistère) et le Dr Le Hétêt, anesthésiste à la Clinique de Cesson Sévigné (Ille-et-Vilaine).

Je reviendrai dans un premier temps sur le concept de chirurgie ambulatoire et sur son lent enracinement en France et en Bretagne, puis j'exposerai les étapes ayant conduit à la création d'une unité et d'un bloc dédiés au CHBA. J'examinerai ensuite en quoi la chirurgie ambulatoire joue son rôle de laboratoire du changement au sein de l'établissement, avant de conclure sur les nombreux défis qu'il doit relever pour accroître la performance de cette prise en charge dans un contexte relativement contraint.

1 La chirurgie ambulatoire : des préconisations aux réalisations

Concept innovant centré sur la prise en charge d'un patient sélectionné pour subir une intervention programmée et organisée sur une même journée, la chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'une reconnaissance tardive par les pouvoirs publics français et souffre encore à ce jour de nombreux freins constatés à son développement, en particulier dans le secteur public. C'est pourquoi l'ARH Bretagne (dorénavant ARS) s'est engagée dans une démarche volontariste de coordination des acteurs et de promotion de cette prise en charge auprès du public et des établissements.

1.1 Le concept de chirurgie ambulatoire

Chirurgie organisée, regroupée et réglée, la chirurgie ambulatoire constitue une innovation « *historique et irréversible* » selon le président fondateur de l'Association française de chirurgie ambulatoire, le Dr Guy Bazin, qui ajoute : « *il s'agit d'une offre de soins nouvelle qui répond à une demande de ses usagers et aux exigences économiques actuelles* ».

Son développement a été favorisé depuis le début des années 80 par les progrès accomplis dans les techniques anesthésiques et chirurgicales, qui ont permis de réduire la durée des phases per- et post-opératoires et de limiter le caractère invasif du geste chirurgical. Ces progrès sont notamment :

- le développement de l'anesthésie locale et loco-régionale, qui minimise les effets secondaires de l'anesthésie générale (sédation, amnésie, nausées et vomissements), procure une analgésie post-opératoire efficace et prolongée et autorise une reprise rapide de l'alimentation orale et donc un retour dans les meilleurs délais de l'autonomie du patient
- en anesthésie générale et anesthésie vigile, l'apparition d'agents ayant une vitesse d'élimination rapide, un effet bref et de courte durée
- les progrès de la pharmacopée dans l'antalgie post-opératoire
- des innovations technologiques permettant de réduire les dégâts anatomiques (diffusion de la coelioscopie, utilisation de fibres optiques, apparition de la lithotritie extracorporelle...).

Devant permettre la sortie du patient quelques heures après l'intervention, la chirurgie ambulatoire cible avant tout des actes programmés, de courte durée (jusqu'à environ 1h30), à faible risque, notamment hémorragique et respiratoire, et aux suites opératoires simples, peu douloureuses et n'impliquant pas de handicap important. Selon la Société

française d'anesthésie-réanimation, ces critères peuvent être élargis, en fonction de l'expérience acquise et après évaluation des résultats, à certaines urgences simples et à des interventions plus longues, sous réserve d'une durée de surveillance post-anesthésique compatible avec l'horaire de fonctionnement de la structure. Les sociétés savantes nationales (AFCA – Association française de chirurgie ambulatoire) et internationales (IAAS – International Association of Ambulatory Surgery) n'ont toutefois jamais souhaité éditer de liste d'actes ou de séjours à caractère exhaustif, par souci de ne pas freiner les initiatives des équipes, mais surtout dans l'idée, qui est au cœur du concept de chirurgie ambulatoire, que c'est le patient, et non l'acte, qui est ambulatoire, quels que soient la valeur et l'entraînement de l'équipe qui effectue cet acte.

De fait, la chirurgie ambulatoire implique un processus de sélection des patients qui seront pris en charge sous cette modalité. Il s'agit en fait d'une triple sélection, qui considère le triptyque acte/structure/patient :

- l'acte doit être réalisable sur une même journée
- la structure doit permettre la réalisation de cet acte et la sortie du patient en garantissant le même niveau de sécurité qu'en chirurgie classique
- le patient doit répondre aux critères d'éligibilité en vigueur

Ces critères, définis par la SFAR, sont au nombre de neuf, parmi lesquels sept critères sociaux et environnementaux et deux critères médicaux.

Critères sociaux et environnementaux :

- bonne compréhension de la prise en charge proposée
- aptitude à observer les prescriptions médicales
- conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celles d'une hospitalisation
- présence d'un accompagnant adulte, valide et responsable à la sortie et au domicile pendant la nuit suivant l'acte
- accès rapide à un téléphone en post-opératoire
- éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée à l'acte

Critères médicaux :

- score ASA (indicateur de risque anesthésique et infectieux) 1, 2 ou 3 stabilisé
- âge de plus de 6 mois

Ce patient sélectionné bénéficie d'une organisation qui optimise son parcours, en amont, au cours et en aval de la prise en charge chirurgicale, par la coordination entre les acteurs, la gestion anticipée des risques et la programmation rigoureuse de chaque étape. Une telle optimisation, rendue impérative par la contraction du temps de prise en charge, se révèle bénéfique à tous points de vue :

- le niveau de satisfaction des patients est très important, supérieur à 90 %⁷, ce qui contribue au renforcement de l'image de marque de l'établissement auprès du public. Le rétablissement et la reprise d'activité sont plus rapides
 - la qualité des soins est améliorée (meilleur traitement de la douleur post-opératoire, moindre taux d'infections nosocomiales, d'embolies ou de phlébites)
 - les coûts de prise en charge sont notablement plus faibles qu'en chirurgie classique, grâce à l'absence de nuit d'hospitalisation et à la standardisation des techniques.
- De plus, la chirurgie ambulatoire permet la libération de lits d'hospitalisation complète et de temps infirmier au profit de l'accueil d'autres pathologies et de la diminution des délais d'attente dans les services de chirurgie classique.

1.2 Le retard français

En dépit de ces avantages reconnus, la chirurgie ambulatoire accuse en France un retard important en comparaison des autres pays de l'OCDE. Il s'agit-là d'un handicap certain, qui contribue à alourdir les menaces pesant sur l'avenir de la chirurgie publique.

1.2.1 Une reconnaissance tardive par les pouvoirs publics hexagonaux

La chirurgie ambulatoire a connu une croissance rapide dès les années 1980 dans des pays tels que les Etats-Unis, la Grande Bretagne et le Canada. Comme le rappelle l'ANAES⁸, ce sont avant tout des incitatifs d'ordre économique et politique qui ont permis cette expansion. Ainsi, les organismes payeurs publics et privés américains ont fait précocement le choix d'incitations financières décisives pour le basculement à l'ambulatoire. Au Canada, le programme draconien de fermeture de lits d'hospitalisation complète décidé par le gouvernement pour alléger le financement des dépenses de santé a également amené à développer l'offre ambulatoire, tout comme la volonté des pouvoirs publics britanniques de réduire les listes d'attente en chirurgie et de pallier aux difficultés de recrutement de personnel infirmier.

En France en revanche, la chirurgie ambulatoire, même si elle existait déjà de manière marginale, en dehors de tout cadre juridique, ne voit son existence pleinement reconnue par les pouvoirs publics que par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme

⁷ Chiffre cité par le PNIR (Programme national inter-régimes), *Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Freins et leviers*, septembre 2003

⁸ ANAES, *La chirurgie ambulatoire*, mai 1997

hospitalière, qui en fait une catégorie de structure de soins alternative à l'hospitalisation. L'article R 712.2.4 du Code de la santé publique précise alors : « *les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire 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* ».

Cette reconnaissance officielle amène une prise de conscience progressive du retard français dans le développement de l'ambulatoire et de la nécessité d'une mobilisation. L'état des lieux réalisé par l'ANAES en 1997 signale ainsi que la chirurgie ambulatoire ne représente que 5 % du volume d'activité chirurgicale dans le public et 30 % dans le secteur privé. En 2001, la CNAMTS et l'AFCA identifient 18 « gestes marqueurs »⁹ à partir d'une liste internationale d'actes publiée dès 1995 par l'IAAS pour répondre à une demande de l'OCDE de pouvoir comparer les pratiques chirurgicales des différents pays. Ces 18 gestes marqueurs, représentant en moyenne un tiers de l'activité chirurgicale « classique », soit 1,5 millions d'interventions par an en France, sont destinés à constituer les indicateurs de la progression du niveau de pratique ambulatoire. En 2003, l'enquête nationale conduite, en collaboration avec le CREDES¹⁰ et l'AFCA, par les trois principales caisses d'assurance maladie réunies dans le cadre du PNIR (Programme national inter-régimes) met de nouveau en exergue l'ampleur du retard français et précise les conditions nécessaires pour le développement de la chirurgie ambulatoire. En 2004, la CNAMTS retient parmi ses priorités d'action en matière de gestion du risque un plan d'action spécifique qui vise à impulser un développement de la chirurgie ambulatoire en suscitant une modification des comportements des assurés et des professionnels de santé. Elle crée en outre un Observatoire national de la chirurgie ambulatoire. Enfin, plus récemment, la chirurgie ambulatoire a été intégrée dans le programme de travail de l'ANAP *via* la recherche d'organisations performantes en chirurgie.

1.2.2 Un niveau d'ambulatoire globalement faible dissimulant une profonde dichotomie public-privé

Comme le souligne Catherine Holué¹¹, la progression de l'ambulatoire demeure malgré tout en France relativement lente : en 2009, seulement 30 % des actes chirurgicaux ont

⁹ Un geste marqueur est une procédure chirurgicale mise en œuvre pour traiter une pathologie bien définie et réalisable en ambulatoire sous réserve que le malade ne présente pas de contre-indication médicale ou socio-environnementale. Il peut correspondre à un ou plusieurs actes chirurgicaux décrits par un code CCAM (définition IRDES).

¹⁰ Aujourd'hui l'IRDES

¹¹ In « La chirurgie ambulatoire a besoin de lits », *Le concours médical*, n°1, 15 janvier 2010, pp.4-6.

effectivement été pratiqués sous cette modalité, contre 78 % au Danemark, 73 % en Grande Bretagne, 61 % en Allemagne et près de 94 % aux Etats-Unis¹². Les 18 gestes marqueurs totalisent quant à eux un taux de réalisation de 57 %, contre 35 % en 1999. Ce taux cache néanmoins d'énormes disparités, 70 à 93 % de la chirurgie de la cataracte, des extractions dentaires, de la chirurgie du phimosis et du canal carpien se faisant en ambulatoire, contre seulement 37 % de la chirurgie des varices et moins de 10 % de la coelioscopie gynécologique. Les marges de développement de la chirurgie ambulatoire demeurent donc considérables.

Toutefois le fossé le plus profond est celui existant entre le secteur public et le secteur privé. En 1999, 81 % des places étaient en effet installées dans le privé, qui réalisait 87 % des interventions de chirurgie ambulatoire. En 2005, 53,6% des actes chirurgicaux du secteur privé lucratif étaient faits en ambulatoire, contre seulement 22% dans le public. La même année, Gilles Bontemps, alors chargé de mission à la direction risque maladie de la CNAMTS, tirait des conclusions sévères des premiers travaux de l'Observatoire national de la chirurgie ambulatoire sur l'impact du développement de cette chirurgie sur l'évolution des parts de marché chirurgicales. Il rapporte en effet que l'augmentation de 5 % de l'activité chirurgicale entre 1999 et 2001 a été faite à 80 % par le secteur privé sous OQN et correspond en fait à un accroissement de 21 % de l'activité de chirurgie ambulatoire, contre 1 % seulement en hospitalisation traditionnelle. *« Le secteur privé, commente-t-il, a donc répondu à l'augmentation de la demande de soins en orientant ses patients vers une prise en charge ambulatoire. (...) La part de marché du secteur public et privé sous dotation globale, déjà faible au niveau de la chirurgie "classique"¹³ (26 %), évolue défavorablement sur la période étudiée, confirmant le parallélisme et l'articulation entre "chute des parts de marché chirurgicales totales" et "moindre développement de la chirurgie ambulatoire". Les structures qui ont négligé leur potentiel de développement en ambulatoire ont sur la durée remis en cause également leur chirurgie en hospitalisation complète (...) Le marché de la santé, pour ce qui est de la chirurgie classique, apparaît de plus en plus comme un marché sans concurrence avec une position dominante du secteur privé sur les interventions de chirurgie les plus fréquentes. Une prise de conscience est nécessaire : le secteur privé est dans une phase d'industrialisation du processus du développement de la chirurgie ambulatoire, le secteur public n'est qu'aux prémices »¹⁴.*

¹² Où toutefois la définition de la chirurgie ambulatoire admet une durée de prise en charge de 24 heures, rendant donc possible une nuit d'hospitalisation, ce qui est exclu dans la définition européenne.

¹³ On entend par « chirurgie classique » l'ensemble des actes chirurgicaux programmés hors chirurgie lourde et de recours, ce qui correspond à 80 % des interventions chirurgicales totales.

¹⁴ « Vers une disparition programmée de la chirurgie publique ? », *Journal d'économie médicale*, n°3-4, mai-juillet 2005, pp. 215-221

Ce jugement sans concession reste globalement vrai quelques années plus tard : même si le secteur public a connu un effet de rattrapage, par la création de nombreuses places de chirurgie ambulatoire (+ 20 % par an entre 2007 et 2008), permettant le gain de parts de marché, le secteur privé enregistre encore la majorité des séjours en 2008 (69 %) ¹⁵.

1.2.3 Des freins essentiellement culturels

L'existence de nombreux freins explique la résistance des hôpitaux à développer la chirurgie ambulatoire.

L'un des premiers freins a été l'instauration d'un « taux de change » dès 1992, à la suite de l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans la carte sanitaire de chirurgie par le décret du 2 octobre 1992 ¹⁶ : la création d'une place de chirurgie ambulatoire devait être compensée par la suppression de lits de chirurgie classique. L'activité par place était également soumise à un plafonnement sur la base d'un système de quotas. La disparition de la carte sanitaire actée par l'ordonnance du 4 septembre 2003 a mis fin au taux de change comme au dispositif des quotas.

Ensuite, la politique tarifaire adoptée par les pouvoirs publics a pu avoir l'effet inverse de l'effet escompté. En effet, lors de la mise en place de la T2A en 2004 et de sa traduction dans les arrêtés tarifaires des établissements de santé de 2004 à 2008 ¹⁷, la rémunération des séjours de chirurgie ambulatoire a été définie comme identique à celle des séjours avec une nuit d'hébergement, ces deux types de prise en charge entrant dans la même catégorie majeure du PMSI (la CM 24, regroupant l'ensemble des séjours de moins de 24 heures). Au lieu d'inciter financièrement à raccourcir la durée de prise en charge chirurgicale, cette absence de différenciation entre les tarifs d'ambulatoire vrai et de séjour avec une nuit d'hébergement a contribué à entretenir une confusion entre la chirurgie ambulatoire *stricto sensu* et la chirurgie de très court séjour et n'a pas poussé à faire évoluer l'organisation traditionnelle de la chirurgie en vue de faire émerger une organisation spécifique propre à l'ambulatoire.

Mais surtout, les principaux freins à l'enracinement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public sont d'ordre culturel et organisationnel. En effet, la chirurgie ambulatoire oblige les acteurs hospitaliers à opérer une véritable révolution culturelle pour repenser toute l'organisation des soins autour du patient. Inversant un rapport historique et

¹⁵ « Bilan des incitations au développement de la chirurgie ambulatoire », rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2010.

¹⁶ Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation

¹⁷ En 2009, la nouvelle version de la classification du PMSI supprime la CM24

traditionnel, elle contraint les opérateurs à s'adapter au malade et à en assumer les contraintes, en particulier celles du respect des horaires. Les chirurgiens sont amenés à être plus mobiles dans l'hôpital, à utiliser un plateau technique différent et à travailler avec un personnel spécifique, rompu à l'ambulatoire. L'ambulatoire peut en outre engendrer chez ces praticiens habitués à l'hospitalisation conventionnelle la crainte d'être dépossédés de leurs malades et d'être confrontés à une réduction du nombre de lits dans leur service. L'enquête d'opinion menée auprès des professionnels des établissements de santé en 2001 par le PNIR afin de recenser les freins et les leviers tels qu'exprimés sur le terrain met en exergue une méconnaissance du concept organisationnel (centré sur le patient) et de la réglementation de l'ambulatoire, et énonce la conclusion suivante : « *il faudrait sortir d'une logique de services centrée sur le producteur et l'acte de spécialité pour aller vers une logique de prise en charge coordonnée autour du patient et de gestion des flux patients. C'est donc avant tout grâce à une nécessaire évolution des mentalités et des comportements des acteurs, replaçant le patient au centre de l'organisation, que pourra s'envisager le développement de la chirurgie ambulatoire* »¹⁸.

Le développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public nécessite enfin de dépasser une vision souvent entretenue de l'ambulatoire comme synonyme de productivité et d'enchaînement d'actes rémunérateurs dans un bloc opératoire, ce qui, pour les tenants de cette vision, en ferait davantage l'apanage d'une logique privée lucrative que d'une logique de service public. Ce dédain de la chirurgie ambulatoire, scandé Gilles Bontemps, est « *une erreur stratégique* » qui a fait perdre au secteur public « *non seulement des parts de marché très importantes en ambulatoire, mais aussi en chirurgie traditionnelle* ». L'enjeu du maintien d'une chirurgie publique met donc en demeure les acteurs hospitaliers d'adopter et d'assumer une position concurrentielle face au privé.

1.2.4 Le recours à des leviers incitatifs

Une réflexion sur le rôle moteur d'une tarification attractive de la chirurgie ambulatoire a émergé à la faveur du déploiement de la T2A. Avec le soutien fort de la CNAMTS, elle a conduit dès 2007 au passage à la T2A à 100 % (au lieu de 50 %) sur 5 GHS de chirurgie ambulatoire et à la réduction de 50 % de l'écart des tarifs de chirurgie ambulatoire et de chirurgie avec hospitalisation pour 15 couples de séjours dans les établissements publics. En 2008, six racines de GHM comportant un potentiel de développement en chirurgie ambulatoire se sont vues attribuer un tarif unique pour la prise en charge en chirurgie ambulatoire et le premier niveau de prise en charge en hospitalisation complète. Douze

¹⁸ Cf. PNIR (Programme national inter-régimes), *Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Freins et leviers*, septembre 2003

nouvelles racines les ont rejointes en 2009, une autre en 2010, portant le nombre total de racines concernées à 19.

Cette incitation positive au développement de l'ambulatoire s'est accompagnée en 2008 de l'instauration par l'Assurance maladie et les ARH d'un dispositif contraignant de « mise sous entente préalable » qui cible les établissements dont l'activité ambulatoire sur les gestes marqueurs est inférieure à la moyenne. Pendant plusieurs mois et pour les gestes définis par l'ARH, les établissements concernés sont alors placés dans l'obligation de demander l'accord du service médical de l'Assurance maladie préalablement à toute programmation de l'un de ces gestes en hospitalisation complète.

Toutefois, comme le souligne le rapport du PNIR, *« il est probable que les seuls leviers constitués par le changement des modes d'allocation des ressources et de la réglementation ne soient pas suffisants pour soutenir le développement de la chirurgie ambulatoire. L'accompagnement du changement pour faire évoluer les comportements implique à la fois des actions de formation et d'information des acteurs pour replacer le patient au centre de l'épisode de soins et de l'organisation hospitalière et pour favoriser une meilleure coordination avec la médecine de ville »*. Face à ce constat, la CNAMTS s'est engagée dans une politique active de sensibilisation des patients et des médecins libéraux. Une quarantaine d'établissements publics et privés volontaires ont quant à eux pu bénéficier d'un accompagnement au développement de leur activité de chirurgie ambulatoire par la MeaH entre 2007 et 2008, ce thème ayant été inscrit en 2005 au programme de travail de cette institution.

1.3 La dynamique bretonne

Devenue priorité nationale, la chirurgie ambulatoire a été ciblée par l'ARH Bretagne comme un axe fort de progrès devant être soutenu à travers une démarche volontariste qui associe les acteurs de santé. Dans cette optique, Antoine Perrin, directeur de l'ARH, décida la création d'une mission pour le développement de la chirurgie ambulatoire, confiée au printemps 2008 au Dr Gilles Cuvelier, coordonnateur médical de la chirurgie ambulatoire au CHIC de Quimper. Parallèlement, une étude était lancée par le service médical de l'Assurance maladie pour évaluer le développement de la chirurgie ambulatoire en Bretagne de 2003 à 2007. Cette étude s'est fondée sur l'analyse des séjours ambulatoires des 44 établissements de santé publics et privés dotés d'une activité de chirurgie. Elle s'est également appuyée sur les résultats d'une enquête administrée auprès des professionnels des établissements bretons (directeurs, chirurgiens, anesthésistes, coordonnateurs d'UCA, cadres infirmiers) afin de recenser le degré

d'intérêt, les leviers et les freins au développement de l'ambulatoire. L'étude ainsi menée a mis en évidence un taux global de chirurgie ambulatoire en Bretagne en 2007 de 33 % sur le total des actes chirurgicaux, avec seulement 50,1 % des gestes marqueurs effectués sous cette modalité. Les établissements de statut privé étaient à l'origine de 80,98 % de ces interventions ambulatoires avec gestes marqueurs. Toutefois, la progression était sensible dans le public : entre 2003 et 2007, 77 % des établissements publics avaient augmenté leur part de chirurgie ambulatoire de 18 à 129 % , contre 30 % des établissements privés pour une progression de 7 à 115 %. Sur la même période, 82 % des établissements de santé publics avaient vu leur part globale de marché de chirurgie progresser, contre 17,4 % des établissements de statut privé.

Malgré ce phénomène de rattrapage du secteur public, les auteurs de l'étude concluaient sur la relative faiblesse du développement de la chirurgie ambulatoire au regard des potentiels identifiés, en raison de la lenteur du mouvement de substitution à la chirurgie traditionnelle. La nécessité d'un accompagnement au changement des acteurs hospitaliers et libéraux était également pointée.

Le travail mené par Gilles Cuvelier dans le cadre de sa mission intégra pleinement cette exigence de formation, d'information et de coordination des acteurs pour faire progresser l'ambulatoire. Une coordination territoriale fut d'abord mise en place en 2009 sous la forme d'un « collège des coordonnateurs d'UCA », rassemblant médecins et cadres coordonnateurs. Huit réunions territoriales (une par territoire de santé), conçues comme des espaces d'échange entre la médecine de ville, les IDE libéraux et les acteurs de l'ambulatoire dans les établissements, furent également organisées en coopération avec les CPAM. Les médecins généralistes furent par ailleurs destinataires d'un questionnaire destiné à mesurer leur pratique, leur connaissance et leurs attentes vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire. L'ensemble des axes de progrès définis furent déclinés en 2008 dans un plan régional de développement de la chirurgie ambulatoire, dont les lignes de force sont :

- 1) la communication en direction des acteurs hospitaliers, libéraux et du grand public (création d'un site Internet, rédaction d'une lettre « Breizh-ambu »...).
- 2) l'incitation à la progression de l'activité ambulatoire dans les établissements et à l'amélioration de son organisation (mise sous entente préalable, contractualisation avec l'ARH dans le cadre du CPOM...)
- 3) la promotion de l'articulation ville-hôpital (mise en place d'une messagerie sécurisée, formation des IDE libéraux à des soins techniques en post-opératoire...)
- 4) l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans le cursus de formation des médecins, infirmiers et aides-soignants.

Le déploiement de ce plan, déjà largement engagé, est facilité depuis le 4 mars dernier par la mise en place d'un Bureau du Collège des UCA, chargé de son suivi et de son évolution, et composé de représentants chirurgiens, anesthésistes, cadres, et de trois directeurs d'établissement, représentant les fédérations. L'émergence de l'ARS ne modifie quant à elle en rien les orientations fixées, le développement de la chirurgie ambulatoire étant intégré dans les objectifs du directeur général, Alain Gautron.

Un espace de coordination ayant pour objectif la dynamisation de l'activité de chirurgie ambulatoire en Bretagne est donc posé, fournissant aux établissements d'utiles pistes et outils pour faire progresser leur conversion à l'ambulatoire.

2 La chirurgie ambulatoire au CHBA : de la chirurgie foraine à la création d'une structure dédiée

La chirurgie ambulatoire est une pratique ayant une certaine antériorité au CHBA. Toutefois, ce n'est que depuis le début des années 2000 qu'elle fait l'objet d'une organisation conforme aux normes censées la régenter. L'ouverture en 2009 d'un bloc et d'une unité dédiés témoignent d'une volonté ferme de faire de l'ambulatoire la locomotive de l'activité chirurgicale au CHBA.

2.1 La construction progressive de la chirurgie ambulatoire au CHBA

2.1.1 Une première tentative inaboutie

Dès le 13 juillet 1993, par arrêté préfectoral, le CHBA se voit reconnaître la possibilité de mettre en place une structure alternative à l'hospitalisation en chirurgie et anesthésie, sous la forme de 6 places autorisées. Toutefois, l'établissement ne parvient pas à installer une unité dédiée, ainsi que le prévoit la réglementation¹⁹ : la pratique demeure « foraine », c'est-à-dire que les patients relevant d'une prise en charge ambulatoire sont hospitalisés dans les services de chirurgie classique. Selon le Dr Demoulin, coordonnateur de l'unité de chirurgie ambulatoire, environ deux lits étaient réservés pour cet usage dans chaque service de spécialité. *« Ça n'avait pas de sens, reconnaît un chirurgien, car rien ne différencie la prise en charge ambulatoire de la prise en charge classique. On ne faisait pas bien. L'ambulatoire suppose l'individualisation de la prise en charge ».*

La visite de conformité du 8 mars 1995 fait le constat que les 6 places autorisées ne sont pas en fonctionnement et impose l'exigence d'une mise en conformité avant le 28 août 2006. L'autorisation est toutefois renouvelée pour 5 ans par délibération de la Comex de l'ARH Bretagne du 2 décembre 1997, délibération finalement rapportée le 29 juillet 1998 par décision ministérielle à la suite d'un recours hiérarchique déposé par le Syndicat des établissements d'hospitalisation privée de la région Bretagne.

La première tentative d'organisation de la chirurgie ambulatoire au CHBA se soldait donc par un échec, l'établissement perdant l'autorisation de pratiquer l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire au profit des établissements privés de Vannes.

¹⁹ Code de la santé publique, D. 6124-301 « les structures [d'ambulatoire] doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel ».

2.1.2 La création d'un premier service d'ambulatoire

Sous l'impulsion de la direction de l'établissement, un nouveau projet fut toutefois rapidement monté. Le 6 avril 1999, l'ARH autorisait la création d'une structure de chirurgie ambulatoire de 5 places par fermeture de 10 lits de chirurgie, en application du taux de change réglementaire de 2 lits pour 1. L'unité, appelée ACA (anesthésie et chirurgie ambulatoire), ouvrit ses portes dès le 14 février 2000 au deuxième étage du bâtiment de chirurgie, à proximité du service d'uro-vasculaire. La restructuration de l'activité de chirurgie découlant de la fusion des centres hospitaliers de Vannes et d'Auray, intervenue la même année, facilita la fermeture des lits imposée. L'activité ambulatoire, organisée sous la forme d'un service pluridisciplinaire adulte et pédiatrique, répondait dès lors aux exigences réglementaires d'un unité individualisée dotée d'un personnel soignant dédié. Le bloc opératoire devenait quant à lui commun à l'activité de chirurgie classique et ambulatoire, les actes ambulatoires étant intégrés au sein des vacations attribuées à chaque spécialité.

Alors qu'elle avait été ouverte « *dans une indifférence totale des praticiens* » selon le Dr Demoulin, l'unité rencontra rapidement un vif succès : dès 2001, 1882 séjours y étaient comptabilisés, sur la base de 1825 autorisés. En conséquence, des extensions successives intervinrent, sous la forme d'une place supplémentaire en 2003 et de 2 autres en 2004. Le rapport d'activité pour 2003 mentionne que « *dans une dynamique novatrice, les praticiens adhèrent au processus de prise en charge en ambulatoire* ».

2.1.3 L'émergence quasi-concomitante d'un projet ambitieux

Dès l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire, une réflexion, confiée à un groupe de travail pluridisciplinaire, se mit en branle pour faire émerger un nouveau projet, plus ambitieux, reposant sur la restructuration et la délocalisation de l'ACA et la construction d'un bloc autonome. Des délais intervinrent dans la concrétisation de ce projet, durant lesquels s'affirmèrent les raisons plaidant en sa faveur.

Tout d'abord, la coexistence de l'activité ambulatoire et conventionnelle au sein d'un même bloc de huit salles, dont deux dédiées aux urgences et aux césariennes, s'avérait difficile en raison de la saturation croissante de ce bloc, mise en évidence par la MEAH lors d'un audit complet du bloc réalisé en 2008 dans le cadre du chantier sur « l'organisation et la gestion des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques »²⁰. Durant les années 2000, l'activité chirurgicale du CHBA progresse en effet de façon

²⁰ « Organisation et gestion des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques – Rapport de synthèse du chantier CHBA 2007-2008 », cabinet Ineum consulting, 19/12/2008.

constante, de 8 000 interventions environ en 2003 à 9 700 en 2006 et 10 700 en 2008, provoquant un télescopage permanent urgences/programmé particulièrement peu propice à une activité d'ambulatoire en croissance.

Par ailleurs, l'obligation faite aux praticiens d'intégrer l'activité ambulatoire au sein de leur programmation de chirurgie traditionnelle était vécue comme une contrainte forte. Cela impliquait en effet, afin de respecter la parenthèse des 12 heures de séjour, de programmer les patients ambulatoires le matin, les interventions lourdes se trouvant de ce fait décalées vers la fin de matinée ou le début d'après-midi. « *C'est médicalement aberrant, affirme un gynécologue, car cela transfère vers le praticien de garde le suivi d'éventuelles complications post-opératoires. La programmation en début de vacation est de plus impossible pour certaines interventions à haut risque infectieux, telles les conisations* ». Pour pallier cet inconvénient, les opérateurs tendaient à intercaler les patients ambulatoires entre des patients de chirurgie traditionnelle, augmentant ainsi les risques de transfert en hospitalisation complète en cas de retard pris sur le déroulement du programme opératoire.

Le choix qui fut fait de créer une structure « satellite », possédant en propre une unité et un bloc opératoire distinct du bloc classique, alors que la réglementation n'impose que l'individualisation de l'unité d'hébergement et qu'il découlait de ce choix des coûts d'investissement et de fonctionnement nécessairement supérieurs²¹, s'est donc appuyé sur des motivations extrêmement fortes. Il s'agissait de redonner de l'espace aux praticiens en désengorgeant le bloc central, mais aussi et surtout, selon les termes mêmes utilisés par Alain Latinier, directeur général, à l'occasion d'une rencontre avec Madame Roselyne Bachelot²², de créer un effet « *big bang* » en donnant à la chirurgie ambulatoire une vraie chance de se développer pleinement et de devenir la locomotive de la chirurgie sur l'établissement. La création d'un bloc dédié devait en effet permettre de dépasser la culture traditionnelle de prise en charge présente au bloc central pour aller vers la maîtrise de l'organisation spécifique de l'ambulatoire. Il devait en découler une « purification » de l'ambulatoire propice à son expansion.

2.2 Le tournant : janvier 2009 : l'ouverture d'un bloc et d'une unité intégrés

²¹ Le coût total du projet ACA s'est monté à 3,6 millions d'euros.

²² Rencontre avec Madame la Ministre, le 27 mars 2009 : « la chirurgie ambulatoire : une action coordonnée en région »

Après une gestation de près de huit ans, la nouvelle structure d'ACA, composée de locaux entièrement neufs, ouvre ses portes le 5 janvier 2009. Elle matérialise la priorité donnée par l'établissement au développement de l'ambulatoire.

2.2.1 L'unité d'ACA

L'unité d'ACA, dotée de 26 lits, correspondant à 16 places autorisées, est ouverte du lundi au vendredi de 7 heures à 19 heures. Fonctionnant de manière complètement intégrée avec le bloc ambulatoire, avec qui elle est en liaison directe, elle permet l'accès quasi instantané des patients à ce bloc. Elle dispose de locaux d'accueil des patients et de leur(s) accompagnant(s) (salle d'attente avec aire de jeux, 16 boxes individuels, 2 boxes doubles et 2 boxes triples), de locaux administratifs (bureau cadre et coordonnateur médical, secrétariat, salle d'archives), de locaux de soins (bureau d'accueil et de préparation des dossiers, salle de soins, bureau infirmier) ainsi que de locaux techniques (salle de nettoyage, local de rangement, réserve, lingerie, salle de pause). Elle accueille sur une durée inférieure à douze heures, sur une base pluridisciplinaire, les patients pris en charge au bloc ambulatoire, que ce soit pour un acte chirurgical sous anesthésie générale, loco-régionale ou locale, ou pour une exploration fonctionnelle (endoscopie sous anesthésie générale).

Dans le respect des obligations réglementaires, elle est régie par un règlement intérieur, qui stipule « *qu'elle est placée sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur, en collaboration avec un médecin anesthésiste et un cadre de santé* », et prévoit la présence d'un infirmier pour cinq patients, ainsi que la possibilité d'une sollicitation rapide d'un médecin et d'un anesthésiste.

L'équipe soignante, propre à l'unité, comporte au total 8.39 ETP infirmiers et 6.50 ETP aides-soignants. L'équipe d'ASH, de 3.29 ETP, est quant à elle mutualisée avec le bloc ambulatoire. Conformément au principe de l'ambulatoire, les IDE sont compétents pour assumer la prise en charge des patients de l'ensemble des spécialités chirurgicales programmant des actes en ambulatoire. Afin de permettre un accueil individualisé des patients dans l'unité, les professionnels arrivent en horaires décalés. Chaque jour, un personnel infirmier est par ailleurs affecté à un poste d'organisation et de planification transversale : il vérifie les dossiers des patients programmés à J+1, reçoit l'appel de ces patients, conformément à l'organisation posée, et prépare les dossiers de sortie des patients présents à J0.

Enfin, la législation prévoit que les structures d'ambulatoire sont tenues « *d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture (...). Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients* »²³.

²³ Code de la santé publique, article D 6214-304

Cette obligation est remplie au CHBA *via* une astreinte infirmière à domicile exercée par un personnel de l'ACA de 19 heures à 7 heures le lendemain matin. L'infirmier d'astreinte trace l'appel, prodigue des conseils adaptés ou oriente l'appel vers le praticien ou l'anesthésiste de garde.

2.2.2 Le bloc ACA

Le bloc ACA qui, comme l'unité du même nom, se situe au rez-de-chaussée bas du bâtiment de chirurgie, est un bloc dédié de cinq salles. Il se trouve physiquement sous le bloc de chirurgie conventionnelle, mais les deux blocs sont strictement autonomes, aucune liaison verticale n'ayant été prévue entre eux. L'entrée des patients se fait exclusivement *via* l'unité d'ambulatoire. Le bloc se compose des éléments suivants : une salle de pré-anesthésie, cinq salles d'intervention équipées chacune d'une pré-salle, une SSPI, une salle de décontamination des endoscopes, un arsenal stérile, un secteur administratif et un secteur logistique. Il dispose en propre de l'ensemble du matériel nécessaire aux interventions. Sa conception globale obéit au principe de l'aseptie progressive : il n'existe pas de circuits « propre » et « sale » spécifiques, mais un circuit unique sécurisé par un système rigoureux de « douanes » et d'emballages qui vise à minimiser le risque infectieux.

Les équipes d'IBODE, d'IADE et de médecins anesthésistes-réanimateurs sont communes au bloc ACA et au bloc conventionnel, l'organisation des plannings prévoyant une affectation tournante, généralement sur une base hebdomadaire, dans l'un ou l'autre bloc.

L'ensemble des spécialités chirurgicales présentes au CHBA (chirurgie orthopédique, digestive, ophtalmologique, ORL, gynécologique, vasculaire, urologique jusqu'en 2009) a vocation à programmer des actes au bloc ACA. Sont également réalisés dans ce bloc certains actes d'anesthésie (pose de sites et de chambres implantables), ainsi que les endoscopies sous anesthésie générale, jusque-là réalisées dans des conditions jugées non optimales dans une salle du secteur de radiologie.

Le règlement des blocs opératoires prévoit que le bloc ACA fonctionne jusqu'à 13h30 pour les anesthésies générales et loco-régionales (horaire correspondant à la dernière sortie de SSPI), un créneau étant toutefois ouvert pour les anesthésies locales chaque après-midi entre 14 heures et 16 heures. L'activité principale du bloc s'organise donc autour de vacations d'une demi-journée, du lundi au vendredi, chaque vacation étant attribuée en principe à une spécialité, dans les faits davantage à un praticien.

La programmation, effectuée dans le logiciel Blocqual lors de la consultation de spécialité, est examinée chaque jeudi au cours d'un staff rassemblant l'encadrement des blocs opératoires, l'infirmière coordinatrice du bloc ACA et la cadre de l'unité d'ACA.

2.2.3 Le circuit de prise en charge du patient d'ambulatoire

La maîtrise du circuit du patient est au fondement du bon fonctionnement de l'ACA. Ce circuit fait donc l'objet d'une organisation particulièrement étudiée, qui vise à en assurer la fluidité et l'efficacité. Trois phases sont à distinguer dans ce parcours : une phase pré-hospitalière, une phase hospitalière et une phase post-hospitalisation, qui se déroulent comme suit.

En amont de l'hospitalisation :

- Lors de la consultation dans le service de spécialité, le chirurgien programme l'intervention en ambulatoire dans le logiciel Blocqual, ce qui entraîne automatiquement la réservation d'un lit à l'HDJ d'ACA. La secrétaire du service (ou l'infirmière) remet au patient le dossier spécifique à l'ACA, qui contient des informations complètes sur la prise en charge ambulatoire, et téléphone au secrétariat d'anesthésie pour programmer la consultation de pré-anesthésie.
- Le patient fait sa préadmission au bureau des entrées. Il peut également à tout moment avant son intervention demander à bénéficier d'une visite de l'unité d'ACA.
- Le patient vient en consultation de pré-anesthésie ; une seconde validation de l'indication d'ambulatoire est alors réalisée par l'anesthésiste. Le dossier est transféré par le service des archives vers la structure d'ACA, où il est classé dans le chariot journalier correspondant à la date d'intervention.
- La veille de l'intervention, le dossier est scruté de manière fine par l'IDE de coordination, qui vérifie l'absence d'un document pouvant remettre en cause le geste opératoire ou altérer le déroulement du programme opératoire. Une attention particulière est portée aux examens biologiques et radiologiques, ainsi qu'à la feuille d'anesthésie et aux consignes pré-opératoires y figurant. A partir de 13h30, le patient appelle l'unité d'ACA afin de confirmer sa venue et de recevoir les dernières consignes pré-opératoires. L'IDE de coordination lui transmet alors une heure d'arrivée personnalisée en fonction de l'horaire de passage prévu au bloc.

Le jour de l'intervention :

- Le patient, seul ou accompagné, est accueilli par une infirmière de l'unité d'ACA, qui le prendra en charge sur toute la durée de son séjour. Elle vérifie que l'ensemble des conditions de prise en charge en ambulatoire ont été respectées et que l'état de santé du patient n'a pas subi de modification. Le patient est alors installé dans une chambre, où il reçoit les soins pré-opératoires

- Quelques minutes avant l'heure de passage au bloc fixée, le patient est transféré au bloc ACA et accueilli en salle de pré-anesthésie, où son identité est vérifiée et où il est techniqué. Il entre ensuite en salle d'opération. Après l'intervention, le chirurgien dicte le compte-rendu opératoire sur la cassette prévue à cet effet. Le patient séjourne pendant une durée variable en SSPI. Une fois les critères de sortie validés, il est transféré de nouveau dans sa chambre, où des soins et une surveillance appropriés lui sont prodigués.

- La sortie du patient (appelée « aptitude à la rue ») est validée par l'anesthésiste et par le chirurgien à l'occasion d'une visite au patient qui permet la transmission individualisée de consignes liées à l'anesthésie et à l'acte. Le patient ne peut sortir sans la présence d'un accompagnant, qui doit entendre les consignes de sortie. Il repart avec un dossier de sortie comportant notamment le compte-rendu opératoire préalablement dicté par le praticien et les ordonnances de sortie.

A l'issue de l'intervention :

- Le patient a la possibilité de joindre l'IDE d'astreinte jusqu'à 7 heures le lendemain de l'intervention.

2.3 La conduite du projet ambulatoire au CHBA

2.3.1 La nécessité d'introduire et de développer une innovation

Comme le rappelle l'*Abécédaire de la chirurgie ambulatoire*²⁴ en reprenant la distinction énoncée par l'économiste Joseph Schumpeter, la chirurgie ambulatoire constitue une « *innovation* », c'est-à-dire qu'elle modifie une situation existante, la renouvelle, la transforme. Une invention au contraire crée du nouveau là où il n'y a rien. Tandis que l'invention se diffuse rapidement et sans difficulté, une fois que son apport est prouvé, l'innovation se diffuse lentement, car elle modifie les comportements anciens. Il convient donc de mûrir et d'organiser les conditions de sa diffusion, à partir d'incitations et de soutien aux conditions de sa mise en œuvre.

La chirurgie ambulatoire vient en particulier bousculer en profondeur les modalités de travail habituelles des chirurgiens. Elle les oblige en effet à repenser leurs pratiques de programmation pour parvenir à regrouper leurs gestes similaires sur des plages opératoires dédiées, ainsi qu'à se dépouiller d'une logique de service pour s'adapter aux impératifs du parcours du patient.

²⁴ Guy BAZIN, Gilles BONTEMPS, Corinne DAVER *et alii*, *Abécédaire chirurgie ambulatoire : ce qu'il faut savoir... ce qui fait débat...*, CNAMTS-Ministère de la santé, édition janvier 2009

C'est pourquoi la MEAH²⁵ insiste sur la nécessité de « vendre » la chirurgie ambulatoire aux équipes chirurgicales, « *le premier client de l'UCA n'étant pas le patient, mais le chirurgien* ». Le fait est, poursuit-elle, que « *la mise à disposition d'une capacité de prise en charge des patients en ambulatoire, aussi moderne soit-elle, ne suffit pas à la remplir. En effet, à l'hôpital public tout du moins, les praticiens sont plus attachés à préserver la capacité de leur service et le remplissage de leurs lits qu'à optimiser la prise en charge des patients. Donc remplir l'unité de chirurgie ambulatoire implique une démarche de prospection active auprès des chirurgiens et de conviction ou de partenariat pour qu'ils acceptent de confier leurs patients* ». Tel était le défi auquel se trouvaient confrontés les promoteurs de la chirurgie ambulatoire au CHBA.

2.3.2 Une opposition de départ des praticiens

La cadre de l'ACA l'avoue sans ambages : l'ambulatoire suscitait il y a dix ans une « *opposition affichée des chirurgiens* » au CHBA. Les raisons présidant à cette réticence étaient de divers ordres. La crainte que la surdotation en lits des services de chirurgie, qui, selon le Dr Demoulin, coordonnateur de l'ACA, était réelle en dehors du service d'orthopédie, n'apparaisse alors en faisait évidemment partie. Ensuite, les praticiens manifestaient une grande défiance à l'idée de confier leurs patients à des IDE non spécialisées dans leur discipline d'intervention. Les éventuels risques médicaux encourus par les patients en raison du retour à domicile le jour même de l'acte chirurgical engendraient aussi de l'appréhension chez certains médecins. Au bloc, « *le concept d'ambulatoire où il faut "tourner" ne correspondait pas non plus à tout le monde* », précise un acteur. Les contraintes de la programmation dans le bloc commun constituaient également un frein certain. Il convient encore de citer la nécessité pour les opérateurs de s'organiser afin de repasser l'après-midi dans l'unité d'ambulatoire, éventuellement en plusieurs fois, pour autoriser la sortie des patients opérés le matin. Enfin, de l'aveu même des chirurgiens, la cotation inférieure des actes de chirurgie ambulatoire était vécue comme extrêmement désincitative vis-à-vis d'un engagement dans la pratique ambulatoire.

2.3.3 Une méthode de persuasion douce

Face à ces réticences, la méthode de conduite du changement retenue par les promoteurs de l'ambulatoire au CHBA fut un accompagnement souple et non contraint

²⁵ MEAH, *Organisation de la chirurgie ambulatoire. Développer l'activité, maîtriser les processus*, Berger-Levrault, 2007

des opérateurs. L'un des atouts de la chirurgie ambulatoire à Vannes fut d'être portée dès la fin des années 1990 et jusqu'à aujourd'hui par un même binôme médico-soignant, composé du Dr Pierre-Yves Demoulin, chirurgien ORL, coordonnateur de l'ACA et par ailleurs chef du pôle chirurgie depuis 2007, et de Christine Penhouët, cadre du premier service d'ambulatoire dès 2000 et du nouveau service d'ACA depuis janvier 2009.

Dès la première ACA, le principe posé par ce binôme fut « *d'inciter, mais de ne pas forcer* », en acceptant une montée en charge progressive de l'ambulatoire, facilitée par le dimensionnement réduit de l'unité originelle (4 places). « *On a commencé petit, on n'a forcé personne et on est monté en charge progressivement* », résume le Dr Demoulin. A l'ouverture de l'unité, des statistiques objectivant la proportion d'ambulatoire déjà réalisée par chaque spécialité furent communiquées aux praticiens, afin de favoriser une prise de conscience du potentiel de développement, mais aucun engagement chiffré de bascule d'actes vers l'ambulatoire ne fut requis. En revanche, une grande fermeté présida au fonctionnement de l'unité : aucun lit ne pouvait être attribué à une spécialité en particulier ; ces lits étaient « sanctuarisés » pour l'activité ambulatoire, ce qui excluait, même en présence de lits vides, de « dépanner » un service en prenant un patient pour la journée et en le laissant repartir vers ce service le soir ; tout devait être mis en œuvre pour accueillir les patients éligibles à l'ambulatoire, en organisant une rotation des lits sur la journée.

En vue de l'ouverture de la structure intégrée en 2009, la méthode fut comparable. Le potentiel de développement de l'ambulatoire fut estimé à partir du taux d'activité de chaque spécialité, rapporté aux gisements identifiés, notamment sur les gestes marqueurs, dans l'enquête nationale menée par le PNIR²⁶. En revanche, les praticiens ne furent invités à se porter garants ni d'un volume d'activité minimal à produire ni d'une liste d'actes à transférer en ambulatoire. La répartition des vacances entre les différentes spécialités se fit de manière négociée, au cours de trois grandes réunions ayant rassemblé l'ensemble du corps chirurgical autour du Dr Demoulin.

D'une manière générale, il a été décidé que chaque praticien est entièrement libre de considérer qu'il peut ou non basculer tel acte en ambulatoire. Il s'agit de « *laisser les chirurgiens se rassurer progressivement*, explique la cadre de l'ACA, *mais aussi de laisser l'émulation s'installer entre les praticiens d'une même spécialité* ». « *Cette mise en confiance progressive, témoigne-t-elle encore, transparaît notamment dans l'heure de passage des praticiens à l'ACA : certains praticiens, qui passaient auparavant*

²⁶ PNIR, *Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Freins et leviers*, septembre 2003

systématiquement après 18 heures, se sont mis à passer de plus en plus tôt, rassurés quant au fait que leurs patients peuvent quitter l'unité sans risque ».

Un questionnaire déjà en vigueur à l'époque de la première unité d'ACA a été reconduit comme outil de suivi et de mesure de la satisfaction des praticiens, permettant d'envisager des réajustements subséquents de l'organisation. Administré une première fois quelques mois après l'ouverture de la nouvelle ACA, il devrait être de nouveau proposé aux médecins dans les mois qui viennent.

2.3.4 La persuasion par l'excellence

Bien conscients de l'impératif d'attirer les opérateurs à l'ACA par la qualité de l'organisation proposée, les promoteurs de l'ACA affirment avoir eu constamment à cœur de viser l'excellence. *« Pour que cela marche, il fallait que le chirurgien soit content. Il fallait donc prouver que nous étions les meilleurs »*, expliquent-ils. Afin de vaincre la réticence des praticiens envers la polyvalence des IDE d'ACA, les infirmières firent ainsi l'objet d'une sélection rigoureuse, sur la base d'un registre de compétences étendu (compétences chirurgicales polyvalentes, mobilité intellectuelle, capacité à remettre en question ses pratiques, rigueur, organisation, pédagogie, disponibilité et flexibilité pour s'adapter à la gestion des flux de patients...). Un praticien le reconnaît sans difficulté: *« les IDE choisies étaient les meilleures »*.

La qualité de l'organisation mise en place a également cherché à provoquer le ralliement des praticiens : *« tout est organisé, explique Madame Penhouët, pour que quand le praticien passe dans le service, tout soit prêt : le dossier est préparé et l'IDE est présente, si bien qu'il n'y a pas de perte de temps »*. L'organisation du bloc contribue de même à créer un cadre de travail serein et attractif, les interventions étant préparées la veille de manière minutieuse.

2.3.5 Un accompagnement également contraint

Faisant le constat de la faiblesse du taux d'ambulatoire au CHBA sur certains gestes marqueurs, l'ARH Bretagne a décidé le placement sous entente préalable de l'Assurance maladie de six de ces gestes sur une période allant du 1^{er} octobre 2009 au 31 mars 2010. Le rapport d'activité 2009 du CHBA se félicite de l'efficacité de ce dispositif contraignant, les taux d'ambulatoire sur les gestes concernés ayant enregistré un gain de 27 % (cures de hernies sous coelioscopie) à 728 % (chirurgie des varices) de 2008 à 2009. Au total, le taux d'ambulatoire global sur les gestes marqueurs est passé de 40 % à 56 %. *« Ça a été*

une épée dans le dos qui nous a obligés à mieux faire, comme un chirurgien, mais on avait déjà pris le pli ».

2.3.6 Une conversion progressive des praticiens aux bénéficiaires de la chirurgie ambulatoire

« Très vite, les plus réfractaires sont venus ; ceux qui s'étaient montrés les plus virulents contre l'ambulatoire en sont aujourd'hui les plus contents », affirme le Dr Demoulin. La conversion ne s'est toutefois pas faite au même rythme selon les différentes spécialités. Selon M. Demoulin, les anesthésistes ont été rapidement séduits par le cadre de prise en charge très protocolisé que leur offrait l'ACA, ainsi que par l'occasion fournie de concentrer leurs visites dans un seul service, en lieu et place de visites dispersées dans l'ensemble des services de chirurgie de l'établissement.

Parmi les chirurgiens, les orthopédistes, les ORL et les digestifs ont adhéré sans tarder, reconnaissent les cadres du bloc. Les orthopédistes, qui, contrairement aux autres spécialités chirurgicales, étaient confrontés à un manque chronique de lits, se seraient notamment ralliés à l'argument qu'hospitaliser une partie de leurs patients à l'ACA libérait des lits d'hospitalisation classique. Les ophtalmologistes ont fait preuve en revanche d'une certaine circonspection. Madame Milazzo, chef de service, aujourd'hui totalement convaincue²⁷, explique qu'elle ne voyait pas l'intérêt de prendre des risques et que la sortie le soir était mal comprise par le patient, qui devait de toute façon être revu en consultation le lendemain. *« Le démarrage a été dur, commente-t-elle, puis ça a été exponentiel. Il est aujourd'hui possible de tout programmer en ambulatoire à Vannes, y compris pour des personnes isolées, pour qui des solutions sont trouvées. C'est l'état du patient, le contexte familial ou social qui déterminent éventuellement son entrée dans le conventionnel ».*

Le Dr Demoulin témoigne de même de la très bonne acceptabilité de l'ambulatoire par les patients, dès lors que le praticien tient un discours convaincant : *« il est exceptionnel d'avoir à se replier sur une intervention en conventionnel pour des raisons sociales, même pour des patients habitant les îles. Quand on leur propose la modalité ambulatoire, les gens trouvent toujours une solution ».*

Enfin, la chirurgie gynécologique, présente au CHBA depuis le début des années 2000, a elle aussi rapidement trouvé sa place au sein de l'ACA. Une gynécologue mentionne notamment l'émulation existant entre les praticiens et la pression exercée par le faible

²⁷ Seulement 10 % de l'activité d'ophtalmologie était faite en ambulatoire en 2000, 66 % en 2009 ; trois vacations d'ophtalmologie se déroulent au bloc ambulatoire, contre une seule au bloc conventionnel.

nombre de vacations dévolues au total à cette spécialité, qui oblige selon elle à programmer en ambulatoire tout ce qu'il est possible d'y faire.

2.4 L'activité ambulatoire de 2000 à 2009

L'évolution constante des chiffres d'activité, tout comme le transfert vers l'ambulatoire d'actes de plus en plus complexes, témoignent de l'ancrage et de la vitalité de la chirurgie ambulatoire au CHBA.

2.4.1 Une activité dynamique en progression constante

TM Les données statistiques sur l'activité de l'ACA depuis 2000²⁸ mettent en évidence une augmentation ininterrompue d'activité globalement répartie sur toutes les spécialités, chacune ayant donc joué le jeu de l'investissement dans la modalité ambulatoire. Elles révèlent également l'effet démultiplicateur créé sur certaines spécialités par l'ouverture de la nouvelle structure d'ACA en 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Obst.	22	130	165	162	193	171	162	126	90	0
Gynéco	72	148	126	182	178	168	213	222	378	446
ORL	170	222	260	251	268	269	279	405	360	542
Ortho	101	254	259	290	344	416	415	446	509	602
Vasc.	6	2	7	7	5	6	13	2	18	76
Uro.	71	103	55	55	64	92	129	164	182	102
Digestif	93	152	176	167	237	258	298	335	371	400
OPH	42	91	103	94	100	97	95	275	317	551
Douleur				127	193	229	187	212	250	2
Anesth.	126	481	293	126	43	59	54	52	45	50
Endosc	256	299	345	377	543	659	842	945	1013	1224
TOTAL	959	1882	1811	1848	2193	2448	2697	3185	3456	3930

²⁸ Les données citées correspondent aux séjours avec hébergement en ACA. Elles excluent donc les actes externes (définis par la circulaire relative aux actes dits « frontière » du 31 août 2006) faits au bloc ACA, même s'ils incluent un passage par l'unité du même nom.

™ Le suivi des gestes marqueurs permet lui aussi de faire le constat des efforts engagés pour se rapprocher et même parfois dépasser les taux cibles négociés²⁹ avec l'ARH. Le taux de réalisation global en ambulatoire des dix-huit gestes progresse de façon marquée sous l'aiguillon de la mise sous entente préalable³⁰ de certains actes.

Geste	Libellé	Taux cible (2011) par avenant CPOM	Année 2008			Année 2009		
			Nb séjours	Dont ambu	% ambu	Nb séjours	Dont ambu	% ambu
GM1	Arthroscopie du genou	90 %	207	119	57%	217	144	66 %
GM2	Extractions dentaires	50 %	36	1	3 %	56	4	7%
GM 3	Cataracte	85 %	579	283	49 %	744	492	66 %
GM 4	Varices	50 %	95	7	7 %	126	73	58 %
GM 5	Adénoïdectomies et/ou amygdalectomies	85 %	217	122	56%	260	212	82 %
GM 7	Chirurgie ORL	25 %	44	3	7 %	56	28	50 %
GM 8	Chirurgie du sein	25 %	168	23	14 %	218	56	26 %
GM 9	Chirurgie anale hors destruction de tumeur anale	25 %	49	4	8 %	45	5	11 %
GM10	Tumeurs anales		9	0	0 %	11	9	82 %
GM11	Phimosi s âge < 15 ans	100 %	8	7	88 %	14	13	93 %
GM12	Maladie de Dupuytren	85 %	20	13	65 %	22	19	86 %
GM13	Canal carpien	95 %	125	93	74 %	117	85	73 %
GM14	Chirurgie testiculaire âge < 15 ans	70 %	5	2	40 %	12	8	67 %
GM15	Coelioscopies gynécologiques	25 %	124	4	3 %	95	11	12 %
GM16	Hernies unilatérales ouvertes âge >16 ans	45 %	247	70	28 %	239	76	32 %
GM17	Cures de hernies sous coelioscopie	75 %	136	75	55 %	148	104	70 %
GM18	Hernies enfants âge <16 ans	100 %	3	3	100 %	3	3	100%
Moyenne actes marqueurs			2072	829	40 %	2383	1342	56 %
Activité globale séjours			9682	2029	21 %	10531	2876	27 %

²⁹ Un avenant au CPOM sur la chirurgie ambulatoire a été rédigé en 2009, mais reste non signé à ce jour par l'ARS

³⁰ Les gestes faisant l'objet d'une mise sous entente préalable apparaissent en gras dans le tableau

ambulatoires / séjours chirurgicaux								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

™ Parallèlement, l'activité d'ACA tend à représenter une proportion croissante du total de l'activité chirurgicale du CHBA, de 17 % en 2005 à 27 % en 2009, alors même que l'activité de chirurgie conventionnelle n'enregistre pas de déclin sur la période, les entrées en hospitalisation à temps complet en chirurgie progressant de 3 % de 2007 à 2008 et de 2008 à 2009.

Par spécialité, en 2009, le recueil des actes effectué sous le logiciel Blocqual permet de déterminer que 53 % des actes de chirurgie ORL sont faits en ambulatoire, 30 % des actes de chirurgie digestive, 66 % des actes d'ophtalmologie, 16 % des actes de chirurgie orthopédique, 26 % des actes de chirurgie gynécologique et 21 % des actes de chirurgie vasculaire.

2.4.2 L'engagement des praticiens vers la réalisation d'actes de plus en plus complexes

L'activité de chirurgie ambulatoire au CHBA se caractérise par le basculement croissant en ambulatoire d'actes lourds et même de haute technicité, qui vont bien au-delà des actes habituellement identifiés comme relevant de cette prise en charge. Ce mouvement, qui a pris son essor depuis l'ouverture du bloc dédié, témoigne de la confiance des équipes chirurgicales dans le processus ambulatoire et de la maîtrise de ce processus. « *On réalise aujourd'hui en ambulatoire, commente le Dr Demoulin, des actes pour lesquels on hospitalisait le patient pendant huit jours il y a dix ans. Il a fallu pour cela abandonner la sacro-sainte culture de la prudence qui gouvernait les chirurgiens* ».

Les chirurgiens gynécologiques ont été particulièrement précurseurs dans la réalisation d'actes lourds en ambulatoire, notamment en oncologie. Se déroulent ainsi en ACA des ovariectomies sous coelioscopie, des hystérectomies par voie basse, des mastectomies partielles ainsi que des tumorectomies du sein avec ganglions sentinelles. Les chirurgiens ORL y pratiquent quant à eux, de façon novatrice, la chirurgie des sinus. Ils s'y livrent aussi à des actes sur le tympan, des rhinoplasties, des exérèses de lésion du pharynx, tandis que les chirurgiens digestifs réalisent notamment des ablations de vésicule biliaire (cholécystectomies).

Loin de jouer le rôle d'une structure légère pour petits gestes, le bloc ACA se révèle donc être un bloc de haute technicité apte à accueillir des interventions lourdes. Cette

orientation traduit le dynamisme de la démarche d'ambulatoire chez nombre de praticiens et constitue assurément un atout à exploiter pour favoriser le transfert vers l'ambulatoire d'un nombre croissant d'indications.

3 La chirurgie ambulatoire : un modèle à cultiver et à approfondir pour l'hôpital

Jean-Patrick Sales, président de l'AFCA, est formel : « *une structure ambulatoire dans un hôpital public ne doit pas être un "alibi" pour satisfaire au goût du jour, mais une cristallisation de la réflexion sur la réorganisation et une sorte de laboratoire de nouveaux comportements* »³¹. Comme déjà évoqué précédemment, la chirurgie ambulatoire constitue en effet un processus original à l'hôpital, un concept innovant reposant sur le primat donné à l'organisation et à l'optimisation du parcours du patient, ceci au sein d'un existant hospitalier caractérisé par une difficulté à intégrer au fonctionnement les variables gestionnaires et organisationnelles et à sortir d'une logique de cloisonnement à la fois en interne et vis-à-vis de l'extérieur. La chirurgie ambulatoire incarne donc en quelque sorte une double chance pour l'hôpital public : celle de revitaliser sa chirurgie en proposant au public une offre attractive de prise en charge chirurgicale de qualité et celle, non moindre, d'impulser une culture du changement là où celle-ci peine à s'imposer. Elle est l'une des clefs pour répondre aux défis que doit relever l'hôpital et que Gilles Bontemps résume ainsi : « *dépasser les contraintes organisationnelles, mieux gérer les flux, améliorer la productivité des établissements, motiver les chirurgiens et les anesthésistes, sortir de la logique de services et de la culture prégnante du lit au profit d'une culture centrée sur le patient, tels sont les principaux défis de l'hôpital public* »³².

3.1 Un concept d'organisation exigeant centré sur la recherche d'une qualité de prise en charge optimale

« *L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation* »³³. La formule lapidaire de Claude De Lathouwer traduit bien l'importance fondamentale de ce concept, qui renvoie à la coordination entre les acteurs, au pilotage des activités, aux modalités concrètes et quotidiennes permettant la production de soins. C'est la nature même de l'activité de chirurgie ambulatoire qui impose une telle prégnance de l'organisation : l'ambulatoire est en effet un dispositif contraignant, qui fait peser une exigence forte de résultat (la sortie sans risque du patient le soir même), ce qui oblige à rechercher une optimisation du parcours du patient, par la simplification et la sécurisation

³¹ Congrès 2007 SNCH, « La chirurgie publique peut-elle rebondir ? », *Le nouvel hospitalier*, n°80, avril-mai 2007, pp. 25-30

³² Gilles BONTEMPS, « Vers une disparition programmée de la chirurgie publique ? », *Journal d'économie médicale*, n°3-4, mai-juillet 2005, pp. 215-221

³³ Claude DE LATHOUWER, « Ambulatory surgery : an organisational and cultural revolution, a social and political change », *Ambulatory surgery*, n°7, 1999, pp. 183-186.

de l'ensemble des étapes de prise en charge. L'ambulatoire se révèle tout simplement incompatible avec une organisation approximative. Il implique de maîtriser un véritable « processus de production », coordonné et géré par les acteurs. La limitation du temps, voire la pression de production qui caractérisent l'ambulatoire, loin de diminuer la qualité de prise en charge, constituent donc une incitation à atteindre l'excellence dans les soins prodigués. Ambitieuse par nature, la chirurgie ambulatoire conduit les acteurs hospitaliers à viser le « zéro défaut » dans la prise en charge des patients.

3.1.1 Aspects de la performance organisationnelle

La performance de l'organisation mise en place dans le cadre de l'activité de chirurgie ambulatoire au CHBA peut être abordée *via* quatre impératifs : anticiper, garantir la fluidité du parcours du patient, sécuriser, piloter et ses corollaires évaluer et corriger.

A) Anticiper

L'ambulatoire impose de développer une culture d'anticipation, à la fois pour éviter un taux d'annulations trop important des interventions et pour offrir aux acteurs de la prise en charge une disponibilité maximale pour se consacrer à leur mission, dans une optique d'efficacité, en minimisant le risque d'interruption par un événement non prévu.

Cette culture d'anticipation se traduit tout d'abord par l'importance dévolue au suivi de la programmation. Ce suivi est réalisé en continu, quatre semaines à l'avance, par la cadre de l'ACA. La programmation est ensuite scrutée de manière fine tous les jeudis matin lors d'un staff réunissant la cadre de l'ACA, la secrétaire du bloc conventionnel, les cadres des blocs et la chef de bloc. Les difficultés pouvant surgir de cette programmation sont alors passées en revue et gérées par anticipation.

La vision à moyen terme de l'activité de l'ACA ainsi acquise est utilisée Madame Penhouët pour adapter l'effectif infirmier de l'unité au nombre de patients réellement prévus chaque jour, dans une perspective d'optimisation des moyens humains. Le détachement quotidien d'un personnel infirmier de l'unité sur des tâches administratives d'anticipation à 24 heures (vérification complète des dossiers des patients du lendemain, rappel des consignes lors de l'appel de la veille) permet par ailleurs de prévenir toute difficulté relative au déroulement du programme.

Au bloc ACA, la nécessité d'enchaîner les interventions sans perte de temps a conduit à mettre en place un dispositif particulier d'organisation : une IBODE, Sylviane Bizeul, est détachée sur la moitié de son temps sur un poste de coordination qui consiste à anticiper les problèmes et à donner de la fluidité en palliant la survenue d'un éventuel dysfonctionnement. Toutes les interventions se déroulant au bloc ACA, au rebours de

celles se déroulant au bloc conventionnel, sont par ailleurs préparées la veille sur des patères individualisées, ce qui concourt à un raccourcissement du délai entre chaque intervention.

B) Garantir la fluidité du parcours du patient

En ACA, le parcours du patient est organisé de manière à être coordonné, connu de tous, lisible et optimisé dans chacune de ses étapes. Cela implique que tout le processus de prise en charge et les rôles de chaque acteur au sein de ce processus, depuis la pose de l'indication jusqu'à la sortie du patient, soient minutieusement décrits dans le règlement intérieur de l'unité.

Afin de simplifier la phase pré-opératoire et de la lier au maximum avec les étapes suivantes, un travail fut entrepris dès les années 2000 auprès des secrétariats médicaux des spécialités chirurgicales. Cette démarche a rendu possible la programmation de l'intervention directement par les secrétariats des spécialités, à l'issue de la consultation avec le chirurgien, avec réservation automatique d'un lit dans l'unité d'ACA. Elle a également conduit à confier à ces mêmes secrétariats la délivrance du dossier spécifique d'ACA, ainsi que la fixation du rendez-vous de pré-anesthésie, tout ceci en présence du patient, à qui il ne reste donc plus qu'à faire sa préadmission au bureau des entrées.

Le jour de l'intervention, la fluidité du parcours est garantie par l'octroi à chaque patient d'un horaire personnalisé d'arrivée, qui réduit au maximum l'attente pré-opératoire. La proximité immédiate du secteur opératoire permet ensuite d'effectuer le transfert au bloc sans aucun délai. Après l'intervention, le patient retrouve l'infirmière qui l'a accueilli le matin, ce qui contribue à une continuité optimale de prise en charge.

L'optimisation des sorties pourrait en revanche faire l'objet d'une considération plus appuyée, les horaires parfois tardifs de passage des chirurgiens ne permettant pas toujours une « remise à la rue » du patient dès qu'il y est médicalement apte, ce qui induit un délai d'attente supplémentaire, parfois facteur d'insatisfaction.

C) Sécuriser

La chirurgie ambulatoire étant par définition un concept d'organisation, la gestion du risque est une de ses fonctions majeures. Elle doit permettre de sécuriser le parcours du patient depuis l'entrée en ACA jusqu'après la sortie de l'unité. Une telle sécurisation implique un travail d'identification des risques à chacune des étapes de prise en charge. Le risque majeur que représente la remise à la rue du patient est ainsi géré par la double validation offerte par le passage successif de l'anesthésiste et du chirurgien, mais aussi par la remise immédiate du compte-rendu opératoire (qui permettra au patient, en cas de

complication, d'informer son médecin traitant de la nature de l'intervention subie) et le fonctionnement de l'astreinte infirmière.

L'exigence de protocolisation, qui est directement corrélée à l'exigence d'organisation inhérente à l'ambulatoire, se révèle être par ailleurs un outil majeur de réduction des risques en ACA. Elle débouche en effet sur l'harmonisation et le partage des pratiques, ce qui en réduit la variabilité individuelle, produit de la transparence et de l'information transmissible à d'autres professionnels, contribuant en ceci au développement des compétences et à la promotion du travail en équipe. Au sein de l'unité d'ACA, des protocoles validés par les praticiens décrivent ainsi la prise en charge infirmière spécifique à chaque intervention pratiquée en ambulatoire. La reconnaissance d'un possible risque infectieux lié au caractère multidisciplinaire de l'unité d'ACA a par ailleurs amené la cadre de l'unité à engager un travail avec le CLIN pour déterminer des règles d'organisation des soins et de dispatching des patients dans les chambres en fonction de la spécialité chirurgicale dont ils relèvent.

« D'une manière générale, écrivent les auteurs de l'Abécédaire de la chirurgie ambulatoire, le niveau d'exigence en matière de gestion du risque en ambulatoire ne fait que devancer ce qu'il devrait être pour toute prise en charge chirurgicale »³⁴.

D) Piloter, évaluer et corriger

Un processus d'amélioration continue de la qualité doit caractériser l'ACA. Dans cette optique, un suivi par des indicateurs, permettant un réajustement régulier de l'organisation mise en place, s'avère indispensable. La mesure de la qualité de la prise en charge au CHBA s'effectue *via* cinq indicateurs :

- les dépassements horaires (sortie du dernier patient après 19 heures)
- le suivi des appels téléphoniques sur l'astreinte d'IDE (48 appels en 2009)
- l'analyse des questionnaires de satisfaction remplis par les patients (1062 questionnaires reçus en 2009, soit un taux de retour de 25,43 %, supérieur à la moyenne institutionnelle de 11,4 % ; 96,6 % des répondants se déclarent satisfaits à très satisfaits).
- le taux de transfert en hospitalisation complète (égal à 1,84 % en 2009).

Par ailleurs, le temps de présence des patients en ACA fait l'objet d'un relevé systématique. Des courbes de présence des patients au cours de la journée sont éditées à partir de ce relevé. Elles servent notamment à établir le profil journalier de charge en soins.

Chaque outil d'évaluation donne lieu à un suivi en routine autorisant la prise immédiate de mesures correctrices, dans un souci de réactivité, chaque fois que l'existence d'une situation à risque ou tout simplement non satisfaisante est mise en évidence. Ainsi, les

³⁴ Guy BAZIN, Gilles BONTEMPS, Corinne DAVER *et alii*, *Abécédaire chirurgie ambulatoire : ce qu'il faut savoir... ce qui fait débat...*, CNAMTS-Ministère de la santé, édition janvier 2009

éléments de satisfaction ou d'insatisfaction pointés par les patients dans les questionnaires de satisfaction, qui sont exploités au fil de l'eau par la cadre de l'ACA, nourrissent la réflexion sur les changements à opérer, à court ou moyen terme. De même, l'analyse des appels sur l'astreinte d'IDE débouche à la fois sur des réajustements ponctuels et sur la proposition de pistes d'amélioration à intégrer dans un programme de travail plus global (par exemple, dans le rapport d'activité 2009, l'amélioration de l'information sur la prise des antalgiques à domicile).

Certains indicateurs (nombre de retours *via* les urgences, nombre de réhospitalisations, taux d'annulation à J-1 ou J0), jugés statistiquement insignifiants, ne font pas l'objet d'un suivi spécifique. D'autres mériteraient peut-être d'être mis en place : taux de nausées et vomissements post-opératoire, nombre de retours au bloc, analyse des causes de transferts (complications per ou post-opératoires, retard pris par le bloc...), délai d'attente entre l'arrivée en ACA et l'entrée au bloc.

L'instauration d'un appel du lendemain, préconisée par la MEAH³⁵, pourrait par ailleurs être considérée. D'une manière large, un tel appel rassure les patients et les opérateurs. Mais surtout, il permet de vérifier si les médicaments contre la douleur ont été pris et efficaces, si la nuit s'est bien déroulée, si le patient a dû appeler son médecin traitant ou encore si les instructions transmises à la sortie ont été assez claires. Il représente donc un excellent outil d'évaluation du retour à domicile et de la qualité de soins apportée

3.1.2 Un niveau de qualité vecteur de satisfaction

A) Pour les patients

L'efficience de l'organisation en ambulatoire engendre une qualité de prise en charge reconnue par les patients, envers qui elle est l'un des principaux arguments de « vente » de la modalité ambulatoire. La satisfaction des patients émerge en particulier de deux caractéristiques de la prise en charge.

- Il s'agit tout d'abord d'une prise en charge individualisée, centrée sur le patient. Celui-ci bénéficie au cours de l'appel de la veille d'un véritable « entretien de soin », son bien-être et son confort font l'objet d'une attention constante tout au long de la journée d'ambulatoire et il lui est accordé avant sa sortie un entretien personnalisé avec l'anesthésiste et le chirurgien, ce qui n'aurait pas forcément été le cas en hospitalisation complète. La prise en charge ambulatoire repose en somme sur une « approche client » inédite à l'hôpital. La recherche de la satisfaction du patient y est vécue comme primordiale. Il en résulte pour le patient une diminution du stress lié à l'intervention. « *Le*

³⁵ MEAH, *Organisation de la chirurgie ambulatoire. Développer l'activité, maîtriser les processus*, Berger-Levrault, 2007

patient dédramatise l'acte chirurgical » explique Caroline Ragot, chef de bloc. La diminution de l'anxiété pré-opératoire permet notamment de supprimer la prémédication du patient, au bénéfice d'une meilleure récupération de son autonomie à l'issue de l'intervention et donc d'un moindre risque de transfert en hospitalisation classique.

- La prise en charge ambulatoire est fondée d'autre part sur une responsabilisation et une éducation du patient qui le rend acteur de sa prise en charge, ce qui est en rupture avec la pratique de l'hospitalisation traditionnelle où le patient est laissé en attente des événements générés par les différents services. L'ambulatoire implique en effet le transfert au patient d'un certain nombre de responsabilités, comme la préparation pré-opératoire (respect du jeun, réalisation d'une douche bédatinée) ou le suivi des consignes post-opératoires (prise d'antalgiques en fonction du niveau de douleur ressenti). De « captif et passif », le patient devient donc « actif et responsable », ce qui est un facteur évident de satisfaction et contribue aux évolutions du système de santé dans le sens de la responsabilisation et du choix des patients.

B) Pour les professionnels

Le sentiment qui prévaut chez les professionnels est celui, gratifiant, d'une meilleure prise en charge des patients. Comme le reconnaît un chirurgien, *« en hospitalisation conventionnelle, on met les patients dans un lit et on ne s'en occupe pas réellement. L'ambulatoire, au contraire, sur une durée raccourcie, nous oblige à consacrer beaucoup plus de temps et d'attention au patient, ce qui est beaucoup mieux en termes de qualité »*.

Par ailleurs, les professionnels, médicaux et soignants, apprécient globalement un cadre de travail plus agréable et moins stressant qu'au bloc conventionnel, où les urgences interfèrent constamment avec le programmé. A l'ACA, les interventions sont préparées à l'avance, les patients sont sans surprise et sans complication, la journée de travail est plus courte (de 6 à 8 heures pour les soignants au bloc ACA, contre 10 heures au bloc conventionnel) et est assurée de se terminer à l'heure. La sanctuarisation complète de l'ambulatoire par le choix de créer une structure satellite manifeste là ses vertus en protégeant l'ambulatoire des contingences et des aléas des circuits chirurgicaux classiques.

3.1.3 Un modèle organisationnel à transposer

Le concept d'organisation sous-jacent à la chirurgie ambulatoire constitue un modèle susceptible de stimuler et d'alimenter la nécessaire évolution des processus et des organisations hospitalières vers une qualité et une efficacité accrues. De nombreux principes d'organisation sont en effet transposables dans les services d'hospitalisation : le

primat de l'anticipation et de la gestion des flux, la recherche d'une organisation centrée sur le patient, la multidisciplinarité, la culture de l'évaluation et de l'amélioration constantes des pratiques. Certains de ces transferts ont déjà été expérimentés, par exemple lors de la création en 2007 d'un service multidisciplinaire appelé les « 3O », qui rassemble l'ophtalmologie, l'ORL et une partie de l'orthopédie. Sur le modèle de l'unité d'ambulatoire, il avait alors été décidé que l'équipe soignante serait commune aux trois spécialités et qu'un poste infirmier d'organisation et de programmation serait institué afin de permettre à ce service de fonctionner comme un hôpital de semaine. Les postes dédiés à l'organisation ont assurément vocation à se multiplier au sein des services hospitaliers pour répondre à la préoccupation croissante de gestion optimale des flux.

La définition de circuits patients fluides et coordonnés fait également l'objet de nombreux travaux dans le cadre de la mise en place de filières de prise en charge (par exemple, la filière de prise en charge des AVC). Le concept même de filière implique une révolution culturelle majeure en obligeant les acteurs à centrer la réflexion non sur un service, mais sur le parcours du patient dans l'ensemble de ses étapes. Il place ainsi devant des enjeux essentiels de qualité des soins, qui sont ceux de la chirurgie ambulatoire, notamment le respect d'un parcours et la maîtrise des délais.

Par ailleurs, un défi spécifique se pose au CHBA, qui est d'utiliser la promotion des bonnes pratiques véhiculées par l'ambulatoire pour atténuer quelques dysfonctionnements rencontrés au bloc conventionnel (respect insuffisant de certaines consignes d'hygiène, pratiques de stockage non réglementaires). L'ouverture du bloc ACA a effet conduit l'équipe du bloc à réaliser, sous l'égide de l'équipe opérationnelle d'hygiène, un important travail sur la sécurisation des pratiques d'hygiène afin de lutter contre le risque infectieux. Des protocoles rigoureux sur le bio-nettoyage des chariots et de l'arsenal stérile ont ainsi été rédigés à destination des IBODE. Ces protocoles pourraient avantageusement être adaptés au bloc conventionnel, où officient les mêmes équipes médicales et soignantes.

La volonté d'utiliser les caractéristiques du bloc ACA, notamment en termes d'architecture, pour nourrir un projet de rénovation du bloc conventionnel destiné à améliorer les pratiques, est d'ailleurs présente chez les membres du groupe de travail responsable de l'élaboration de ce projet. Le bloc ACA est en effet conçu selon une architecture contraignante qui favorise une certaine rigueur dans les pratiques (notamment par l'existence d'un couloir de circulation unique qui impose le respect de règles d'hygiène drastiques), tandis que la conception ancienne du bloc conventionnel³⁶ n'invite pas à autant de vigilance et de qualité d'organisation. L'idée serait donc de

³⁶ Ce bloc, extrêmement vaste, est caractérisé par l'existence de multiples circulations dédiées au propre et au sale et celle de nombreux espaces de stockage, dont beaucoup sont non conformes.

transposer du bloc ACA au bloc conventionnel un certain nombre de concepts organisationnels dont l'efficacité paraît démontrée : une organisation du bloc en plusieurs pôles fonctionnels distincts (un pôle logistique, un pôle pré-anesthésie et SSPI, un pôle personnel/vestiaires/bureaux, un pôle salles d'intervention), la mise en place d'une salle unique de pré-anesthésie, la réorganisation des salles d'intervention conformément au principe d'aseptie progressive.

3.2 Une source de décloisonnement des organisations et des pratiques médicales et soignantes

La chirurgie ambulatoire ne réussit à proposer un tel modèle d'efficience organisationnelle, où le patient devient le pivot du système, qu'en provoquant une véritable révolution culturelle chez ses acteurs, médicaux et soignants.

3.2.1 Le détachement de la logique de service

L'organisation traditionnelle de l'hôpital est fondée sur la notion de service, regroupement de lits d'une même spécialité autour d'une équipe médicale et soignante. Pour les acteurs, le service constitue la principale source d'identité et de pouvoir. Il est en effet courant pour un chef de service de mesurer l'importance de sa spécialité au sein de l'établissement à l'aune du nombre de lits que comprend son service. Les praticiens se vivent avant tout comme responsables de « leurs » lits, de « leurs » malades, voire même de « leurs » IDE, si bien que la perte de lits est vécue comme une véritable dépossession. Or, l'ambulatoire met à mal cette conception fondée sur le paradigme des lits, puisque les patients relevant de cette modalité sont, toutes spécialités confondues, hospitalisés dans un même service d'ACA, et que c'est au praticien de se déplacer dans ce service, qui n'est pas le sien, pour voir le patient. Ce détachement de la logique de service se révèle d'autant plus difficile que l'ambulatoire, en diminuant le nombre de patients chirurgicaux dans les services d'hospitalisation, ne fait que démontrer avec plus d'éclat la surdotation en lits de certains services. Le désir de ne pas perdre de lits explique selon le coordonnateur de l'ACA la résistance envers l'ambulatoire montrée jusqu'à une époque récente par certains opérateurs du CHBA. Or, comme le souligne la cadre de l'ACA, « *ce primat donné au service et aux lits est profondément délétère, car il débouche sur l'obsession d'occuper les lits, alors qu'il faudrait travailler sur l'optimisation des flux de patients* ». Les cliniques privées, précise le Dr Le Hétêt, anesthésiste à la clinique de Cesson-Sévigné, ont quant à elles évacué depuis longtemps l'écueil que représente un

attachement excessif aux lits d'hospitalisation, étant donné que « *les chirurgiens y disposent de vacations au bloc opératoire, mais pas de lits réservés à leur spécialité* ».

D'une logique centrée sur le service de spécialité, l'ambulatoire invite à migrer vers une logique qui place le patient au cœur des processus et des préoccupations. Un tel mouvement, profondément décloisonnant, ne peut se faire sans une réelle évolution des mentalités et des comportements .

3.2.2 La promotion du partage et du décloisonnement des connaissances

La chirurgie ambulatoire n'oblige pas seulement les praticiens (et les soignants) à se départir d'une mentalité de services de spécialité, elle les amène aussi à s'engager dans une dynamique d'amélioration, de partage et d'harmonisation de leurs pratiques et de leurs connaissances. L'efficacité de l'ambulatoire repose en effet sur la capacité à décrire des prises en charge standardisées. La variabilité individuelle des pratiques n'y est pas acceptable dans la mesure où elle introduit une complexité qui est vecteur d'insécurité et de retards possibles dans la prise en charge. L'ambulatoire contraint donc les praticiens, chirurgiens ou anesthésistes, à travailler ensemble pour définir sur chaque thématique les meilleures pratiques applicables, qui seront ensuite déclinées sous forme de protocoles mis à la disposition des équipes. Il s'agit là d'un changement important de paradigme médical, la singularité des pratiques et la détention individuelle d'un savoir, qui fonde le pouvoir du praticien, étant contrebalancées par la priorité donnée à la discussion et à la coordination sur un mode horizontal. Comme le reconnaît un chirurgien, « *l'ambulatoire nous a obligés à rédiger des protocoles, alors même que nous n'étions pas du tout habitués à cette culture de l'écrit* ».

Le changement de paradigme soignant induit par la chirurgie ambulatoire est similaire, et tout aussi profond. La polycompétence infirmière ne peut en effet fonctionner que sur la base d'un partage large des connaissances, qui permet notamment de lutter contre des stratégies individuelles de construction d'une expertise jalousement protégée, parfois utilisées par certains soignants de services de spécialité pour se placer en position privilégiée vis-à-vis du corps médical.

Par cette promotion du partage du savoir, la chirurgie ambulatoire contribue à augmenter la compétence des équipes, qu'elle engage dans une démarche d'amélioration continue des pratiques.

3.2.3 Un projet dans la continuité de l'ACA : l'organisation du pôle chirurgie en filières

L'expérience de la montée en charge de l'ACA a fait naître ce que Madame Brunin, cadre coordonnateur du pôle chirurgie, qualifie de « *projet de rénovation totale de ce pôle* ». Il s'agit ni plus ni moins que de remplacer les différents services de spécialités chirurgicales existants par des filières regroupant chacune un type de prise en charge chirurgicale. Quatre filières, qui seront mises en place à compter de janvier 2011, ont été pour cela définies:

- une filière « soins lourds » de 24 lits, destinée à accueillir des patients programmés relevant d'une pathologie lourde et/ou invalidante justifiant une hospitalisation longue, ainsi que des patients en sortie de réanimation ou de soins intensifs nécessitant une surveillance particulière et des soins aigus
- une filière « programmée » de 39 lits, destinée à l'accueil de patients relevant d'une hospitalisation programmée supérieure à 72 heures et ne nécessitant pas une prise en charge médicale et technique lourde
- une filière « hôpital de semaine » de 28 lits, destinée à l'accueil de patients relevant d'une hospitalisation programmée de plus de 24 heures et de moins de 72 heures
- une filière « urgences » de 47 lits (extensible à 59 lits par activation d'une unité supplémentaire de 12 lits), destinée à l'accueil des patients venant du SAU, ainsi qu'à l'accueil des patients vus en consultation et nécessitant une prise en charge urgente et immédiate.

Chacune de ces filières, pluridisciplinaire par nature, a vocation à recevoir des patients de toutes les spécialités chirurgicales. En leur sein, aucun lit ne sera attribué à une spécialité en particulier, mais un principe de sectorisation géographique souple et perméable de groupes de patients relevant d'une même spécialité permettra notamment de garantir la lutte contre le risque infectieux.

Ce projet pour le moins révolutionnaire de suppression des services de spécialités chirurgicales est né de plusieurs constats, explique le Dr Demoulin, qui en assure la promotion depuis trois ans. Tout d'abord, celui que le développement de la chirurgie ambulatoire entraîne une déstructuration des services d'hospitalisation traditionnelle. Ces services connaissent en effet à la fois une baisse du nombre de patients accueillis et une augmentation de la proportion de patients médicalement lourds, l'une et l'autre engendrant un sentiment de désarroi chez les professionnels. Ensuite, le dimensionnement des services se révèle sous-optimal, une trop grande fragmentation entraînant des difficultés de placement des patients dans le bon service, ce qui amène à solliciter de manière chronique des services au taux d'occupation faible pour l'hébergement de patients relevant d'une autre spécialité. Les conséquences en sont une désorganisation des services et un inconfort, voire une mise en danger pour les patients, pris en charge au pied levé par des infirmières non formées à la spécialité censée les accueillir et ne disposant pas des protocoles adéquats. Enfin, le constat est fait du

caractère perturbant pour l'organisation et la qualité des soins de l'arrivée inopinée dans les services de patients entrés *via* les urgences.

Le projet de filières vise à apporter une réponse à ces problèmes en étendant à l'ensemble du pôle chirurgie le bénéfice des principes d'organisation qui ont fait leurs preuves en ACA : la pluridisciplinarité des équipes, l'optimisation du parcours du patient, une prise en charge centrée sur le patient et non sur la spécialité, la culture de l'anticipation, de la coordination et du partage des connaissances. A la racine du projet se trouve l'idée très innovante que la qualité de prise en charge s'accroît lorsque les soignants développent une compétence, non dans une spécialité, mais dans un type de prise en charge. Sur le plan infirmier, précise Christine Penhouët, il résulte du regroupement des patients par type de prise en charge un lissage et une mise en cohérence de la charge de travail, avec une même disponibilité acquise à chaque patient, alors que dans un service de chirurgie classique, le patient « lourd » tend à monopoliser plus de soins au détriment du patient plus « léger ». Jean-Patrick Sales, président de l'AFCA, énonce un point de vue similaire quand il déclare que « *le raisonnement médical doit se faire sur des prises en charge et non sur des services, des spécialités et des organes* »³⁷.

Au sein des différentes filières, la compétence soignante sera donc pluridisciplinaire et s'appuiera notamment sur une base complète de protocoles de prise en charge destinés à harmoniser les pratiques et à partager les savoirs. Comme en ACA, l'organisation est par ailleurs pensée comme étant au fondement de l'amélioration de la qualité de prise en charge. C'est pourquoi le projet prévoit la création de deux postes journaliers d'IDE de programmation en mission transversale sur les trois filières de chirurgie programmée. Ces IDE seront chargées d'anticiper l'organisation du séjour des patients par une préparation en amont du dossier de soins et la réalisation d'un contact téléphonique la veille de l'intervention, pour confirmation de l'admission, information de l'heure d'entrée dans le service et de passage au bloc et vérification du respect de toutes les conditions d'hospitalisation. Sur le même modèle, la filière « urgences » sera dotée d'une IDE de coordination chargée de fluidifier le parcours du patient, en lien avec le SAU et le bloc, et de garantir à ce patient une qualité d'accueil supérieure à celle assurée au sein de l'organisation actuelle.

Dans chaque filière, la prise en charge sera centrée sur le patient, avec, pour la filière « soins lourds », par exemple, le souci de proposer un soutien psychologique, de

³⁷ Congrès 2007 SNCH, « La chirurgie publique peut-elle rebondir ? », *Le nouvel hospitalier*, n°80, avril-mai 2007, pp. 25-30

s'appuyer sur coordination entre les différents professionnels et d'accorder une vigilance particulière à la prise en charge de la douleur et de la nutrition

Ce projet d'organisation en filières, en entérinant la fin des services, dont la légitimité était déjà quelque peu écornée par l'ACA, parachève la logique de l'ambulatoire, où le praticien se déplace vers le patient et doit apprendre à travailler avec une équipe qui n'est pas la « sienne ». « *Les anesthésistes travaillent partout, commente un anesthésiste, il n'est pas inconcevable que les chirurgiens en fassent autant. Ce projet de filières aura le bénéfice de faire disparaître le modèle du chirurgien qui travaille avec "ses" infirmières rompues à "ses" habitudes. Il obligera les praticiens à aller vers la protocolisation et l'harmonisation des pratiques, et à se remettre ainsi en cause* ». La révolution culturelle médicale amorcée par la chirurgie ambulatoire trouvera là l'occasion de progresser.

3.3 Un vecteur d'ouverture de l'hôpital vers les acteurs de soins de ville

Les politiques publiques ont mis l'accent depuis plusieurs années sur la nécessaire articulation entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire, avec le double objectif d'assurer une juste répartition des missions entre les acteurs, notamment celles se rapportant à la permanence des soins, et de promouvoir la continuité et, partant, la qualité des soins aux patients par la coordination et le partage d'information. Le SROS III de la région Bretagne (2006-2010) fait d'ailleurs de cette articulation organisée avec le champ ambulatoire, ainsi qu'avec le champ social et médico-social, l'une de ses trois grandes priorités stratégiques.

La chirurgie ambulatoire possède précisément un fort potentiel de décroisement de l'hôpital vers les acteurs de soins de ville, avec qui elle invite à nouer des relations de confiance. De fait, la sortie du patient le jour même de l'intervention implique, plus encore qu'en chirurgie classique, où la majeure partie de la surveillance et des soins post-opératoires est prise en charge à l'hôpital, qu'un relais médical et soignant fiable existe en ville. Cela suppose que les professionnels médicaux et infirmiers soient formés et informés sur la modalité ambulatoire et qu'ils aient accès aux informations concernant leurs patients opérés sous ce mode.

Le plan régional de développement de la chirurgie ambulatoire élaboré sous l'égide du Dr Cuvelier place cette dimension partenariale avec les acteurs de soins de ville au cœur de ses préoccupations. Les actions prévues incluent la création d'outils de communication pour inciter les médecins libéraux à proposer cette prise en charge à leurs patients ou

encore la mise en place d'une messagerie sécurisée pour l'envoi immédiat des comptes-rendus opératoires au médecin traitant.

3.3.1 Vers les médecins généralistes et spécialistes

L'implication des médecins traitants généralistes ou spécialistes constitue un levier pour la chirurgie ambulatoire à un double titre. Tout d'abord, en amont de la chirurgie, il est communément admis que le médecin traitant est le premier « recruteur » du patient pour une intervention en ambulatoire. Il bénéficie en effet d'un lien de confiance avec ce patient, qu'il connaît, ce qui le rend particulièrement apte à le convaincre et à juger de sa capacité à recevoir des soins en ambulatoire, notamment en ce qui concerne le respect des conditions psychosociales et environnementales. « *Le médecin traitant doit connaître les critères d'éligibilité, informer et rassurer* », explique le Dr Cuvelier.

Ensuite, le médecin traitant doit également faire l'objet d'une intégration dans l'épisode de soins en aval de l'intervention, afin d'optimiser le retour à domicile. « *Le premier réflexe du patient en cas de problème sera de consulter son médecin traitant*, reconnaît le Dr Demoulin, *seulement il arrive que celui-ci ne sache même pas que son patient allait être opéré en ambulatoire, ou qu'il maîtrise mal le suivi post-opératoire* ». L'intervention du médecin traitant est pourtant essentielle pour adapter le traitement en cas de douleur ou pour diagnostiquer la survenue d'une complication, ce qui peut éviter un retour du patient à l'hôpital *via* les urgences.

Au CHBA, le Dr Demoulin avoue que les liens avec la médecine de ville n'avaient pas suffisamment été pensés comme stratégiques au début du projet ambulatoire, même si le règlement intérieur de l'ACA (dont la première version date de 2000) prend soin de stipuler que « *le médecin traitant est partie prenante dans la prise en charge du mode ambulatoire de son patient. L'intervenant écrit au médecin traitant pour l'informer du type et de la date d'intervention, ainsi que du mode ambulatoire. L'intervenant informe le médecin traitant après l'intervention par un courrier de sortie, accompagné du compte-rendu de l'acte, qui seront remis au patient à sa sortie selon les pratiques médicales* ». Dans les faits, les médecins traitants ne sont pas nécessairement avertis d'emblée de la programmation d'une intervention en ambulatoire pour l'un de leurs patients, seul un praticien parmi ceux interrogés déclarant écrire immédiatement au médecin traitant pour l'en informer. Dans les autres cas, l'information leur parvient par le compte-rendu de consultation, avec un certain retard dû au délai d'envoi de ce compte-rendu. Un modèle de courrier pouvant être faxé au cabinet du médecin traitant dès la programmation de l'intervention pourrait donc être imaginé. L'ACA est en revanche organisée pour satisfaire à l'obligation de remise et d'envoi sans délai du compte-rendu opératoire. Celui-ci est en

effet dicté par le chirurgien dès la fin de l'intervention. Il est ensuite saisi par la secrétaire, qui en remet un exemplaire au patient avant sa sortie et en poste un second exemplaire à l'intention du médecin traitant, qui le reçoit donc environ deux jours plus tard.

Le partenariat avec les médecins de ville sur la chirurgie ambulatoire peut inclure la dévolution des consultations de suivi post-opératoire. C'est déjà le cas en ophtalmologie, où un accord existe avec trois ophtalmologues libéraux, qui prennent en charge le suivi post-opératoire de leurs patients opérés au CHBA. Un tel accord décharge le service d'ophtalmologie d'un certain nombre de consultations post-opératoires et garantit par ailleurs l'adressage au CHBA de la patientèle de ces praticiens.

A la faveur de la réunion régionale sur la chirurgie ambulatoire organisée à Vannes en octobre 2009 par l'ARH, en coopération avec l'Assurance maladie, le Dr Demoulin a été amené à proposer deux actions destinées à renforcer les liens du CHBA avec la médecine de ville. Il s'agit en premier lieu d'utiliser la messagerie sécurisée pour l'envoi immédiat des comptes-rendus opératoires. Une expérimentation en ce sens avec quelques médecins libéraux volontaires devrait commencer sous peu. Il s'agirait d'autre part d'ouvrir le bloc ambulatoire, en fin d'après-midi à certains professionnels de ville (phlébologues, dermatologues, neurologues...) ayant besoin d'un environnement sécurisé pour la réalisation de petits actes chirurgicaux.

3.3.2 Vers les IDE libéraux

La continuité des soins en post-opératoire implique également qu'un partenariat étroit soit noué avec les IDE libéraux. C'est même une condition *sine qua non* pour permettre le transfert en ambulatoire d'actes de plus en plus complexes nécessitant un relais infirmier spécifique à domicile. Or, la situation actuelle se caractérise par un déficit de confiance de certains praticiens envers les infirmiers de ville. « *On ne pose pas de Redons*, explique ainsi un chirurgien, *car la continuité des soins infirmiers n'est pas assurée. Les infirmiers libéraux ne sont pas formés, certains ont même du mal à enlever des fils, et ils prennent parfois l'initiative de changer les prescriptions* ». Pour faire disparaître cette défiance, des projets ont là aussi germé au CHBA. A l'occasion d'une soirée « portes ouvertes » organisée à l'ACA le 3 avril 2009, à laquelle furent conviés l'ensemble des médecins et infirmiers libéraux de la région de Vannes et d'Auray, la cadre du service d'ACA formula en effet plusieurs propositions à l'intention des IDE libéraux. Il s'agirait de les initier à la chirurgie ambulatoire, par des visites du bloc et des stages de comparaisons, et de les former à des actes techniques peu pratiqués actuellement par ces infirmiers, comme le suivi et l'ablation des Redons et la gestion des cathéters péri-nerveux. Une vingtaine d'infirmiers désireux de s'investir dans ces soins plus techniques une base partenariale

avec le CHBA signalèrent alors leur intérêt. Le projet n'a toutefois pas encore été mis en œuvre.

AU CHBA comme ailleurs, la chirurgie ambulatoire possède donc la vertu d'aider à repousser les limites de l'hôpital : limites géographiques, par l'ouverture vers la ville, limites mentales, par l'incitation à abandonner un modèle culturel dépassé et limites organisationnelles, par la promotion de l'organisation comme facteur majeur de qualité et de sécurité des soins.

4 Des défis à relever pour accroître encore la performance de l'ACA

La décision prise par la direction du CHBA de donner toute sa chance à la chirurgie ambulatoire en lui conférant la possibilité de se développer au sein d'une structure dédiée dotée d'un bloc et d'une unité entièrement neufs révèle une vision particulièrement affûtée de l'enjeu que représente la chirurgie ambulatoire dans la pérennisation de l'activité chirurgicale de l'établissement. Près de deux ans après l'ouverture de l'ACA et dix ans après la création de la première unité d'ambulatoire, il importe désormais de pousser à son terme cette démarche, en surmontant les freins et difficultés qui ont pu persister ou surgir et en se donnant les moyens d'exploiter toutes les marges d'optimisation et de développement de l'ambulatoire.

4.1 Faire évoluer le management de l'ACA dans une perspective de régulation efficiente de l'activité

La conversion des opérateurs à la chirurgie ambulatoire relève selon la MEAH « *d'une démarche entrepreneuriale* ». Elle nécessite à ce titre un accompagnement fort par des porteurs de projet identifiés et légitimes. L'accompagnement au changement mis en place au CHBA, fondé sur la volonté de laisser les praticiens adhérer progressivement à l'ambulatoire, a réussi son pari en amenant au bloc ambulatoire la quasi-totalité des chirurgiens. Cette étape, certainement la plus difficile, étant acquise, il pourrait être envisagé de faire évoluer le management de l'ambulatoire afin de favoriser une plus grande régulation de l'activité.

4.1.1 La persistance de freins au développement de l'ambulatoire

A) La résistance au changement de certains opérateurs

Alors que la création de l'ACA devait amener les chirurgiens à reconnaître la spécificité de l'ambulatoire et notamment la nécessité de lui consacrer un circuit séparé du circuit de chirurgie conventionnelle, on constate que l'ambulatoire n'est pas toujours reconnu et mis en œuvre pour lui-même. Une certaine méconnaissance du concept organisationnel transparaît en effet chez quelques opérateurs, pour qui la chirurgie ambulatoire demeure assimilable à de « petits actes » pouvant être utilisés comme variable d'ajustement d'un

programme de chirurgie classique. Le patient n'apparaît par ailleurs pas toujours au centre du discours. La chirurgie ambulatoire n'est donc pas encore tout à fait devenue dans l'esprit de l'ensemble du corps médical « *ce changement irréversible dans la manière de faire les choses* » que cite Joseph Schumpeter.

- B) Le constat d'une moindre utilisation de l'ACA et de la résurgence ponctuelle d'un ambulatoire forain

L'ouverture de la structure intégrée d'ACA a contribué à une augmentation significative du nombre de prises en charge en chirurgie ambulatoire (+ 13,7 % de séjours entre 2008 et 2009). Toutefois, on constate en 2010 un certain tassement de l'activité, avec une baisse des séjours de 5,7 % sur le premier semestre par rapport à la même période en 2009.

Or, l'examen des programmations du bloc ambulatoire révèle un moindre remplissage de certaines vacations, parfois en partie utilisées pour la réalisation de petits gestes externes sous anesthésie locale.

La résurgence d'un ambulatoire forain (patients opérés au bloc conventionnel et hospitalisés sur la journée dans le service de spécialité chirurgicale, avec sortie le soir même) a également été révélée au cours de la période estivale, la raison invoquée étant une difficulté à programmer dans deux blocs différents alors que certaines vacations sont supprimées sur cette période.

4.1.2 Faire évoluer le management de l'ACA vers davantage de régulation

Face à cette situation, une évolution du management de l'ACA vers davantage de régulation peut être préconisée.

La gestion actuelle de la chirurgie ambulatoire au CHBA présente en effet quelques caractéristiques sans doute perfectibles. Tout d'abord, le management de l'ACA dissocie l'encadrement de l'unité d'ambulatoire et celui du bloc ambulatoire, commun aux deux blocs opératoires³⁸, le seul point de jonction entre les deux équipes managériales étant le staff de programmation du jeudi matin. Cette distance peut engendrer une appréciation des enjeux de l'ambulatoire un peu différente, la priorité étant d'un côté que le bloc « tourne », et de l'autre que l'unité d'ACA soit remplie.

D'autre part, la cellule de supervision des blocs opératoires³⁹, qui est la seule instance de programmation reconnue dans le règlement intérieur des blocs⁴⁰ et qui se réunit le jeudi

³⁸ La gestion des blocs est assumée par la chef de bloc et deux cadres de santé, IBODE et IADE.

³⁹ Elle comprend la chef de bloc, les cadres du bloc, la secrétaire du bloc conventionnel, un chirurgien et un anesthésiste

après-midi afin d'examiner l'ensemble des interventions programmées dans les deux blocs, n'est pas officiellement investie d'une mission de régulation de l'ambulatoire qui pourrait consister à veiller au respect de la programmation en ambulatoire des interventions susceptibles d'en bénéficier.

En conséquence, les praticiens disposent d'une grande liberté pour programmer soit en ambulatoire, soit en conventionnel, dans l'espace de vacation qui est attribué à leur spécialité. Si une vacation apparaît trop peu remplie, le règlement intérieur des blocs prévoit que *« les vacations non remplies lors de la validation du programme hebdomadaire seront récupérées par le bloc et redistribuées suivant les besoins des autres spécialités par la cellule de supervision »*, ce qui, en pratique, est difficilement applicable, faute d'une anticipation suffisante, puisque la cellule de supervision se réunit le jeudi après-midi pour l'examen du programme de la semaine suivante.

Le modèle de régulation institué par le Centre hospitalier intercommunal de Créteil pourrait fournir une source d'inspiration. Edouard Douheret, qui décrit ce modèle dans son mémoire⁴¹ de l'EHESP, explique que le cadre infirmier de l'unité de chirurgie ambulatoire, de concert avec le cadre supérieur de chirurgie, *« connaît les plannings des chirurgiens et les appelle fréquemment pour leur signaler des profils de patients d'hospitalisation conventionnelle qui pourraient être pris en charge en ambulatoire. Cela permet de remplir les plages non occupées, en pratique parfois une semaine avant la date de l'opération »*. Le cadre de l'unité est donc doté d'un pouvoir d'interpellation des praticiens, à partir d'une vision panoramique de l'ensemble de la programmation chirurgicale. C'est également lui qui gère la réallocation des vacations d'ambulatoire restées vierges de programmation deux semaines avant.

Le modèle envisagé par la chef de bloc du CHBA, nommée en avril 2010, retient quelques grands traits de cet exemple. Il s'agirait d'officialiser le staff qui se tient chaque jeudi matin entre la cadre de l'unité d'ACA, les cadres du bloc, l'infirmière coordinatrice de l'ACA, la secrétaire des blocs et elle-même, afin d'en faire une vraie cellule de supervision de l'ambulatoire chargée d'analyser la programmation et de renvoyer de l'information aux opérateurs. Cette cellule pourrait repérer avec une anticipation de deux à trois semaines les vacations risquant de ne pas être saturées et prendre l'initiative de les proposer à d'autres opérateurs. Elle pourrait également alerter sur un taux de remplissage insuffisant de l'unité d'ACA. Afin de pouvoir en toute légitimité interpellier les opérateurs sur la nature des interventions programmées dans l'un ou l'autre bloc, elle devra s'appuyer sur une

⁴⁰ Ce règlement intérieur des blocs a fait l'objet d'un travail important lors du chantier MEAH de 2007-2008, qui a par ailleurs permis de valider l'installation d'instances de pilotage du bloc (chef de bloc, conseil de bloc, commission des utilisateurs, cellule de supervision et coordonnateur médical)

⁴¹ Edouard DOUHERET, *La chirurgie ambulatoire au CHI : projet stratégique et stratégie de projet*, EHESP, 2008.

autorité médicale spécialement désignée. Cette fonction peut notamment être confiée à un médecin anesthésiste, car cette catégorie de professionnels a une connaissance de l'ensemble des spécialités et possède une excellente maîtrise des critères d'éligibilité à l'ambulatoire. Les anesthésistes sont par ailleurs déjà amenés à exercer au CHBA une fonction de régulation, puisqu'ils remplissent le rôle de coordonnateur médical du bloc, chargé de prioriser les interventions dans les cas d'urgence.

Au-delà de cette nécessaire formalisation d'instances de régulation, il semble également important de responsabiliser les opérateurs en leur faisant collectivement retour d'un certain nombre d'indicateurs, en particulier le taux de remplissage de chaque vacation.

4.2 Gérer l'intégration de non ambulatoire en ambulatoire

L'utilisation du bloc ACA pour des patients non pris en charge en ambulatoire a été institutionnellement prévue, puisque l'ouverture de la structure d'ACA s'est accompagnée de la décision que toutes les endoscopies sous anesthésie générale, pour les patients d'ambulatoire comme pour les patients en hospitalisation complète, se dérouleraient au bloc ambulatoire. L'objectif était de développer et de sécuriser l'activité d'endoscopie sous anesthésie générale, auparavant réalisée dans des conditions non optimales dans une salle du service de radiologie, et de créer un plateau unique de décontamination des endoscopes. Des vacations, actuellement au nombre de 8, furent donc réservées à cette activité. En contrepartie, les gastro-entérologues se sont engagés à augmenter progressivement l'hébergement en ACA de patients devant subir une endoscopie. Or, ce transfert vers l'ambulatoire des patients hospitalisés tend à se faire moins rapidement que prévu, le ratio de patients non hébergés dans l'unité d'ACA diminuant même statistiquement (de 69,5 % en 2009 à 64 % sur le premier semestre 2010).

La décision de privilégier l'unité de lieu en ACA a également été prise pour la pose de sites. Or, cette activité concerne un grand nombre de patients hospitalisés hors ACA (59 % au premier semestre 2010).

Le recours au bloc ACA pour des patients non ambulatoires crée deux types de difficultés. Tout d'abord, sur le plan financier, ce recours contribue à pénaliser la structure ACA, qui se trouve en 2009 déficitaire. De fait, l'utilisation par une spécialité du bloc ACA seul, avec hébergement dans un autre service que l'unité d'ambulatoire, prive l'ACA du versement du GHS correspondant, attribué à l'unité d'hospitalisation du patient. La structure d'ACA perçoit alors une rémunération plus faible, composée du tarif de l'acte selon la nomenclature CCAM et du paiement de frais d'utilisation du bloc.

D'autre part, l'utilisation du bloc ACA pour des patients en provenance d'autres services peut amoindrir la qualité de prise en charge censée caractériser l'ambulatoire. En effet, la nécessité de faire venir ces patients de services d'hospitalisation parfois très éloignés du plateau technique⁴² fait que le circuit court de l'ACA, où le patient peut être transféré au bloc en quelques minutes, n'est pas respecté. Le patient peut être amené avec retard, ce qui perturbe le déroulement de la programmation opératoire. L'attente des ambulances pour le retour vers les services crée également une « accumulation » de patients en SSPI, parfois jusqu'en début d'après-midi. Par ailleurs, le bloc ACA ayant été conçu avec une seule entrée, par l'unité du même nom, tous les malades en provenance des services doivent traverser cette unité, alors que les flux de patients hospitalisés en mode traditionnel et en mode ambulatoire ne sont pas censés se croiser⁴³. Les principes gouvernant la chirurgie ambulatoire, à savoir la réduction des croisements de patients, la suppression du « stockage » et de l'attente de ces mêmes patients et, plus largement, la gestion performante des flux et le respect pointilleux des horaires sont donc susceptibles d'être quelque peu compromis.

La construction d'un nouveau bâtiment de médecine, qui rassemblera autour du plateau technique l'ensemble des services d'hospitalisation aujourd'hui dispersés, devrait améliorer cette situation.

Il conviendrait toutefois d'envisager dès maintenant quelques mesures, au premier chef desquelles le rappel de l'engagement pris par les gastro-entérologues d'investiguer au bloc ambulatoire une proportion croissante de patients hébergés en ACA. L'activité de pose de site peut également donner lieu à l'édiction de règles. La pose de site au bloc ACA pour un patient hospitalisé en hôpital de jour d'oncologie n'est en particulier pas souhaitable, l'unité d'ACA se prêtant particulièrement bien à la prise en charge de patients cancéreux (accueil individualisé, partenariat avec Onco Vannes pour l'intervention d'un psychologue).

Par ailleurs, un moyen efficace de gérer les risques de désorganisation engendrés par la programmation de patients de services d'hospitalisation complète sur les vacations d'endoscopie serait de spécialiser ces vacations, qui intègrent aujourd'hui de manière indifférenciée des patients hospitalisés, des patients d'ambulatoires *stricto sensu* et des patients pris en charge en urgence. Il en résulterait une plus grande lisibilité et un moindre risque de « pollution » du flux ambulatoire par le flux de patients hospitalisés.

⁴² L'hôpital de Vannes a été construit selon une logique pavillonnaire, avec des bâtiments dispersés. De nombreux services, dont celui de gastro-entérologie, nécessitent un transport ambulancier pour acheminer les patients vers le plateau technique.

⁴³ Cf. recommandation de l'*Abécédaire chirurgie ambulatoire : ce qu'il faut savoir... ce qui fait débat...*, CNAMTS-Ministère de la santé, édition janvier 2009

4.3 Optimiser et développer l'ACA

« L'avenir de la chirurgie publique passe par le développement de la chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'un constat, pas d'une prophétie. Si les établissements ne font pas d'ambulatoire, ils perdent des parts de marché. Alors que ceux qui en font, en gagnent », déclare le Dr Jean-Patrick Sales⁴⁴. Engagé dans une dynamique de développement de l'ambulatoire depuis 10 ans, le CHBA ne peut que confirmer la vérité de cette assertion, la progression de l'activité d'ambulatoire s'étant accompagnée de gains constants de parts de marché face au privé. En 2009, l'établissement totalisait ainsi 31,8 % des parts de marché chirurgical de son aire d'attractivité, contre 30 % en 2008⁴⁵. La clinique Océane enregistrait quant à elle une perte de près de 2 % de parts de marché, de 46 % en 2008 à 44,1 % en 2009.

Les conditions sont donc particulièrement propices à la recherche d'une optimisation et d'un développement encore plus poussés de la chirurgie ambulatoire, destinée à constituer la bannière de l'excellence et de la performance des équipes.

4.3.1 Optimiser l'activité ambulatoire

Plusieurs pistes peuvent être explorées afin d'optimiser l'activité de l'ACA .

A) Repérer le potentiel d'ambulatoire interne et fixer des objectifs

Le degré de réalisation en ambulatoire des 18 gestes marqueurs fait l'objet d'un suivi précis par la Cellule d'analyse de gestion (CAG) du CHBA, conformément au projet d'avenant élaboré avec l'ARH⁴⁶. En revanche, le reste du potentiel ambulatoire interne, à savoir les séjours de chirurgie de courte durée (moins de 48 heures et moins de 72 heures), n'est pas connu à ce jour, même si une étude en ce sens a été récemment commanditée à la CAG . Or, on peut supposer qu'une partie au moins de ces séjours serait éligible à l'ambulatoire, par exemple, quand le patient entre la veille de l'intervention, ce qui, les chirurgiens le reconnaissent, relève parfois d'une pure commodité pour le service. L'activité foraine résiduelle mériterait également d'être statistiquement répertoriée et précisément analysée.

⁴⁴ Congrès 2007 SNCH, « La chirurgie publique peut-elle rebondir ? », *Le nouvel hospitalier*, n°80, avril-mai 2007, pp. 25-30

⁴⁵ Chiffres BDHF

⁴⁶ Cf. *supra*

Le repérage précis des gisements d'ambulatoire pourrait conduire à la fixation d'objectifs d'évolution de l'activité ambulatoire par spécialité, objectifs qui n'existent pas à ce jour. Ces objectifs pourraient être contractualisés avec les praticiens de chaque spécialité, qu'ils contribueraient à responsabiliser sur leur potentiel de développement de l'ambulatoire.

B) Mettre en place une gestion anticipée et régulée de la programmation

Le logiciel Blocqual, installé au CHBA en avril 2009, présente selon Caroline Ragot l'intérêt d'offrir une vraie visibilité sur la programmation des blocs à plusieurs semaines de distance. Il pourrait ainsi être utilisé par la cellule de programmation du bloc ACA, dès son officialisation, pour examiner de manière anticipée le remplissage des vacations, produire de l'information à l'intention des praticiens et décider éventuellement de la réallocation ponctuelle d'une vacation. Le constat de la sous-utilisation chronique d'une vacation pourrait également conduire la cellule à proposer une révision de son attribution permanente.

C) Mettre en ACA les actes qui en relèvent naturellement

Certains actes relevant typiquement d'une prise en charge en ambulatoire sont actuellement réalisés au bloc conventionnel, avec hospitalisation d'une journée dans un service de spécialité. Il en va ainsi de la cardioversion et des extractions dentaires, faute pour ces dernières de vacation attribuée au bloc ACA à l'activité de stomatologie. Une réflexion est en cours pour lever ce blocage et devrait aboutir prochainement. En revanche, aucune avancée n'est en vue concernant les IVG, également réalisées au bloc conventionnel, au début de chaque vacation d'urgence.

D) Assouplir le fonctionnement de l'ACA en intégrant des actes semi-urgents

La chirurgie ambulatoire est, par définition, une chirurgie programmée chez un patient sélectionné. Elle apparaît donc *a priori* incompatible avec une prise en charge en urgence. Toutefois, dès 1990, les recommandations de bonne pratique sur l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire de la SFAR incluait la possibilité d'une prise en charge en urgence sous certaines conditions : « *d'une façon générale, il s'agit d'interventions programmées (...). Ces critères peuvent être élargis en fonction de l'expérience acquise, et notamment après évaluation des résultats, à certaines urgences simples (...). De telles*

extensions doivent faire l'objet d'un accord préalable entre opérateur et anesthésiste ». Au CHBA, l'intégration d'actes semi-urgents (fractures de nez, petits actes de traumatologie ou d'orthopédie) à la programmation du bloc ACA pourrait permettre de desserrer les contraintes liées au confinement des prises en charge sur deux blocs, particulièrement en période estivale et pour les orthopédistes, qui se trouvent alors monopolisés par les urgences, ce qui rend difficile leur présence au bloc ACA.

Certains actes urgents pourraient donc faire l'objet d'une programmation semi-différée au bloc ACA, sous réserve du respect de règles précises et impératives. Ces règles pourraient par exemple s'inspirer du modèle mis en place au CHIC de Quimper, qui prévoit que :

- la possibilité d'accueil à l'unité d'ACA doit exister
- le cadre de l'unité fournit chaque soir au service des urgences le nombre de lits disponibles le lendemain et les jours suivants
- les urgences s'engagent à informer le patient sur les modalités de l'ambulatoire et à lui délivrer l'ensemble des instructions nécessaires
- elles se chargent également de transmettre le dossier à l'unité d'ambulatoire.

Au CHBA, l'intégration ponctuelle de certaines urgences (fractures de nez) est déjà effective, mais un travail reste à mener pour parvenir à étendre les indications et à formaliser un circuit précis et connu de tous.

E) Etendre la durée d'utilisation de la structure d'ACA

L'un des verrous à l'extension de l'activité d'ambulatoire, qui peut se révéler bloquant à moyen terme, est la faible amplitude d'utilisation journalière du bloc ambulatoire. Au CHBA, les vacations sous anesthésie générale s'arrêtent à 13h30 pour les cinq salles, tandis que seule une salle (deux le mercredi) accueille des anesthésies locales de 14h à 16h. Le potentiel théorique d'accueil du bloc n'est donc pas optimisé. Il serait en effet tout à fait possible de prolonger la durée des vacations sans remettre en cause la sortie du patient le soir. « *A la clinique de Cesson-Sévigné, rapporte ainsi le Dr Le Hétet, anesthésiste et coordonnateur de l'ambulatoire, la dernière sortie de salle s'effectue à 16h30. Le patient n'en quitte pas moins la structure à 19h30* ». La fermeture d'une partie du bloc ACA pendant les mois d'été (ouverture de 3 vacations chaque matin au lieu de 5 le restant de l'année) s'avère également pénalisante à la fois pour l'activité et pour la motivation des praticiens, cette réduction du nombre de vacations étant invoquée par certains chirurgiens pour expliquer le retour à des pratiques d'ambulatoire forain durant cette période.

La condition *sine qua non* d'une extension de la durée d'utilisation du bloc ACA est toutefois l'étoffement de l'équipe d'anesthésistes, actuellement composée de 16 médecins. Deux postes créés à l'occasion de l'ouverture de l'ACA restent en effet non pourvus.

La réflexion en germe au niveau national sur de possibles transferts de compétences des anesthésistes vers les IADE et les chirurgiens pourrait contribuer à débloquer quelque peu cette situation. *L'Abécédaire de la chirurgie ambulatoire* se fait l'écho de cette réflexion du point de vue de la chirurgie ambulatoire dans les termes suivants : « *le lien entre l'acte anesthésique et la présence de l'anesthésiste dans la salle d'opération est probablement excessif chez un sujet sain dans le cadre de certaines interventions, telles la cataracte sous topique, le canal carpien sous bloc médian ou l'ablation d'une tumeur sous anesthésie locale sous cutanée. Les disparités importantes de répartition des anesthésistes tant au niveau du territoire qu'entre le secteur public et privé ne permettent plus de figer une compétence qui serait plus utile qu'ailleurs* »⁴⁷.

E) Inciter à l'ambulatoire par la limitation des marges en conventionnel

« *Jusqu'à présent, hôpitaux et cliniques ont augmenté les places de chirurgie ambulatoire sans réduire le nombre de lits en chirurgie, et ces places sont majoritairement sous-utilisées* »⁴⁸, déplore Gilles Bontemps. De fait, le maintien de possibilités importantes d'hospitalisation à temps complet ne peut que freiner le transfert par les praticiens de leur activité vers l'ambulatoire.

Le projet de réorganisation du pôle chirurgie en filières de prise en charge, même s'il préserve la capacité d'accueil initiale, contribuera sans aucun doute à faire avancer la réflexion, car il entérine la disparition des services de spécialité et incite clairement à faire de l'optimisation des durées de prise en charge une priorité.

La réflexion récemment amorcée sur la rénovation du bloc conventionnel devra par ailleurs prendre en compte la prévision d'un transfert croissant d'actes en ambulatoire, afin d'aboutir à un juste dimensionnement du secteur opératoire de ce bloc.

4.3.2 Développer la performance et l'excellence en ACA et par l'ACA

La chirurgie ambulatoire vise par essence à produire de l'excellence. La nécessité d'autoriser la sortie du patient le soir même d'une intervention qui peut être lourde

⁴⁷ Guy BAZIN, Gilles BONTEMPS, Corinne DAVER *et alii*, *Abécédaire chirurgie ambulatoire : ce qu'il faut savoir... ce qui fait débat...*, CNAMTS-Ministère de la santé, édition janvier 2009

⁴⁸ Gilles BONTEMPS, « Vers une disparition programmée de la chirurgie publique ? », *Journal d'économie médicale*, n°3-4, mai-juillet 2005, pp. 215-221

commande en effet une exigence de perfection, ou tout du moins de recherche d'un *optimum* de prise en charge. Si l'acte est le même qu'en chirurgie classique, la chirurgie ambulatoire nécessite d'aller plus loin dans l'anticipation et la maîtrise de la douleur et des nausées et vomissements post-opératoires et dans la meilleure insertion des acteurs médicaux et soignants de ville. En ce sens, elle a vocation à jouer un rôle d'aiguillon pour les équipes médicales, invitées à repousser sans cesse les limites de leur art pour améliorer la prise en charge des patients et oser le transfert d'actes de plus en plus complexes.

A) Par la réalisation d'actes de haute technicité

La réalisation d'actes de haute technicité constitue l'un des leviers pour promouvoir l'image de la chirurgie ambulatoire, auprès des praticiens comme du public, comme une véritable chirurgie qualifiée et performante, et non une chirurgie de petits gestes.

On l'a souligné, les équipes du CHBA sont déjà engagées dans cet enjeu de dépassement des limites de l'ambulatoire, un certain nombre d'actes lourds ou techniques étant réalisés sous cette modalité, parfois de manière très novatrice, en particulier en gynécologie, en ORL et en chirurgie digestive. Cette caractéristique constitue selon le Dr Demoulin un élément important de valorisation de l'activité ambulatoire du CHBA en regard de l'activité pratiquée par la clinique Océane, composée essentiellement de gestes légers.

Ce mouvement de bascule en ambulatoire d'interventions complexes mériterait donc d'être poursuivi et approfondi. C'est ce que suggère *l'Abécédaire de la chirurgie ambulatoire*⁴⁹, qui témoigne de ce que « *des indications qui pouvaient paraître incompatibles avec la prise en charge en ambulatoire (cholécystectomie sous coelioscopie, thyroïdectomie, traitement chirurgical du reflux gastro-oesophagien, hernie discale, chirurgie de la rétine...)* se pratiquent aujourd'hui dans les meilleures conditions au sein d'équipes confirmées qui ont su maîtriser parfaitement tous les effets secondaires inhérents à ce type d'intervention ». C'est également l'ambition clairement affichée par le groupe de travail régional sur la chirurgie ambulatoire piloté par Gilles Cuvelier, qui a amorcé un travail d'identification dans chaque spécialité des gestes de haute technicité dont le transfert en ambulatoire serait envisageable⁵⁰.

⁴⁹ *Op. cit.*

⁵⁰ Sont notamment cités la cure d'hallux valgus et la chirurgie ligamentaire (orthopédie), la cholécystectomie sous coelioscopie (digestif), les bandelettes sous-urétrales et cures de prolapsus par voie basse (gynécologie), la lobectomie thyroïdienne et la parathyroïdectomie (ORL).

B) Par la coordination entre les acteurs médicaux

Plus que n'importe quel processus à l'hôpital, la chirurgie ambulatoire exige que les acteurs médicaux travaillent ensemble pour définir et imposer les meilleures pratiques. Ce travail en commun s'avère indispensable quand il s'agit de transférer en ambulatoire des gestes lourds nécessitant la mise en place de protocoles systématiques (anti-douleur, anti-vomissements) en préalable à la sortie du patient.

En anesthésie, la chirurgie ambulatoire a ainsi vocation à amener une réflexion collective sur des thématiques telles que la place de la prémédication, l'anticipation de l'analgésie post-opératoire⁵¹ ou encore l'anticipation des sorties afin de parvenir à la durée de séjour la plus courte possible sans risque pour le patient.

Une concertation entre les praticiens d'une même spécialité sur les actes susceptibles être pris en charge en ambulatoire est par ailleurs utile pour homogénéiser les pratiques d'ambulatoire. Enfin, une discussion systématique entre chirurgiens et anesthésistes, préalablement au basculement d'un nouveau geste en ambulatoire, permet de définir une stratégie de gestion performante des effets secondaires probables de l'intervention, notamment sur le plan de la douleur.

C) Par un partenariat plus étroit avec la ville

L'une des conditions unanimement reconnue pour parvenir à optimiser la prise en charge ambulatoire des patients et réussir le transfert d'interventions de plus en plus complexes est l'engagement dans un véritable partenariat avec la ville.

Une coopération avec les IDE libéraux permettrait notamment de progresser dans la gestion de la douleur post-opératoire, qui constitue le principal obstacle à la réalisation en ambulatoire de nombreux actes. Un praticien le reconnaît implicitement quand il indique que ses tentatives de transférer certains gestes se sont heurtées à un double problème d'analgésie et de drainage nécessitant des soins infirmiers spécialisés à domicile. La prise en charge par des IDE libéraux spécialement formés de dispositifs d'analgésie à domicile, par cathéter péri-nerveux⁵², est notamment l'une des voies de progrès. Cette

⁵¹ Cf. Recommandations formalisées d'expert sur la prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire (SFAR) : « *Il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie* »

⁵² « *Il s'agit d'un cathéter souple comparable au cathéter utilisé en analgésie péridurale pour le travail obstétrical. Il est positionné au contact ou le plus proche possible d'une structure nerveuse, et va permettre l'infusion continue d'une solution d'anesthésique local afin d'entretenir un bloc* »
Céline DESCAMPS - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

technique autorise en effet la réalisation en ambulatoire d'actes de chirurgie orthopédique réputés douloureux (*hallux valgus*, chirurgie de l'épaule...). Le plan régional de développement de la chirurgie ambulatoire en Bretagne inclut précisément dans ses objectifs la promotion de l'analgésie péri-nerveuse, qui doit passer par la formalisation de liens entre les unités d'ambulatoire et des prestataires de soins chargés notamment du recrutement et de la formation des IDE, ainsi que de l'organisation d'une permanence téléphonique. Un travail a ainsi été mené par le groupe de travail régional pour définir un « kit prêt à l'emploi » d'analgésie péri-nerveuse qui sera mis à disposition des établissements afin de les aider dans cette démarche.

Un tel projet de recours aux cathéters péri-nerveux en ambulatoire, en lien avec un prestataire de soins infirmiers, est actuellement mûri par un membre de l'équipe d'anesthésie du CHBA, projet dont la concrétisation représenterait une avancée encourageante pour l'établissement.

Un moyen d'accompagner en toute sûreté le transfert en ambulatoire de nouvelles indications serait également de nouer des relations plus étroites avec les médecins de ville. Le modèle mis en place par le Dr Hubert Le Hétêt à la clinique de Cesson-Sévigné, avec le soutien de l'URML Bretagne et de l'URCAM, pourrait ici servir de source d'inspiration⁵³. La volonté de favoriser l'amélioration continue de la qualité des soins et de la gestion des risques a en effet conduit à la création à partir de 2005 d'un véritable réseau de coordination des soins entre la clinique et 550 médecins généralistes correspondants. Différents outils de coordination ont été élaborés dans le cadre de ce réseau :

- un dossier de liaison ambulatoire pour permettre la continuité de l'information tant en interne à l'établissement qu'entre la clinique et la ville
- une fiche relative à chaque type d'intervention (indication, modalités de réalisation, suites habituelles, risques et complications, conduite à tenir en cas de survenue d'une complication), comportant deux rédactions différentes selon qu'elle s'adresse au patient (à qui elle est remise lors de la consultation de pré-anesthésie) ou au médecin (à qui elle est transmise dès la pose de l'indication)
- un numéro de téléphone unique à disposition des médecins généralistes pour pouvoir joindre aisément un référent ambulatoire sur la clinique
- des fiches d'évaluation à remplir par le patient et par le médecin généraliste au cours d'une consultation réalisée à J+1 et programmée dès la fixation de la date d'intervention

périphérique sensitif continu dans une zone bien systématisée » (Annabelle Dovergne-Millet, thèse de doctorat en médecine, 2010)

⁵³ cf. Hubert Le Hétêt, *Amélioration de la qualité et de la gestion des risques en ambulatoire*, Mémoire de mastère spécialisé en management médical, ESCP-EAP, 2006

- une cellule de vigilance, composée de praticiens de la clinique et de médecins généralistes, qui analyse les retours des fiches d'évaluation

La consultation à J+1 par le médecin généraliste, ciblée sur certaines interventions à risque de douleur (amygdales chez les enfants, varices, hernies inguinales), se révèle notamment précieuse pour surveiller les complications, rassurer le patient, adapter les prescriptions d'antalgiques et rappeler les consignes.

Sans nécessairement aller jusqu'à une construction aussi importante que l'initiative décrite ci-dessus, la formalisation de liens avec les médecins libéraux permettrait aux équipes du CHBA de porter encore plus loin leurs ambitions de développement de la chirurgie ambulatoire. Une telle coopération contribuerait aussi de manière décisive à promouvoir le CHBA auprès des libéraux comme l'établissement d'excellence en chirurgie ambulatoire sur le bassin vannetais.

Conclusion

Véritable laboratoire de nouvelles organisations et de nouveaux comportements, la chirurgie ambulatoire est incontestablement un moteur de transformation à l'hôpital.

L'ouverture de la structure d'ACA en 2009, presque dix ans après celle de la première unité d'ambulatoire, démontre l'importance stratégique accordée par la direction du CHBA à ce levier de qualité et d'efficience qu'est l'ambulatoire, unanimement reconnu par les experts comme voué à constituer dans un futur proche le mode de réalisation de 80 % des actes chirurgicaux.

La chirurgie ambulatoire a acquis au CHBA une maturité certaine, dont témoigne la réalisation sous cette modalité d'actes de chirurgie lourde ou complexe. La progression constante de l'activité est également la preuve de sa vitalité. Enfin, la prochaine refonte du pôle chirurgie suivant une organisation en filières de prise en charge prouve la capacité de l'ambulatoire à inspirer une nouvelle vision de l'organisation hospitalière.

Le pari de l'ambulatoire semble donc aujourd'hui brillamment gagné. Il convient désormais de pousser à son terme la logique de l'ACA, en poursuivant la progression de l'activité et en soutenant les équipes dans la recherche constante de l'excellence.

.

Bibliographie

Textes officiels

Code de la santé publique, articles D 6124-301 à D 6124-305

Recommandations formalisées d'expert : prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire, SFAR 2009.

Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010, ARH Bretagne.

Ouvrage :

MEAH et Centre de gestion scientifique de l'Ecole des Mines, *L'organisation hospitalière. Approche et expériences*, Berger Levrault, 2008

Rapports :

Bilan des incitations au développement de la chirurgie ambulatoire, rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2010.

ANAES, *La chirurgie ambulatoire*, mai 1997

Guy BAZIN, Gilles BONTEMPS, Corinne DAVER *et alii*, *Abécédaire chirurgie ambulatoire : ce qu'il faut savoir... ce qui fait débat...*, CNAMTS-Ministère de la santé, édition janvier 2009

Annie FOUARD (en collaboration avec Gilles CUVELIER), *La chirurgie ambulatoire en Bretagne*, ARH Bretagne, janvier 2009

MEAH, *Organisation de la chirurgie ambulatoire. Développer l'activité, maîtriser les processus*, Berger-Levrault, 2007

MEAH, *Organisation et gestion des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques-Rapport de synthèse du chantier CH Bretagne atlantique*, Cabinet Ineum consulting, 2008

Céline DESCAMPS - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

PNIR (Programme national inter-régimes), *Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Freins et leviers*, septembre 2003

Mémoires :

Angélique BIZOUX, *Le développement de la chirurgie ambulatoire au CH d'Armentières : engagement stratégique et défis organisationnels pour un EPS référent de secteur*, Mémoire de l'ENSP, 2007

Edouard DOUHERET, *La chirurgie ambulatoire au CHIC : projet stratégique et stratégie de projet*, Mémoire de l'EHESP, 2008

Hubert LE HETËT, *Amélioration de la qualité et de la gestion des risques en ambulatoire*, Mémoire de mastère spécialisé en management médical, ESCP-EAP, 2006

Annabelle DOVERGNE-MILLET, *Analgésie loco-régionale par cathéter péri-nerveux sciatique poplitée après une chirurgie d'Hallux Valgus en ambulatoire : étude multicentrique de faisabilité à propos de 17 cas*, Thèse de doctorat en médecine, 2010

Articles :

Congrès 2007 SNCH, « La chirurgie publique peut-elle rebondir ? », *Le nouvel hospitalier*, n°80, avril-mai 2007, pp. 25-30

A. BONNET, J. ETIENNE, J. MANTZ, « Faut-il un circuit spécifique pour l'ambulatoire ? », Actes du 51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmiers. IADE, 2009.

Gilles BONTEMPS, « Vers une disparition programmée de la chirurgie publique ? », *Journal d'économie médicale*, n°3-4, mai-juillet 2005, pp. 215-221

Claude DE LATHOUWER, « Ambulatory surgery : an organisational and cultural revolution, a social and political change », *Ambulatory surgery*, n°7, 1999, pp. 183-186.

Cécile GRELOU, « Qualité et performance hospitalière, atouts de la chirurgie ambulatoire », *Revue hospitalière de France*, n°530, septembre-octobre 2009, pp.60-63

Catherine HOLUÉ, « La chirurgie ambulatoire a besoin de lits », *Le concours médical*, n°1, 15 janvier 2010, pp.4-6.

Sébastien RIPOCHE *et alii*, « Chirurgie ambulatoire : les actes infirmiers de prévention », *Objectif soins*, n°173, février 2009, pp. 35-37.

Conférence :

A . TAJAHMADY, « L'ANAP et la chirurgie ambulatoire », EHESP, 23 mars 2010.

Sites internet :

AFCA, www.chirambu.com

ANAP, www.anap.fr

IRDES, www.irdes.fr

MEAH, www.meah.sante.gouv.fr

HAS, www.has-sante.fr

SFAR, www.sfar.org

Liste des annexes

Annexe 1 : Code de la santé publique

Annexe 2 : Plan régional de développement de la chirurgie ambulatoire (2008-2009)

Annexe 3: Liste des entretiens réalisés

Annexe 4 : Grille d'entretien chirurgiens

Annexe 5 : Répartition des vacations au bloc ambulatoire

ANNEXE 1 : CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Section 3 : Structures de soins alternatives à l'hospitalisation

Article D6124-301

Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

Dans le respect des dispositions mentionnées au dernier alinéa de l'article D. 6124-302, ces structures peuvent recourir aux éléments du plateau technique d'un autre établissement de santé public ou privé.

Les unités précitées garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients.

Article D6124-302

Les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 6124-301 sont agencées et équipées de manière à assurer sur un même site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies :

- 1° L'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent ;
- 2° L'organisation, la préparation et la mise en oeuvre optimale des protocoles de soins ;
- 3° La surveillance et le repos nécessaires à chaque patient ;
- 4° La décontamination, le stockage et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au

transport des patients.

Au cours de la durée d'ouverture mentionnée à l'article D. 6124-301, les locaux affectés à chaque unité de soins qui compose la structure ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité.

La configuration architecturale et fonctionnelle de chaque structure et unité de soins garantit à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité, en comportant notamment des espaces spécifiques adaptés.

Les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication médicale éventuelle, et notamment les locaux, le matériel et les médicaments propres à y répondre, sont disponibles et utilisables sans délai.

Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire utilisent un secteur opératoire conforme à des caractéristiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Les structures ou les unités qui la composent comportent les équipements et agencements nécessaires à la préparation préalable du patient, y compris la consultation anesthésique. Elles disposent également d'une salle de repos et des autres moyens nécessaires à la préparation de la sortie du patient.

Article D6124-303

Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à [l'article D. 6124-301](#) sont appréciés par le directeur général de l'agence régionale de santé, au vu du dossier mentionné au 2° de [l'article R. 6122-32](#) en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées, de leurs caractéristiques techniques et de l'importance des risques encourus par les patients.

Pendant les heures d'ouverture mentionnées à l'article D. 6124-301, est requise, dans la structure, la présence minimale permanente :

1° D'un médecin qualifié ;

2° D'un infirmier ou d'une infirmière ou, pour les soins de suite et de réadaptation, d'un masseur-kinésithérapeute, quelle que soit la capacité autorisée de la structure, et à tout le moins d'un infirmier ou d'une infirmière ou, le cas échéant, d'un masseur-kinésithérapeute pour cinq patients présents ;

3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et de deux infirmiers ou infirmières supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

Article D6124-304

Les structures de soins mentionnées à l'article D. 6124-301 sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.

Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après sortie.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, lorsque la structure de soins pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

Article D6124-305

Un règlement intérieur propre à chaque structure de soins mentionnée à l'article D. 6124-301 précise notamment :

- 1° Les principes généraux de son fonctionnement médical ;
- 2° La qualification du médecin coordonnateur ;
- 3° L'organisation générale des présences et permanences des personnels mentionnés à l'article D. 6124-303 ;
- 4° Les modalités de mise en oeuvre des dispositions de l'article D. 6124-304 ;

5° Les modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux en application des dispositions des articles R. 1112-1 à R. 1112-9.

ANNEXE 2 : PLAN REGIONAL DE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE (2008-2009)

**PLAN REGIONAL ACTION CHIRURGIE
AMBULATOIRE**

2008 – 2009

Action	Objectifs	Acteur	Cibles	Outils	Fait	Echéances	Avis instances	Indicateurs	Bilan 01-2010
Mise en place du dispositif	Lettre de mission, équipe projet, Avis COMEX	ARH AM	Etablissements de santé, prescripteurs et usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Principes de la démarche - Calendrier prévisionnel - Plan action - Questionnaire Médecine de ville - Autodiagnostic ES - Etude chirurgie ambulatoire - Contractualisation - Plan communication 	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	01/04/2008 01/09/2008 01/12/2008 01/10/2008 01/06/2008 01/12/2008 30/06/2009 15/12/2008	<input checked="" type="checkbox"/>	Calendrier prévisionnel Plan action Rapport d'étude Plan communication Présentation de la démarche	Réalisé
Réunion information action	<ul style="list-style-type: none"> - Inciter les médecins à proposer ce mode de prise en charge à leurs patients - Ancrer cette démarche dans leur pratique <i>Comment</i>	Chef de projet GC/AF Service Médical AM 1 ES public et 1 ES privé	Médecine de ville Médecins traitants et IDE	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire la chirurgie ambulatoire et la médecine de ville - CD la chirurgie ambulatoire Antoine Perrin s'adresse aux	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15/12/2008 01/09/2009		Nombre de réponses aux questionnaires Nombre de médecins présents par séance	En attente synthèse questionnaire 8 réunions organisées mais faible participation

Action	Objectifs	Acteur	Cibles	Outils	Fait	Echéance	Avis instances	Indicateurs	Bilan 01-2010
Communication	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir la chirurgie ambulatoire auprès du « grand public » <p><i>Comment</i> Expliquer les enjeux de la chirurgie ambulatoire</p> <p>Informer les patients sur les avantages de la chirurgie ambulatoire</p> <p>Lever les éventuelles craintes en répondant au mieux aux différentes interrogations</p>	AM	Les patients et le grand public	<ul style="list-style-type: none"> Posters Plaquettes patients Article de presse dans le supplément de Ouest France « Entre vous et nous » 	<input checked="" type="checkbox"/>	1 ^{er} trimestre 2009	<input type="checkbox"/>	Nombre de posters et de plaquettes diffusées par circonscription	Communication point faible +++
	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir 			En lien avec les associations des usagers		<ul style="list-style-type: none"> Dossier de presse Conférence de presse 		Non réalisé	

Action	Objectifs	Acteur	Cibles	Outils	Fait	Echéance	Avis instances	Indicateurs	Bilan 01-2010
Analyse du développement de la chirurgie ambulatoire	- Identifier les freins et leviers de la chirurgie ambulatoire	Chef de projet AF ARH Service Médical AM	Etablissements de santé, UCA, coordonnateurs UCA, chirurgiens et anesthésistes	- Autodiagnostic la chirurgie ambulatoire - Données PMSI MCO 2003 - 2007 - Indicateurs de performance hospitalière	<input checked="" type="checkbox"/>	15/12/2008	<input type="checkbox"/>	Rapport d'étude Synthèse Diffusion des résultats	Réalisé
Suivi de l'activité de chirurgie ambulatoire	- Analyser l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire	ARH Service Médical AM	Etablissements de santé	- Données PMSI - Indicateurs d'activité de chirurgie ambulatoire	<input type="checkbox"/>	31/12/2009	<input type="checkbox"/>	Bilan annuel	A finaliser ? Il nous manque l'indicateur taux global CA breton
Mise sous accord préalable	- Inciter la pratique de la chirurgie ambulatoire	AM	Etablissements de santé	- MSAP	<input type="checkbox"/> X		<input type="checkbox"/>	Evaluation MSAP	Réalisé pour 11 ES

Audit ciblé	<ul style="list-style-type: none"> Définir sur les bases d'un diagnostic partagé, les axes de progression en matière d'organisation et d'activité en chirurgie ambulatoire 	ARH Equipe projet Equipe de secteur	Etablissements de santé CHU Rennes et Brest	<ul style="list-style-type: none"> Visite sur site visite du circuit, présentation de la situation, restitution les faux freins, les points forts et faibles, les recommandations, phase contradictoire, suivi Fiche identité établissement chirurgie ambulatoire Indicateurs de performance hospitalière 	<input type="checkbox"/>	00/00/00 A rediscuter	<input type="checkbox"/>	Audit des 2 CHU	Revoir cet axe de travail Lancement d'une démarche de benchmark chir ambu ?
-------------	---	---	---	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------	--

Action	Objectifs	Acteur	Cibles	Outils	Fait	Echéance	Avis instances	Indicateurs	Bilan 01-2010
Contractualisation sur le développement de la chirurgie ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> Adapter l'offre de soins à la pratique de la chirurgie ambulatoire. 	ARH Equipe de territoire	Etablissements de santé, UCA Cf liste établissements	<ul style="list-style-type: none"> Fiche identité établissement chirurgie 	<input checked="" type="checkbox"/>	1 ^{er} trimestre 2009	<input type="checkbox"/>	Nombre	Avenant CPOM réalisé Mais une

	- Améliorer la maîtrise des processus organisationnels et de développer l'activité des unités.			ambulatoire			<input type="checkbox"/>	d'avenants au contrat signés au 30/06/2009	formation nécessaire pour son application
				- Avenant au contrat type (RAC)	<input checked="" type="checkbox"/>	30/06/2009		Nota : à fournir nombre d'avenants signés au 30/12/2009 indispensable	Auprès réseau ARH et ES
									pour le 4/3/10
Mise en place d'une messagerie sécurisée	- Améliorer la relation ville hôpital avec transmission en temps réel du CRO et des consignes post opératoires.	ARH URML	Etablissements de santé, UCA Médecine de ville	Plateforme Télésanté Bretagne	<input checked="" type="checkbox"/>	Démarrage au 30/09/2009	<input type="checkbox"/>	Nombre d'UCA utilisant la messagerie sécurisée	En cours de réalisation
								Nombre de médecins traitants utilisant la messagerie sécurisée ville hôpital	Allo gcs pour info niveau mis en œuvre FD
Appel à projets auprès de prestataire de service, biberon	- Favoriser le suivi post opératoire par la formation des IDE	Chef de projet GC + Frédéric	Etablissements de santé et médecine de	- Cahier des charges - Kit	<input checked="" type="checkbox"/>	4° trimestre 2009	<input type="checkbox"/>	Nombre de patients pris en charge grâce à	Mise en place pour deux établissements

naropéine	par un prestataire de service	Renault	ville	biberon				ce dispositif	(Quimper et Cesson). A déployer
Formation de la médecine libérale Infirmiers libéraux		URML CapRéseau	Médecine de ville		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		A réaliser

Action	Objectifs	Acteur	Cibles	Outils	Fait	Echéance	Avis instances	Indicateurs	Bilan 01-2010
Mise en place d'un comité régional des coordonnateurs d'UCA	<ul style="list-style-type: none"> Partager les expériences Valoriser les réussites Comparer les organisations et les performances Développer la démarche qualité, 	<p>Chef de projet GC</p> <p>ARH</p>	<p>Coordonnateurs UCA</p> <p>Cadre IDE UCA</p> <p>Président CME</p> <p>Directeur Etablissement</p> <p>Direction des soins infirmiers</p> <p>DIM</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ateliers thématiques sur flux-indicateurs qualité-bénéfice risques actes lourds-réseau ville hôpital Biberon naropeine dossier liaison, approche médico-économique Recommandations sfar 	<input type="checkbox"/>	30/06/2009	<input type="checkbox"/>	Bilan des travaux du comité	<p>Réalisé : 3 journées 12/06,/09 01/10/09 10/12/09</p> <p>Pour 2010, installation d'un</p>

	<p>l'évaluation des pratiques professionnelles</p> <p>– Mieux connaître les potentiels et l'activité de chirurgie ambulatoire de son établissement en mobilisant les données PMSI</p>			<p>– DIM chir ambu retour expériences (MEAH)</p>					<p>bureau émanation du collège pour mettre en œuvre, suivre et évaluer, faire évoluer ce plan d'action</p>
Promouvoir la	– Sensibiliser les	Chef de	IFSI	– Module de	<input checked="" type="checkbox"/>	10/09/2009	<input type="checkbox"/>		En cours

formation à la chirurgie ambulatoire dès la formation initiale auprès des IFSI IFAS et facultés de médecine.	acteurs professionnels de demain à la pratique de la chirurgie ambulatoire.	projet GC DRASS ARH	IFAS Faculté de médecine	formation initiale écrite avec AFCA		Livraison aux doyens module ficelé (contenu moyens pédagogiques listes des intervenants) Présentation geracfas mars 2010			de réalisation
--	---	---------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--	---	--	--	----------------

ANNEXE 3 : LISTE DES ENTRETIENS REALISES

Au CHBA :

M. le Dr Pierre-Yves DEMOULIN, chef du pôle chirurgie, chirurgien ORL, coordonnateur de l'ACA

Mme Christine PENHOUËT, cadre de l'unité de chirurgie et anesthésie ambulatoire

Mme le Dr Margaret MILAZZO, chirurgien en ophtalmologie, chef de service

Mme le Dr Monique LE MARECHAL, chirurgien en gynécologie

M. le Dr Didier RIO, chirurgien viscéral, président de la CME

M. le Dr Yves BOULVARD, chirurgien en orthopédie

M. le Dr Philippe LE ROUX, anesthésiste, chef de service

M. le Dr Denis FÊTU, anesthésiste

Mme le Dr Stéphane LE LIMOUZIN, médecin hygiéniste, chef du pôle prestataires

Mme Anne BRUNIN, cadre coordonnateur du pôle chirurgie

Mme Caroline RAGOT, chef de bloc

Mme Françoise VENTRE-GUERDER, cadre IADE

M. Gilles OLIVIER, cadre IBODE

Mme Sylviane BIZEUL, IDE coordinatrice du bloc ACA

Hors CHBA :

M. le Dr Gilles CUVELIER, chirurgien en urologie et coordonnateur de l'UCA au CHIC de Quimper, ex-chargé de mission régional pour le développement de la chirurgie ambulatoire en Bretagne

Mme Catherine GESTIN, infirmière coordinatrice de l'hôpital chirurgical de jour au CHIC de Quimper

M. le Dr Hubert LE HETËT, anesthésiste-réanimateur à la clinique de Cesson-Sévigné, coordonnateur de l'ambulatoire

ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN (CHIRURGIENS)

Sur l'historique de l'ACA :

- Quel est votre passé dans l'établissement ? Avez-vous été impliqué dans les projets successifs d'ACA ? Y étiez-vous favorable ? Quelles étaient vos principales craintes ?

Sur son niveau d'activité en ambulatoire :

- Quelle proportion de votre activité effectuez-vous en ACA ? quid des autres praticiens de votre service ?

- Quelle proportion d'interventions légères faites-vous vs interventions complexes ou plus lourdes ?

Sur sa représentation de la chirurgie ambulatoire :

- Que signifie pour vous la chirurgie ambulatoire par rapport à une chirurgie d'hospitalisation classique ? Quels en sont les atouts et les inconvénients ?

Sur l'organisation impliquée par l'ACA :

- Comment vous organisez-vous pour satisfaire aux exigences de l'ACA (programmation, respect des horaires, visite de sortie...) ? Est-ce une contrainte pour vous ?

Sur les changements de pratiques induits par l'ACA :

Est-ce que l'ambulatoire vous a amené à réviser vos pratiques ? à travailler davantage en collaboration avec les praticiens de votre spécialité et avec les anesthésistes ?

Sur le projet de filières chirurgicales :

En quoi la chirurgie ambulatoire inspire selon vous le projet de filières ? Y êtes-vous favorable ?

Sur les liens avec les acteurs de ville :

Pensez-vous qu'il faille renforcer la coordination avec les acteurs de soins de ville ? Comment ?

Sur l'évolution de sa pratique en ambulatoire :

Comment voyez-vous l'avenir de la chirurgie ambulatoire au CHBA ? Envisagez-vous de transférer davantage d'actes ? Est-ce facile ? Quels sont les pré-requis ?

ANNEXE 5 : REPARTITION DES VACATIONS PAR SPECIALITE AU BLOC AMBULATOIRE

LUNDI	Salle A	Salle B	Salle C	Salle D	Salle E
8h30-13-30	Ophtalmo	ORL	Endoscopies	Digestif	Ortho
14h-16h				Sites	

MARDI	Salle A	Salle B	Salle C	Salle D	Salle E
8h30-13-30	Digestif	Endoscopies	Endoscopies	Gynéco	Ortho
14h-16h			Sites		

MERCREDI	Salle A	Salle B	Salle C	Salle D	Salle E
8h30-13-30	Ophtalmo	ORL	Endoscopies	Gynéco	Ortho
14h-16h		Sites			Sites

JEUDI	Salle A	Salle B	Salle C	Salle D	Salle E
8h30-13-30	Digestif	Endoscopies	Endoscopies	Gynéco	Ortho
14h-16h		Sites			

VENDREDI	Salle A	Salle B	Salle C	Salle D	Salle E
8h30-13-30	Ophtalmo	Endoscopies	Endoscopies	ORL	Vasculaire
14h-16h		Sites			