



EHESP

EDH

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **décembre 2008**

**La chirurgie ambulatoire au CHIC :
projet stratégique et stratégie de projet**

Edouard Douhéret

Remerciements

Je tiens à remercier ma maître de stage, Mme Martine TOSTIVINT, qui m'a donné l'idée de ce mémoire lors de mon premier stage hospitalier en 2007 et m'a conforté par la suite dans le choix du thème étudié.

Je remercie M. Gérard BARSACQ, qui m'a suggéré le plan de ce mémoire et m'a ouvert les portes de toutes les réunions qui m'ont permis d'approfondir le champ d'étude de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital intercommunal de Créteil

Je remercie toute l'équipe de direction de l'hôpital intercommunal de Créteil, pour son soutien et ses conseils, particulièrement Mmes Brigitte GRIMON-COSTANT et Hélène DE ROO-BELLET, respectivement directrice des soins et directrice des affaires financières, et Mrs Arnaud CORVAISIER et Jean-Jacques BOYER, respectivement directeur des ressources humaines et directeur de l'ingénierie et des travaux, qui m'ont aidé à reconstituer le développement de nouvelle la chirurgie ambulatoire entre 2007 et 2008.

Je remercie également toute l'équipe de l'UCA, en particulier M. le Dr Thierry BILLEBAUD, pour ses explications très riches, ainsi que toutes autre les personnes interviewées pour la réalisation de ce mémoire : M. le Pr Bruno HOUSSET, PCME, M. le Dr Michel PONET, chef du pôle chirurgie, Mme le Pr Gisèle SOUBRANE, chef de service d'ophtalmologie, Mmes Elisabeth VEYRET et Nathalie DEVEY, cadre de santé de l'UCA et cadre supérieur de santé de chirurgie, M. le Dr François VENUTOLO, chef du service de chirurgie ambulatoire du GH de Gonesse.

Enfin et surtout, je remercie vivement mon encadrant mémoire, M. le Dr Etienne DUSEHU, conseiller général des établissements de santé, pour sa disponibilité, son soutien et la pertinence de ses remarques et de ses conseils en cours d'élaboration du mémoire.

Sommaire

Introduction

I- L'INTERET DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE A L'HOPITAL PUBLIC ET MA MONTEE EN PUISSANCE DE L'UCA DU CHI CRETEIL 5

1- La conversion progressive de l'hôpital public à la chirurgie ambulatoire 5

- A- Le consensus sur la chirurgie ambulatoire..... 5
 - a- Le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire, entre qualité et sécurité 5
 - b- Une culture d'organisation centrée sur le patient 6
 - c- La chirurgie ambulatoire, un concept qui fait consensus 8
- B- Un développement inégal, en dépit de fortes incitations 9
 - a- Les fortes incitations des tutelles et de la CNAMTS 9
 - b- Le retard de la France dans l'OCDE 11

2- L'ambulatoire à l'hôpital intercommunal de Créteil : une montée en puissance programmée..... 13

- A- L'unité de chirurgie ambulatoire , des ambitions et des moyens dès l'origine..... 13
 - a- La création de l'UCA en 2001, le CHIC dans le « train de l'ambulatoire » 14
 - Un contexte interne et extérieur favorable..... 14
 - 2001 : des perspectives ambitieuses mais incertaines 15
 - b- L'UCA : une organisation éprouvée et capable de s'adapter..... 16
 - Organisation de l'unité et programmation des patients 16
 - Le circuit du patient 17
- B- Le tournant de 2005 : de la performance au volontarisme 18
 - a- Plus de 100% de taux d'occupation à partir de 2005 18
 - b- Le temps des incitations et de l'adhésion des acteurs, dans un contexte
budgétaire contraint 19
 - Des incitations tarifaires au développement de l'ambulatoire dès 2007 19
 - Une forte adhésion des patients et des chirurgiens du CHIC 20

II- DE L'UCA AU SCA : CONTINUITÉ STRATEGIQUE ET PARI SUR L'AVENIR 21

1- Le doublement de la capacité en lits de l'UCA, conception d'un projet (2006-2007) . 21

A-	La conjonction d'un contexte et d'une stratégie d'établissement	22
a-	L'UCA : un bilan encourageant et un potentiel de développement identifié	22
	Les perspectives optimistes de 2005.....	22
	Le maintien du développement de la chirurgie ambulatoire dans un contexte	23
	déficitaire.....	23
b-	G. BARSACQ et le renforcement d'une stratégie d'établissement (projet d'établissement 2005-2009)	25
B-	L'élaboration progressive et transversale du projet de SCA.....	27
a-	Les étapes de la gestion de projet.....	27
	La désignation d'un chef de projet et le primat de la concertation	27
	Le contenu du volet médical.....	29
	L'ajout d'une charte de fonctionnement, volet qualité de l'étude.....	30
	L'évaluation médico-économique de l'UCA : l'essentielle coordination entre DRH, le.....	33
	responsable du pôle chirurgie et la DAF	33
b-	La mise en forme du projet et sa validation par les instances.....	36
C-	La finalisation du projet, au regard de sa mise en œuvre.....	38
a-	Le choix d'un SCA « d'un seul tenant » et l'impact sur le personnel	38
b-	L'analyse des locaux et de leur fonctionnalité	39
2-	La réalisation de « la nouvelle chirurgie ambulatoire », entre diplomatie et architecture(2008).....	40
A-	Les travaux : une livraison de l'espace aménagé en décembre 2008.....	40
a-	Des travaux courts, précédés d'une évaluation des besoins multi-acteurs.....	40
b-	De l'appel d'offres au calendrier des travaux	41
B-	Les questions connexes, entre anticipation et gestion au fil de l'eau	44
a-	L'épineuse question des blocs et des IADE.....	44
b-	La restructuration des services d'ORL et d'ophtalmologie	44
III-	MODELISATION D'UN PROJET DE DEVELOPPEMENT DE CHIRURGIE AMBULATOIRE, A PARTIR DE L'EXEMPLE DU CHIC	45
1-	Eléments pour aborder efficacement un projet de chirurgie ambulatoire.....	46
A-	Identifier ses atouts.....	46
a-	Le degré de mobilisation autour du projet	46
	Le management de projet, une approche en elle-même mobilisatrice	46
	Le développement de la chirurgie ambulatoire, un projet fédérateur	47
b-	Les attentes en termes de qualité, d'économie et de finances.....	49
B-	Choisir son modèle de management : l'exemple de l'ingénierie concourante.....	50

a-	Le modèle de l'« IC » et son « application » au CHIC pour le projet de chirurgie ambulatoire	50
	L'ingénierie concourante, entre coordination et partage de l'information.....	50
	L'émergence d'un triptyque de responsables.....	51
b-	Le primat de l'efficacité dans le développement du projet	52
c-	Le rôle essentiel de la communication.....	53
2-	La permanence de l'interaction dans le management de projet.....	54
A-	Piloter en interaction.....	54
a-	Un chef de projet légitime et autonome	54
b-	Une structure de projet matricielle	55
c-	La transversalité dans l'animation du projet.....	56
	Les ajustements et l'apprentissage mutuels	56
	Les métarègles de l'animation de projet	57
B-	Fonctionner en plateau	57
a-	Les trois processus du fonctionnement en plateau.....	58
b-	La gestion des obstacles, entre métiers et projets.....	58
c-	La nouvelle gouvernance, un contexte très aidant.....	60

Conclusion

Liste des sigles utilisés

AFNOR	Association française de normalisation
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AP-HP	Assistance publique – hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ASH	Agent de service hospitalier
BOAMP	Bulletin officiel d'annonces des marchés publics
CHIC	Centre hospitalier intercommunal de Créteil
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CMD	Catégorie majeure de diagnostics
CME	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'Assurance maladie
CSP	Code de santé publique
DAC	Dotation annuelle complémentaire
DAF	Direction des affaires financières
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département d'information médicale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRH	Direction des ressources humaines
EPRD	Etablissement prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement public de santé
ETP	Equivalent temps plein
FHF	Fédération hospitalière de France
GH	Groupe hospitalier
GHM	Groupement homogène de malades
GHS	Groupement homogène de séjours
IADE	Infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
IASS	International association for ambulatory surgery
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat
IVT	Injection intra-vitréenne
JORF	Journal officiel de la République française
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine chirurgie obstétrique

MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OQN	Objectif quantifié national
PH	Praticien hospitalier
PMA	Voir AMP
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNIR	Programme national inter-régimes
RUM	Résumé d'unité médicale
RSS	Résumé standard de sortie
SCA	Service de chirurgie ambulatoire
SGDM	Service de gestion des dossiers médicaux
SMAMIF	Service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil)
T2A	Tarifcation à l'activité
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
UF	Unité de fonctionnement
URC	Unité de recherche clinique
Ibid.	Ibidem
Op. Cit.	Opere citato

Introduction

Il est aujourd'hui classique d'attribuer la paternité de la chirurgie ambulatoire moderne au chirurgien écossais, J. H. Nicoll.

Nicoll publia en 1909, dans le British Medical journal un article relatant son expérience de ses interventions chirurgicales pratiquées en hospitalisation de jour. Le développement de cette pratique qui concerne en premier lieu les enfants pourrait s'appliquer aux adultes, selon Nicoll. La prise en charge assure un mieux être incontestable pour le patient et le chirurgien écossais note déjà que cette pratique permet d'économiser d'importantes ressources. On sait peu de choses des éventuels moyens, et en particulier du modèle organisationnel mis en œuvre par Nicoll dans son hôpital pédiatrique.

Aujourd'hui, la chirurgie ambulatoire a considérablement évolué depuis Nicoll. Elle est considérée comme un concept à part entière aux multiples aspects qui s'adresse à toutes les catégories de population et à toutes les spécialités médicale, peu ou prou.

« Par chirurgie sans hospitalisation, plus communément appelée chirurgie de jour ou chirurgie ambulatoire, on entend les actes chirurgicaux et-ou d'explorations, programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission », Conférence de consensus sur la chirurgie sans hospitalisation, 22,23 et 24 mars 1993.

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie organisée, reconnue et pratiquée sur des patients sélectionnés. Elle offre les mêmes garanties de sécurité et de qualité que l'hospitalisation traditionnelle. En France, la chirurgie ambulatoire trouve son fondement juridique dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Le texte prévoit que *« les établissements de santé publics ou privés ont pour objet de dispenser avec ou sans hébergement des soins de courtes durée pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique... »*¹. A cette date, la chirurgie ambulatoire entre dans le cadre des structures de soins alternatives à l'hospitalisation qui permettent d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée, tout en fournissant des

¹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, art. L.711-2 du CSP

prestations qui se distinguent de celles délivrées lors de consultation ou de visite à domicile.

Adopter la chirurgie ambulatoire comme nouveau mode de prise en charge ne va pas de soi, cela suppose de regarder l'hôpital autrement et d'en perturber le fonctionnement historique. « *Tous nos pays étant pourvus d'hôpitaux, la nécessité d'adapter et de transformer l'hôpital traditionnel constitue probablement l'obstacle majeur au développement de la chirurgie ambulatoire* ». ² La chirurgie ambulatoire induit une réelle évolution des pratiques professionnelles au niveau des équipes chirurgicales et d'anesthésie et un changement de rythme de travail et de répartition entre soins directs, au lit du patient, et indirects, pour l'organisation de la prise en charge.

En 1997, les pouvoirs publics prennent acte du retard pris par la France et plus spécialement par le secteur public dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, par rapport aux pays anglo-saxons. Il est constaté que cette chirurgie « *est avant tout un mode prise en charge qui devrait mobiliser moins de ressources en termes de coûts directs. Mais surtout, la chirurgie ambulatoire nécessite une organisation spécifique qui constitue elle-même un puissant facteur de modernisation des établissements*. ³ »

Erigée au rang de priorité nationale, la chirurgie ambulatoire rencontre de plus en plus d'échos à l'hôpital public. L'hôpital intercommunal de Créteil, établissement de 537 lits situé dans le Val-de-Marne s'est doté en octobre 2001 d'une unité de chirurgie ambulatoire intégrée de dix lits installés (UCA). En 2005, le nouveau projet d'établissement prévoit d'augmenter la capacité en lits de l'unité. La chirurgie ambulatoire devient une pièce majeure de la stratégie d'établissement, à l'heure de la montée en charge de la T2A. Le CHIC est le seul hôpital à s'être positionné aussi fortement sur la chirurgie ambulatoire sur son territoire de santé. L'ambulatoire concerne neuf spécialités au CHIC et accueille aussi bien les adultes que les enfants.

La création prochaine d'un service de chirurgie ambulatoire de 20 lits dans un des bâtiments centraux de l'hôpital à proximité des blocs témoigne d'une volonté assumée de continuité dans la stratégie. A partir de 2007, le management du projet de développement de l'ambulatoire facilite rapidement sa concrétisation. L'implication des acteurs est forte, et tranche avec l'attentisme qui avait accueilli la création de l'UCA, sept ans plus tôt.

² C. de LATHOUWER, H. JAMES, Nicoll memorial Lecture : Ambulatory surgery : an organisational and cultural revolution, a social and political challenge , *Ambulatory surgery*, 1999, n°7, p.183-186.

³ Décret n°97-1165, du 16 décembre 1997, portant politique d'organisation des soins hospitaliers pour 1998

Comment a évolué l'activité de l'UCA de puis sa création ? Quelles sont les garanties de qualité et de sécurité dans le prise en charge des patients au CHIC ? Pourquoi réorganiser l'activité d'ambulatoire est-il à nouveau une priorité ? Quelles leçons sont à tirer de la gestion du projet de développement de la chirurgie ambulatoire ? Quels éléments sont réutilisables par d'autres structures, intéressées par la mise en place ou l'augmentation d'une activité d'ambulatoire ?

Concept organisationnel résolument moderne, la chirurgie ambulatoire s'impose progressivement à l'hôpital public. L'UCA du CHIC présente une activité croissante sans discontinuer à partir de 2001 (I). Le passage de dix à vingt lits en 2008 témoigne du succès de la prise en charge, de l'adhésion de la communauté médicale et de la confirmation d'une stratégie d'établissement, dans un contexte financier plus difficile (II). Participatif, le management de projet apparaît exemplaire sur plusieurs points ; ces éléments pourraient être repris dans d'autres hôpitaux envisageant de développer dans leurs murs une activité d'ambulatoire (III).

I- L'intérêt de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public et ma montée en puissance de l'UCA du CHI Créteil

1- La conversion progressive de l'hôpital public à la chirurgie ambulatoire

A- Le consensus sur la chirurgie ambulatoire

Fruit d'une organisation des équipes et d'une gestion des flux hospitaliers centrées sur le patient, la chirurgie ambulatoire allie qualité de la prise en charge et sécurité des soins. Réglementée en France à partir du début des années 1990, elle fait aujourd'hui l'objet, comme concept, d'un large consensus des acteurs publics et privés.

a- Le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire, entre qualité et sécurité

Les conditions techniques de fonctionnement des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire sont précisées par texte réglementaire. Dès 1992, la sécurité apparaît comme un pilier du développement de cette nouvelle prise en charge. « *Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux et chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire* »⁴. La durée d'ouverture journalière est fixée comme devant être inférieure ou égale à douze heures. Pendant les heures d'ouverture, il est prévu la présence minimale permanente d'un médecin qualifié et d'un infirmier pour cinq patients présents, d'un médecin anesthésiste réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation sur le secteur opératoire.

Les structures de chirurgie ambulatoire doivent assurer pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale « *une consultation préanesthésique, les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie, une surveillance continue après l'intervention et une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées.* »⁵

Les caractéristiques fonctionnelles et techniques du secteur opératoire sont définies par un arrêté de 1993, qui officialise la notion de bloc chirurgical en ambulatoire en décrivant les caractéristiques du secteur opératoire des structures pratiquant l'anesthésie ou la

⁴ Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 sur les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, art. D. 712-30 du CSP

⁵ Décret n°94-1050 du 5 Décembre 1994, relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie, art. D.712-41

chirurgie d'une journée. Indépendamment, le bloc doit posséder toutes les caractéristiques d'un bloc opératoire traditionnel pour garantir la qualité des actes et la sécurité des patients⁶. En 1995, une salle de repos est réservée aux patients pris en charge en ambulatoire, comportant au moins une arrivée de fluides médicaux⁷.

Les enquêtes menées auprès des patients montrent que ceux-ci sont sensibles aux mesures de sécurité déployées en chirurgie ambulatoire, qu'elles soient imposées par la réglementation ou non. De fait, pour les patients, les avantages sont connus : peu de modification dans la vie quotidienne, prise en charge personnalisée, désinsertion familiale et professionnelle atténuée du fait d'une récupération rapide, et diminution de la fréquence des infections nosocomiales⁸. En chirurgie ambulatoire, la qualité s'exprime par la satisfaction du patient quant aux soins rendus. La confiance qu'il porte à l'organisation des soins est aussi un indicateur de qualité d'une structure d'ambulatoire.

Par ailleurs, l'AFCA, en collaboration avec l'IAAS, l'Association internationale de chirurgie ambulatoire, a développé un indicateur regroupant dix-huit interventions dites « traceuses » représentatives de la pratique ambulatoire à partir de 1996. Cet indicateur vise à observer la progression du nombre d'actes en ambulatoire et s'inscrit dans une double démarche d'évaluation et de qualité. Couramment pratiqués, ces actes témoignent d'une organisation adéquate du service. Ils permettent le suivi statistique du niveau de qualification et de substitution atteint, entre chirurgie ambulatoire et chirurgie conventionnelle. Dans le cadre d'une politique incitative, ils favorisent un ajustement dans le temps du système de soins aux besoins exprimés dans différents services d'ambulatoire⁹.

b- Une culture d'organisation centrée sur le patient

Selon G. PARMENTIER, ancien Vice-président de l'AFCA, deux faits sont indiscutables au tournant du XXIème siècle : les patients, dans leur immense majorité, sont mieux chez eux qu'en hôpital ou en clinique, d'une part, et une grande majorité des opérations

⁶ L'arrêté du 7 janvier 1993, relatif aux caractéristiques du secteur opératoire, évoque « une zone opératoire qui garantit une organisation du travail et une hygiène spécifiques et adaptées, la réduction maximale des risques encourus par le patient, l'équipe opératoire, les tiers et l'environnement, et dispose des moyens propres à faire face à leurs conséquences. »

⁷ Décret n°95-993 du 28 août 1995

⁸ En septembre 2003, la CNAM a rendu publique une étude menée au sein du Programme national inter-régimes dans 1 300 établissements publics et privés. Sur 30 000 patients interrogés par l'Assurance maladie, 90% d'entre eux ont déclaré être satisfaits de leur prise en charge en chirurgie ambulatoire

⁹ En 1996, ces dix-huit interventions traceuses sont : les salpingectomies, les cures de hernies, les interventions de proctologie, la chirurgie du sein, la chirurgie nasale, le traitement du strabisme, des varices et de la cataracte, les arthroscopies, la chirurgie testiculaire, l'ablation de matériel, les extractions dentaires, le traitement de la maladie de Dupuytren, l'adéno amygdalectomie, les IVG, la décompression du canal carpien, les cures du phimosis, les poses de drains transtympaniques

chirurgicales ne nécessite pas de passer une nuit en hospitalisation d'autre part¹⁰. La chirurgie ambulatoire est un avant tout un concept d'organisation, et non une technique particulière de prise en charge. Elle est à la fois simple et attrayante pour le patient : il part de chez lui le matin, passe moins d'une journée à l'hôpital et revient à domicile le soir dans des conditions équivalentes ou supérieures à celles qu'il aurait connues après un séjour de plusieurs jours.

Ce concept d'organisation suppose :

- une chirurgie programmée à faible risque hémorragique, à suite simple et à douleur post-opératoire facilement contrôlable
- des techniques d'anesthésie-réanimation permettant le réveil et le recouvrement de l'autonomie (« l'aptitude à la rue », ou chez les anglo-saxons, « l'aptitude à vivre chez soi » -home readiness-) dans les horaires prévus et impartis
- la sélection des patients sur critères simples et non exclusivement médicaux (lien téléphonique, distance, présence de tiers, capacité de compréhension et de prise en charge de soi du patient)
- des équipes de chirurgie, d'anesthésie, de soins et d'administratifs hautement compétentes
- des protocoles d'intervention et de suivi, anticipant toute éventualité administrative ou médicale
- des locaux spécifiques (ce qui ne signifie pas obligatoirement dédiés, notamment pour le bloc opératoire et la SSPI)
- des procédures d'organisation spécifique (qualité et gestion des risques), avec une optimisation de la gestion des flux des patients
- l'insertion du médecin généraliste dans le processus, en amont et en aval de l'intervention, en particulier pour évaluer les conditions psychosociales et environnementales du patient et juger de son aptitude à recevoir des soins en ambulatoire.

Ainsi, fort de ses multiples aspects (architecturaux, médicaux, qualitatifs, économiques), la chirurgie doit faire l'objet d'une organisation formalisée, avec un mode opérationnel précis, adossé à une charte de principes ou un règlement intérieur, auquel l'ensemble des intervenants adhère. Plus que dans un autre service, l'improvisation ou l'imprévu peut compromettre la sécurité du patient et empêcher le retour à domicile dans les délais

¹⁰ Gilles PARMENTIER « Le concept de chirurgie ambulatoire » in PELLERIN, D., *et alii*, coll., « La Chirurgie ambulatoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2001, 185, n° 6 (spécial), p.12-15.

prévus. Si un risque concernant un patient a été mal ou non évalué, toute l'organisation peut s'en trouver perturbée. Le patient de chirurgie tire d'incontestables bénéfices de l'ambulatoire en termes de confort de prise en charge, et il constitue aussi lui-même, en ce qu'il est sélectionné et suivi, un élément à part entière de cette organisation. Claude Lathouwer, premier président de l'IAAS, l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire, estime même que si « *l'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation.* »¹¹

c- La chirurgie ambulatoire, un concept qui fait consensus

La chirurgie ambulatoire apparaît davantage comme une innovation que comme une invention. L'acte réalisé, les praticiens, les techniques et le bloc sont les mêmes qu'en chirurgie conventionnelle. Il n'y a pas de progrès technique dans ce qui la définit, mais elle est « *un changement historique et irréversible dans la manière de faire les choses* ». ¹²

La chirurgie ambulatoire n'est pas réductible à de la chirurgie rapide, qui renvoie à un « simple » enchaînement d'actes identifiés et confortablement rémunérés. Elle ne se résume pas à de la chirurgie simple, ou « bobologie ». En France, la notion développée par l'AFCA fait aujourd'hui l'objet d'un consensus. La chirurgie ambulatoire est dite « *qualifiée et substitutive* »¹³. Cela signifie, tout d'abord, que c'est bien le patient, et non l'acte, qui est ambulatoire. La problématique est donc bien celle de l'éligibilité d'un couple patient – acte, pris en charge dans des conditions précises, par une équipe précise, à un moment précis. Ensuite, cela veut dire que la chirurgie ambulatoire n'est pas d'abord une chirurgie de cabinet pratiquée en milieu hospitalier. Elle est une chirurgie habituellement faite au cours de séjours hospitaliers classiques et qui, sous conditions suspensives, sera faite en séjour de durée inférieure à douze heures.

Les enjeux pour les patients et les professionnels de santé sont clairs. Pour les patients, nous l'avons vu, à qualité égale d'intervention et de soins égale, le retour à domicile et à la vie quotidienne est plus rapide. Les frais liés de séjour sont diminués, ce qui constitue également un avantage pour l'hôpital¹⁴. Pour les médecins, la chirurgie ambulatoire participe à la professionnalisation des métiers. Elle impose l'articulation des compétences

¹¹ PARMENTIER G., « Le concept de chirurgie ambulatoire » in PELLERIN, D., *op. cit.*

¹² PARMENTIER, G., BAZIN, G., « Chirurgie ambulatoire : où en sommes-nous ? Eléments de réponse », *Annales françaises d'anesthésie réanimation*, n°14, 1995, p. 383-386

¹³ Notion développée par l'AFCA dès le début des années 90, au moment de la reconnaissance juridique de la chirurgie ambulatoire, notamment dans l'article « Utilité », AFCA 96, 1996, p. 616-660

¹⁴ « *La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge qui devrait mobiliser moins de ressources, en termes de coûts directs* », circulaire du 16 décembre 1997.

à leur capacité de responsabilisation. Plus que jamais, la coordination et la communication des acteurs sont cruciales, chacun devant exceller dans son domaine de compétence (chirurgiens, anesthésistes, laboratoires, hygiène des blocs...). En France, les praticiens reconnaissent cette vertu à l'ambulatorio de révéler les compétences dans les métiers et de favoriser un respect plus scrupuleux des plannings des tâches¹⁵. Pour le personnel soignant, la chirurgie ambulatoire est un hôpital de jour où les horaires sont décents, et les soirs et week-end libres. Enfin, pour les directions des hôpitaux publics, le développement de la chirurgie ambulatoire doit permettre d'endiguer la tendance, constante depuis les années 1980, à l'abandon de la chirurgie par l'hôpital au profit des cliniques. A plusieurs reprises, les professionnels du secteur privé ont également indiqué qu'ils ne souhaitaient pas assumer la totalité de la chirurgie en France, par crainte de voir peser sur eux toutes les contraintes administratives et obligations de service public, fussent-elles alors minimales, qui concernent actuellement les établissements publics¹⁶.

B- Un développement inégal, en dépit de fortes incitations

Moins coûteuse pour la collectivité que la chirurgie conventionnelle, la chirurgie ambulatoire apparaît comme un puissant levier de dynamisation de l'activité chirurgicale d'un EPS. Pourtant, son développement reste inégal et la France accuse un retard certain au sein des pays de l'OCDE.

a- Les fortes incitations des tutelles et de la CNAMTS

En 2003, la CNAM démontre, chiffres à l'appui, que la chirurgie ambulatoire constitue bien un gisement d'économies pour la collectivité. L'analyse de l'ensemble des dépenses à la charge de l'Assurance maladie pour interventions chirurgicales fréquentes révèle un moindre coût au profit de l'ambulatorio : de 25 à 51% dans les hôpitaux publics. Les économies potentielles sont estimées à une centaine de millions d'euros¹⁷. Dans un contexte de lourd déficit des finances sociales, l'Etat et les organismes de tutelle des EPS (ARH, CRAM, DRASS) favorise le développement de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble du territoire.

En 1992, un premier dispositif réglementaire introduit le système dit du « taux de change », imposant une réduction du nombre de lits de chirurgie à temps complet pour créer des places d'ambulatorio. Considéré comme un obstacle au développement de la

¹⁵ La circulaire de décembre 1997 annonce la professionnalisation des métiers hospitaliers

¹⁶ G. PARMENTIER, chirurgien privé et ex Vice-président de l'AFCA s'est exprimé en ce sens au CHU de Montpellier, les 5 et 6 novembre 1998, lors d'un séminaire de formation sur la chirurgie ambulatoire.

¹⁷ Enquête CNAM de 2003, *op. cit.*

chirurgie ambulatoire, ce système a été modifié par un décret de 1999, qui permet une minoration du nombre de lits à céder pour créer une place d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires si un établissement demandeur s'engage à développer une chirurgie ambulatoire réellement alternative à l'hospitalisation à temps complet. La nature de l'activité effectivement réalisée est appréciée à l'aide des données du PMSI¹⁸.

La création, l'extension et la transformation des structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont soumis à une autorisation de l'ARH. A l'origine, les places relevant de structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires étaient comprises dans la carte sanitaire des installations de chirurgie. En 2003, la carte est supprimée, et avec elle la notion d'autorisation en lits et places et le taux de change. Fixées à cinq ans, les autorisations reposent désormais exclusivement sur une activité de soins et sont accordées si les projets répondent, dans le secteur de santé considéré, aux besoins et objectifs définis dans le cadre du SROS et de ses annexes¹⁹. Le développement de l'ambulatoire substitutive est explicitement encouragé par les pouvoirs publics dans le cadre des volets de chirurgie des SROS de 3^{ème} génération, à partir de 2006²⁰.

En 2004, la T2A prévoit des tarifs différenciés pour l'hospitalisation complète et l'ambulatoire, les premiers étant plus favorables que les deuxièmes. Pour autant, la même année, une instruction de la DHOS élargit la CMD 24 à tous les séjours de moins de quarante huit heures (contre moins de vingt quatre heure auparavant), ce qui représente une incitation indirecte au développement de la chirurgie ambulatoire du fait du mécanisme de la borne basse pour les principaux GHM²¹.

En termes d'incitations tarifaires, la CNAMTS rappelle régulièrement son souhait d'une convergence des tarifs de la chirurgie ambulatoire avec ceux de la chirurgie traditionnelle, par un maintien des premiers et une diminution progressive des seconds. Une autre piste

¹⁸ Le décret n°99-444 du 31 mai 1999 encourage et encadre la chirurgie ambulatoire de substitution en définissant des mesures incitatives : le taux de change calculé en fonction d'un indicateur PMSI variant entre 1, 1,5 ou 2 lits de chirurgie pour une place ambulatoire. Le nombre de lits à réduire pour créer une place est fonction de la proportion de chirurgie ambulatoire alternative à l'hospitalisation à temps complet réalisée dans l'ensemble des places autorisées, par rapport au reste de l'activité réalisée dans ces places.

¹⁹ Introduit par la loi du 31 juillet 1991, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) « fixe les objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire ». Il détermine l'organisation territoriale des moyens en vue de réaliser les objectifs de la planification hospitalière, et a pour but de « susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins », art. L. 621-1 et suivants, CSS. L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé supprime la carte sanitaire.

²⁰ Circulaire du 1^{er} mars 2005

²¹ Si un patient séjourne moins longtemps que cette borne basse, l'établissement de santé ne reçoit que 50% de la rémunération du GHM : il n'y a plus de bénéfice à allonger un séjour en ambulatoire, d'autant plus si le service est saturé.²² Par arrêté du 22 décembre 2006, le ministère de la santé, les cinq GHS à

également suscitée serait l'instauration pour un certain nombre de gestes marqueurs d'un tarif unique. Un rapprochement de tarification se dessine pour les années à venir. En 2007, la T2A est passée à 100% sur cinq GHS dans les établissements publics²². De plus, quinze couples de GHS (chirurgie ambulatoire/hospitalisation complète) ont fait l'objet cette même année d'une incitation tarifaire en ambulatoire.

A l'été 2008, l'entente préalable est la dernière mesure en date prise par la CNAMTS pour inciter les établissements de santé à développer leur activité de chirurgie ambulatoire²³. Les établissements de santé publics ou privés doivent désormais demander une entente préalable à la caisse pour toute intervention chirurgicale facturée ou tarifée en prestation d'hospitalisation complète, mais qui devrait être réalisée en chirurgie ambulatoire. Pour G. BONTEMPS, directeur de l'Observatoire national de chirurgie ambulatoire de la CNAMTS, l'objectif est de « *faire de la chirurgie ambulatoire une norme, la chirurgie en hospitalisation complète devant être considérée comme une alternative.* »²⁴

b- Le retard de la France dans l'OCDE

Malgré les incitations des tutelles, le développement de la chirurgie ambulatoire est inégal sur le territoire.

L'enquête de 2003 dirigée par la CNAM indique qu' « *un tiers des établissements publics et privés présente un réel potentiel de développement* ». Les efforts sont divers d'une région à l'autre. Ainsi, le nombre de places d'anesthésie – chirurgie ambulatoire installés pour cent milles habitants varient de sept, en Lorraine, Alsace et France-Comté à dix-huit en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les établissements hospitaliers privés conventionnés sous OQN représente 81% des structures d'ambulatoire et 81% de leurs interventions chirurgicales sont réalisées en ambulatoire. Avant l'application à 100% de la T2A, le secteur public ne représentait que 19% des places d'ambulatoires, tandis que 13% seulement des interventions se faisaient en chirurgie ambulatoire.

A l'occasion de sa journée dédiée à la chirurgie, le 27 juin 2008, la CNAMTS a annoncé l'objectif d'arriver à réaliser 85% des actes chirurgicaux en ambulatoire contre moins de 50% actuellement, secteurs publics et privés confondus. En 2007, La France pointe à

facturer intégralement sont les libérations du canal carpien, l'intervention sur le cristallin, les drains Transtympaniques, les ligature des veines et éveinage et les circoncisions.

²³ Disposition introduite par l'article 37 de la LFSS pour 2008

²⁴ Gille BONTEMPS, interrogé par Joëlle MARASCHIN, pour HOSPIMEDIA, 2 juillet 2008

l'avant-dernière position au sein des pays de l'OCDE en matière de développement de la chirurgie ambulatoire : 94 % de réalisation en ambulatoire aux Etats-Unis, 78% au Danemark, 61 % en Allemagne et 40 % en France. On estime que le taux de chirurgie ambulatoire y stagne à 50% dans le privé et à moins de 40% dans le public²⁵. La commission pour la libération de la croissance française a rappelé récemment que le système de santé français arrivait en tête des classements mondiaux pour la qualité des soins et l'accès qu'il garantit au plus grand nombre. Pour autant, la commission souligne le problème de l'accueil en hôpital de jour et de l'ambulatoire. « *Les mêmes actes dans les hôpitaux publics coûtent 25% à 30% plus chers que dans les établissements privés à but non lucratif* »²⁶.

Divers éléments « culturels » peuvent expliquer le retard français en termes d'ambulatoire. Il persiste parfois chez le patient à qui on propose ce type de prise en charge pour la première fois, une certaine appréhension, compréhensible aussi longtemps que le concept et toutes les garanties qui l'entourent, en termes de sécurité notamment, ne sont pas entrées dans les esprits. Pour ce type de patient, l'hôpital rassure. Il ne s'agit pas nécessairement de vouloir valoriser ses cotisations à la caisse de l'Assurance maladie, mais d'avoir l'impression (erronée) d'être mieux pris en charge parce qu'on reste plus longtemps à l'hôpital. Dans l'imaginaire de ces patients, l'hospitalisation est un gage irremplaçable de soins de qualité, d'entourage et de réconfort. Appelés à prendre en charge les patients, les médecins généralistes n'ont pas été suffisamment formés. Le suivi post-opératoire n'est pas une spécialité communément maîtrisée par les médecins de ville, notamment les plus âgés d'entre eux. La multiplication des réseaux de santé depuis 2002 permet d'associer davantage les généralistes aux problématiques hospitalières et de favoriser une action coordonnée.

Un autre frein au développement de la chirurgie ambulatoire est représenté par les praticiens eux-mêmes, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux publics. Inversant un rapport historique et traditionnel, la chirurgie ambulatoire oblige les opérateurs à s'adapter au malade et à en assumer les contraintes, en particulier celle 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 du personnel spécifique, rompu à l'ambulatoire. La création d'un service d'ambulatoire a pu donner l'impression aux chirurgiens habitués à l'hospitalisation conventionnelle d'être dépossédés de leurs lits, quand le taux de change

²⁵ Données CNAMTS 2008, rapportées par Joëlle MARASCHIN dans HOSPIMEDIA, *op. cit*

²⁶ Rapport de la commission pour la libération de la croissance française, sous la présidence de J. Attali, remis au président de la République le 23 janvier 2008, p. 71

était d'actualité, puis de leurs malades²⁷. A la question de la différence des tarifs et encore favorables, nous l'avons vu, à l'hospitalisation conventionnelle, s'ajoute celle des incitations financières pour les médecins qui ne sont pas toujours jugées suffisantes²⁸.

Enfin, à l'heure de la T2A, mode de financement plus favorable à l'ambulatoire que la dotation globale, et de l'éclosion des comptabilités analytiques dans les EPS, la question de l'affectation des recettes de l'activité devient cruciale, la plupart des structures jouant le jeu de l'ambulatoire ne sont pas prêtes à ne considérer les SCA ou les UCA comme autre chose que des plateaux techniques. Dans les pôles, les recettes qui résultent de l'activité sont souvent affectées aux services contributeurs de la chirurgie ambulatoire.

Née d'une exigence de qualité des interventions chirurgicales, de réduction des coûts et d'une volonté de réorganiser l'hôpital dans le sens de la modernisation, la chirurgie ambulatoire s'installe progressivement dans le paysage hospitalier français, en retard vis à vis des cliniques, et d'une manière générale, des autres pays de l'OCDE.

2- L'ambulatoire à l'hôpital intercommunal de Créteil : une montée en puissance programmée

En 2001, l'UCA du CHIC ouvre ses portes. Première du genre à l'hôpital, cette structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires voit le jour dans un contexte interne et national favorable. Dès ses débuts, l'UCA est dotée de moyens et d'objectifs ambitieux. Son activité s'accroît rapidement jusqu'à 2005, date à laquelle le taux d'occupation des lits atteint 100%. Avec l'avènement de la T2A et le constat d'un premier déficit budgétaire, la chirurgie ambulatoire devient une activité hautement stratégique appelée à se développer dans l'établissement.

A- L'unité de chirurgie ambulatoire , des ambitions et des moyens dès l'origine

Le 2 octobre 2001, l'UCA du CHIC est inaugurée en présence notamment du Dr Thierry BILLEBAUD, urologue, responsable de l'unité, du Pr Bruno HOUSSET, Président de CME, et du directeur d'alors, Jean-Claude COGNET dans un climat de consensus. L'UCA

²⁷ Louis HOLLENDER, « Obstacles culturels au développement de la chirurgie ambulatoire », *in* PELLERIN, D., *et alii*, coll., « La Chirurgie ambulatoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2001, n° 6 (spécial), p. 47-51, reprise des actes de la séance thématique du 12 juin 2001 sur la chirurgie ambulatoire

²⁸ Pour Yves GAUBERT, responsable du pôle finances et banques de données de la FHF, « *une évolution du mode de rémunération des médecins est une condition sine qua non pour développer l'activité ambulatoire* », interview par Joëlle MARASCHIN, *op. cit.*

comprend dix lits et concerne huit spécialités médicales. L'organisation et le fonctionnement de l'UCA ont été précisément définis, tandis que l'équipe et les chirurgiens concernés sont particulièrement qualifiés.

a- La création de l'UCA en 2001, le CHIC dans le « train de l'ambulatorio »

Un contexte interne et extérieur favorable

Avant 2001, tous les patients du CHIC ne passent pas systématiquement plus de douze heures à l'hôpital, comme en chirurgie pédiatrique par exemple, mais la pratique de « l'ambulatorio » n'est pas encadrée. La création d'une UCA dans l'établissement est bien accueillie par la communauté médicale en ce qu'elle officialise et organise une prise en charge spécifique qui n'est pas sans risque pour le patient. Elle résulte d'une triple volonté : celle des médecins, celle de la direction et celle des organismes de tutelle.

Dès 1997, l'Etat, l'Assurance maladie, les sociétés savantes et les fédérations hospitalières incitent les établissements de santé, officiellement et de concert, à développer la chirurgie ambulatoire. Le décret de mai 1999 permet de déroger aux règles du taux de change, contraignantes pour les hôpitaux²⁹. Sur les cinq actes marqueurs identifiés en 2001 par l'AFCA et l'Assurance maladie comme pouvant relever d'une prise en charge systématique en ambulatoire, le CHIC se positionne notamment sur les cures du phimosis et la chirurgie de la cataracte³⁰. La même année, les tutelles commencent à rejeter les projets d'établissement sur le motif que le développement de la chirurgie ambulatoire n'y est pas prévu. En avril 2005, la MeaH lance son chantier pilote sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire dans huit hôpitaux et cliniques en France³¹.

Au CHIC, le Dr T. BILLEBAUD, chirurgien urologue et oncologue, a été chargé par la direction de travailler à l'élaboration d'un projet d'unité de chirurgie ambulatoire de dix lits. Cadre de santé en chirurgie, E. VEYRET se souvient alors que le principal obstacle rencontré –et surmonté– était la réticence de certains chirurgiens qui « *craignaient d'abandonner leurs patients et de voir se réduire le nombre de lits de leur service.* » L'avancement du projet est facilitée par la restructuration complète et concomitante des blocs opératoires, commencée en 1999. Dans la nouvelle organisation des zones opératoires sont prévues un plateau technique adapté et des plages horaires pour les

²⁹ Voir partie I, 1, B

³⁰ En 2001, les cinq actes sont : la chirurgie de la cataracte, les extractions dentaires, les cures de phimosis, l'arthroscopie du genou et l'amygdalectomie

chirurgiens appelé à faire de la chirurgie ambulatoire³². Le médecin du DIM fait le point sur l'ensemble des séjours de chirurgie de moins de 48h recensés dans le PMSI et pose, comme postulat que la moitié des malades concernés sont réputés relever d'une prise en charge en ambulatoire. L'actuel médecin responsable du DIM, le Dr P. BERIEL, évoque « *une estimation à la serpe mais absolument nécessaire pour commencer l'activité, quite à affiner les couples patient-acte par la suite.* »³³ L'UCA a huit lits autorisés et dix installés. L'offre de soins d'hospitalisation complète en chirurgie est alors de 138 lits autorisés³⁴.

2001 : des perspectives ambitieuses mais incertaines

Lors de l'inauguration de l'UCA, un diaporama élaboré conjointement par la direction et l'équipe de chirurgie ambulatoire fixe deux objectifs principaux : l'amélioration de la qualité des soins (« *moins d'infections nosocomiales, phlébites et embolies* ») et la diminution des coûts de prise en charge (« *meilleure utilisation des lits de chirurgie* »), dans le cadre d'une « *d'une standardisation des techniques et d'une définition rigoureuse des critères de choix des patients* ».

En 2001, une enquête du PNIR sur la chirurgie ambulatoire au CHIC fait le point sur la répartition des séjours par geste marqueur en chirurgie d'hospitalisation complète et en chirurgie ambulatoire, qui doit permettre d'identifier le potentiel de développement de l'ambulatoire au CHIC. 95,78% de la chirurgie de la cataracte est réalisée en hospitalisation complète, comme 96,9% des interventions sur le sein et 85,59% des cures de hernie chez l'enfant de moins de quinze ans. Au total, seulement 14,83% des séjours avec gestes marqueurs sont alors réalisés en chirurgie ambulatoire. L'UCA du CHIC entend réduire de façon constante et programmée la part de l'hospitalisation complète sur les gestes marqueurs précités dans les cinq années à venir. Compte tenu des pratiques préexistant à l'UCA en chirurgie pédiatrique, les cures de phimosis ont vocation à être réalisées à plus de 98% en ambulatoire dans l'année.

La direction souhaite augmenter progressivement l'activité globale de chirurgie ambulatoire et obtenir un taux d'occupation des lits de 100% en 2006. En fait d'objectifs précis, difficiles à établir dans un contexte de dotation globale encore prégnante et

³¹ Le rapport final qui présente les principaux constats et les plans d'actions mis en œuvre dans les établissements de santé est paru en décembre 2006

³² Entretien avec Elisabeth VEYRET, CSS de chirurgie, CHIC, 8 août 2008

³³ Entretien avec le Dr Pierre BERIEL, CHIC, 29 août 2008

d'incertitudes quant à l'implication réelle de tous les chirurgiens, le CHIC veut *a minima* assurer une montée en charge de d'activité dans ses dix lits jusqu'au renouvellement des autorisations d'activité de chirurgie ambulatoire. Aux yeux de tous les acteurs du CHIC, le volume d'activité apparaît comme une garantie de compétence et de sécurité. En effet, la répétition du geste opératoire en chirurgie ambulatoire est un moyen sûr d'en accroître la maîtrise. Pour autant, dès 2001, l'équipe de l'UCA et les chirurgiens déclarent vouloir rester vigilants quant aux dangers représentés par « *l'industrialisation du geste* ». Pour le Dr M. PONET, chirurgien pédiatrique, le risque majeur est celui de la performance comme unique horizon, « *l'effacement du patient derrière l'acte* ». ³⁵

b- L'UCA : une organisation éprouvée et capable de s'adapter

Organisation de l'unité et programmation des patients

Situé au premier étage du bâtiment B du CHIC (« le plateau technique ») à proximité des blocs opératoires et couvrant 450 m², l'UCA est composée d'un secrétariat, un secteur d'accueil des accompagnateurs, un accueil patient (avec un vestiaire), un poste de soins infirmiers et d'un bureau pour le cadre, un accueil spécifique avec une nurserie pour les enfants et les nourrissons, deux chambres et huit boxes. Hôpital de jour, L'UCA est fermé au mois d'août, une semaine entre Noël et le jour de l'an, réalise en ambulatoire les actes relevant des chirurgies digestives, gynécologique, infantile, ophtalmologique, ORL, stomatologique et urologique. Le secteur opératoire (blocs polyvalent et des spécialités) est commun à la chirurgie conventionnelle et à la chirurgie ambulatoire. Chaque spécialité opère sur ses propres plages opératoires et dans les salles d'intervention habituelles. Les patients admis dans les vacances sont sous la responsabilité médicale du chirurgien opérateur et de l'anesthésiste ayant pris en charge le patient au bloc opératoire. Dans l'UCA, une infirmière est présente en permanence pour cinq patient, tandis qu'un médecin qualifié est disponible également à tout moment.

L'équipe est constituée d'un médecin coordinateur responsable à temps plein, un cadre infirmier, quatre infirmières, quatre aides soignantes et deux secrétaires. La gestion du dossier médical et la programmation incombent à la consultation de la spécialité médicale concernée ainsi qu'au secrétariat de l'UCA. La transformation du dossier de consultation en dossier d'hospitalisation est effectuée au niveau des consultations. Avant l'hospitalisation, le dossier est communiqué à l'UCA après la consultation d'anesthésie et

³⁴ Données PNIR (CNAMTS et AFCA) – enquête sur la chirurgie ambulatoire, 2001

³⁵ Entretiens avec les Drs Michel PONET et Thierry BILLEBAUD, CHIC, 4 août 2008

éventuellement le staff chirurgical. Après l'hospitalisation, le dossier est remis à la consultation correspondante ou au SGDM.

L'organisation et la planification des patients sont placées sous la responsabilité du cadre de santé en relation avec le médecin coordinateur. E. VEYRET, CSS en chirurgie, signale qu'au début le cadre laissait les chirurgiens se positionner librement sur les plages horaires mises à leur disposition, sans donner de priorité a priori à certaines spécialités. Cependant, dès la deuxième année, compte tenu de l'afflux croissant des patients, il a été nécessaire d'instaurer un planning précis dans lequel chaque spécialité a désormais une place réservée. Ce planning est revu chaque année suivant les besoins et les objectifs des services³⁶. Il a été progressivement admis, et formalisé en 2006 dans un règlement intérieur, que les plages laissées libres par un service ne peuvent être utilisées par un autre que si aucune intervention n'y a été inscrite dans les quinze jours précédents la date. Désormais, la demande doit être faite auprès du cadre infirmier de chirurgie ambulatoire qui libère les plages et enregistre les dates opératoires dans le dossier du patient. Chaque spécialité s'engage à communiquer dès que connues les absences ayant pour conséquence de libérer des plages. Cadre de soin infirmier de l'UCA, Nathalie DEVEY estime que la réactivité est une qualité essentielle dans son travail. De concert avec E. VEYRET, elles connaissent les plannings des chirurgiens et les appellent fréquemment pour leur signaler des profils de patient 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. Si certaines plages restent inoccupées, un jour donné, les cadres veillent aussi à redistribuer une partie du personnel soignant sur d'autres services³⁷.

Le circuit du patient

La programmation des interventions se fait à partir de la consultation en liaison avec le logiciel de planification (Bloqual). Le patient est reçu en consultation de chirurgie préopératoire, au CHIC ou en ville. A l'issue de la consultation, le chirurgien décide de l'acte opératoire, prescrit les éventuels examens complémentaires et propose une date d'intervention sur les vacations opératoires de sa discipline, tandis qu'un dossier

³⁶ Le règlement intérieur de l'unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire polyvalente, dont la version définitive date du 23 février 2006 détaille le planning. A titre d'exemples, le lundi, la chirurgie pédiatrique a deux plages, l'ORL deux, l'ophtalmologie trois, l'urologie une et la gynécologie deux. Les mercredi et les vendredi sont théoriquement réservés aux enfants. Le jeudi, quatre plages sont réservées à la chirurgie plastique réalisée par des praticiens du GH H. Mondor-A. Chenevier (AP-HP). Deux patientes d'AMP sont également accueillies par jour. Voir annexe 1.

³⁷ Entretien avec N. DEVEY, CS de l'UCA, 1CHIC, 4 août 2008

informatisé est créé par le secrétariat de la consultation et communiqué à l'UCA. Le patient est tenu informé de la conduite à tenir pour la prise de rendez-vous des examens complémentaires et de la consultation d'anesthésie, si celle-ci est jugée nécessaire. Le cas échéant, cette deuxième consultation a lieu au minimum quarante-huit heures avant l'intervention. La journée précédant celle de l'intervention, une infirmière de l'UCA appelle le patient pour confirmer la date et l'heure de l'intervention et vérifier que son dossier médical est complet. Le jour de l'hospitalisation, le patient et son accompagnateur visitent les locaux de l'UCA. Après l'opération, et en fonction du mode d'anesthésie, le patient est transféré du bloc à l'UCA après une surveillance adaptée dans un secteur réservé de la SSPI. L'infirmière remet au patient le compte rendu opératoire, l'ordonnance de sortie, signée par le chirurgien et l'anesthésiste, et une lettre pour le médecin traitant. Si la sortie n'est pas autorisée, le patient est orienté vers l'unité du chirurgien opérateur. Le lendemain en fin de matinée, les patients sont appelés au téléphone à leur domicile par une infirmière de l'UCA. L'UCA accueille les patients du lundi au vendredi de 7h à 19h.

La prise en charge en ambulatoire doit procurer confort et sentiment de sécurité : les rendez-vous sont informatisés, la totalité du déroulement de la prise en charge en ambulatoire est détaillée dans un livret patient, les comptes-rendus sont réalisés en temps réel et une place de parking est réservée pour le patient. Les procédures d'organisation et de fonctionnement de l'UCA sont rédigées entre 2005 et début 2006³⁸.

B- Le tournant de 2005 : de la performance au volontarisme

a- Plus de 100% de taux d'occupation à partir de 2005

Entre 2001 et 2005, le nombre de patients croît régulièrement : 1809 en 2003 et 2397 en 2005. L'objectif de 100% d'occupation des lits est atteint et dépassé en 2005, un an plus tôt que prévu. A cette date, les patients de l'UCA sont essentiellement des patients de chirurgie pédiatrique (23%), puis d'ophtalmologie (14%) et de chirurgie plastique (13%)³⁹. Par rapport à 2004, les variations par GHM les plus importantes sont l'augmentation des actes pour AMP et les circoncisions. En 2004, les actes de chirurgie ambulatoire réalisés au CHIC sont encore en deçà des taux planchers régionaux⁴⁰.

L'activité des blocs opératoires, en augmentation de 5% entre 2004 et 2005, démontre que l'accroissement des patients en chirurgie ambulatoire ne se fait pas au détriment de

³⁸ En plus du règlement intérieur, l'UCA fait l'objet de certaines procédures internes spécifiques : l'appel téléphonique à J-1, la maintenance et la vérification du chariot d'urgence, la gestion du personnel, l'accueil du patient adulte ou enfant, la sortie

³⁹ Données issues du rapport d'activité 2005 du CHIC, p.112-114

la chirurgie conventionnelle. La suppression de la journée dédiée au ménage permet d'accueillir trente patients de plus en 2005. Six salles supplémentaires sont ouvertes aux blocs (polyvalent et des spécialités). Les plages allouées sont réexaminées afin d'être plus en adéquation avec les demandes des services. Depuis fin 2004 se pose aussi la question de la rotation des lits en journée. E. VEYRET indique que l'UCA accueille régulièrement plus de quinze patients par jour. Le jeudi, jour de la chirurgie plastique, est marquée par une double rotation des lits. En 2007, 2538 patients sont pris en charge en ambulatoire au CHIC, soit plus de 6% par rapport à 2006⁴¹. Le taux d'occupation des dix lits est de 113% sur l'ensemble des jours ouvrés, ce qui correspond en moyenne à 1,2 patient par jour et par lit. Les spécialités les plus pourvoyeuses de patients sont aujourd'hui l'ophtalmologie, en récente augmentation (22%), la chirurgie pédiatrique (20%) et la PMA (14%). Le nombre de transferts vers d'autres structures de soins est faible (1,42%)⁴².

b- Le temps des incitations et de l'adhésion des acteurs, dans un contexte budgétaire contraint

Des incitations tarifaires au développement de l'ambulatoire dès 2007

En 2005, la direction et la communauté médicale entament une réflexion commune sur le potentiel de substitution des actes chirurgicaux réalisés au CHIC, au regard des dix huit actes traceurs identifiés par l'AFCA en 1996 et repris par les organismes de tutelle en 2001⁴³. La direction décide de mettre en place deux tableaux de bord. Le premier est une grille mesurant l'adéquation des moyens par rapport à l'activité opératoire, le second recense les évolutions de l'activité chirurgicale, et offre une vision comparative d'une année sur l'autre⁴⁴. Si la finalité de ces outils est le suivi du nouveau projet d'établissement, la périodicité des bilans est semestrielle. La T2A favorise désormais un décompte de l'activité en séjours, et non plus seulement en patients. Efficace en termes de turn-over (plus de 100% d'occupation des lits neuf mois sur douze), l'UCA est bientôt confrontée à la nécessité d'être performant en termes de prise en charge.

En effet, l'année 2007 voit se poursuivre les réformes budgétaires (EPRD) et financières (T2A) structurelles pour les établissements de santé. La T2A passe à 50% du budget

⁴⁰ Enquête SMAMIF-MESPES, août 2004

⁴¹ E. VEYRET estime que l'UCA pourrait accueillir 2570 patients en 2008 (prévisionnels), à raison de 248 patients par mois toutes spécialités confondues

⁴² Tableaux de bords de l'UCA en 2007, fournis par le Dr T. BILLEBAUD

⁴³ Enquête PNIR, par région -chirurgie ambulatoire -, 2001

⁴⁴ Compte rendu de la réunion du 5 juillet 2005 sur la chirurgie ambulatoire

MCO des EPS. Pour la première fois depuis huit ans, le CHIC est en déficit en 2006, l'activité et sa valorisation deviennent alors prépondérantes dans le cadrage budgétaire de l'établissement. La hausse globale des tarifs de 1,26% souligne encore que l'activité et son recensement sont désormais cruciaux et constituent une part essentielle du financement de l'EPRD⁴⁵. Les projets du CHIC sont nombreux et incitent à penser que l'augmentation de l'activité est réalisable : extension des suites de couches, ouverture de l'ensemble des capacités en médecine, ouverture du centre de lutte anti-tuberculose...

Symboles de la montée en charge de la T2A, cinq GHS de chirurgie ambulatoire sont financés à 100% dès 2007 : la libération du canal carpien, la chirurgie de la cataracte (interventions sur le cristallin), la pose de drains transtympaniques, les ligatures et les éveinages, et la circoncision. Les séjours auxquels il renvoie sont très homogènes et superposables, dans leurs contenus, à une forte proportion des séjours des GHM correspondants d'hospitalisation de plus de deux jours. Ils représentent en montant 26% des GHM chirurgicaux de l'hospitalisation de moins de deux jours pour le secteur public et 54% pour le secteur privé. Il est procédé à un retraitement afin de débaser de la DAC la chirurgie ambulatoire⁴⁶. La somme correspondant aux cinq GHS aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation de plus de vingt-quatre heures est débasée de l'enveloppe complémentaire et réintégrée dans les recettes T2A⁴⁷.

Une forte adhésion des patients et des chirurgiens du CHIC

Le développement de la chirurgie ambulatoire est aussi encouragé par les patients, dont le taux de satisfaction suite à une prise en charge à l'UCA est très fort. Ainsi, les résultats des questionnaires de sortie en 2007 indiquent que la qualité des soins médicaux est jugée très satisfaisante et satisfaisante par 73% des patients. La qualité des soins paramédicaux est reconnue par 90% d'entre eux. Il ressort des remarques manuscrites que le personnel est « *gentil, aimable et compétent* », et que « *l'accueil est remarquable* ». La confidentialité est jugée « *satisfaisante* » par la majorité des patients, même si la configuration en boxes, séparés par des rideaux, n'apparaît optimale.

En 2007, comme les cinq dernières années, la chirurgie ambulatoire est le premier service de l'hôpital en termes de retour de questionnaires (47%), c'est également celui dont la prise en charge globale, de l'accueil à la sortie, est évaluée le plus positivement.

⁴⁵ Circulaire tarifaire DHOS N°DHOS/F2/DSS/1A/2007/188, du 9 mai 2007.

⁴⁶ Le CHIC est débasé de 65% des recettes perçues au titre de ces GHS

⁴⁷ EPRD 2007 du CHIC, p. 5

Près de 83% des patients seraient prêts, le cas échéant, à accepter d'être hospitalisés de nouveau dans les mêmes conditions, et à recommander l'UCA à d'autres malades⁴⁸.

En janvier, un questionnaire interne validé par le trinôme du pôle de chirurgie est envoyé à chaque chef de service. Les dix spécialités concernées répondent et huit d'entre elles se positionnent sur les possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire. A titre d'exemple, l'ophtalmologie estime qu'à nombre de plages opératoires identiques, seulement cinq patients supplémentaires pourraient être pris en charge par semaine. Le chef de service propose soit d'augmenter ses vacations, soit de prolonger le programme d'ophtalmologie de deux heures en fin de journée, soit d'ouvrir une troisième salle opératoire pour l'ophtalmologie. Si les solutions proposées par les chefs de service ne sont pas toutes recevables, l'implication des médecins dans la réflexion sur le devenir de l'UCA est notable⁴⁹. Elle témoigne d'un désir de voir l'UCA se développer, et de jouer un rôle actif, chacun dans son service, dans ce développement et l'accroissement de son activité.

Au CHIC, la montée en puissance de la chirurgie ambulatoire est programmée en ce que d'importants moyens humains et matériels sont mis à la disposition de l'UCA dès 2001. Le CHIC développe son activité sur un territoire de santé où l'offre en ambulatoire est relativement faible. En effet, le GH voisin H. Mondor – A. Chenevier (AP-HP) n'a pas de service de chirurgie ambulatoire. Enfin, l'implication des acteurs, progressive mais sûre, ouvre en 2005 la voie à une augmentation de la capacité en lits de l'UCA, dans un contexte de montée en charge de la T2A et de fortes rémunérations des actes réalisés en ambulatoire.

II- De l'UCA au SCA : continuité stratégique et pari sur l'avenir

1- Le doublement de la capacité en lits de l'UCA, conception d'un projet (2006-2007)

Au CHIC, un nouveau projet de développement de la chirurgie ambulatoire est rédigé et présenté aux instances de l'établissement en 2007, conformément aux objectifs fixés

⁴⁸ Données issues des tableaux de bord de la direction de la gestion des risques du CHIC

⁴⁹ Cette enquête est en annexe du projet de développement de la chirurgie ambulatoire de juin 2007

dans le projet d'établissement 2005-2009 : il définit les conditions d'organisation et de fonctionnement d'un service de vingt lits. Etabli sous l'égide du trinôme du pôle de chirurgie, le projet du Dr T. BILLEBAUD et les options choisies pour sa réalisation ne sont véritablement finalisés qu'au printemps 2008.

A- La conjonction d'un contexte et d'une stratégie d'établissement

Les résultats encourageants de l'UCA conjugués à l'identification d'un potentiel d'augmentation de son activité encouragent le CHIC, dès 2005, à poursuivre dans la voie du développement de la chirurgie ambulatoire. L'implication de la communauté médicale aux côtés de la direction joue un rôle essentiel dans l'augmentation de la capacité en lits de l'UCA. Le projet est placé sous le signe de la transversalité, de l'efficacité et de la sérénité.

a- L'UCA : un bilan encourageant et un potentiel de développement identifié

Les perspectives optimistes de 2005

En juillet 2005, le chef d'établissement, le président de CME et les chefs de services concernés par la chirurgie ambulatoire se réunissent en vue de faire un point sur l'activité de l'UCA . Une question se pose : l'activité de chirurgie ambulatoire peut-elle augmenter, sans augmenter le temps anesthésique ni agrandir les locaux ?

En chirurgie pédiatrique, 100% des plages sont allouées et soixante-dix patients ont été recusés depuis le début de l'année. Le délai d'attente est de quatre à cinq mois, faute de plages au bloc et de places à l'UCA. En chirurgie gynécologique, l'activité nouvelle d'AMP se développe conformément aux prévisions : cent soixante-dix ponctions ont été réalisées depuis novembre 2004, ce qui représente cent cinquante patientes en six mois. En ORL, un seul chirurgien pédiatrique est alors disponible et seule l'opération des végétations est réalisée au CHIC. Le délai d'attente est de quatre à six mois. Les opérations des amygdales est une piste de développement possible. En ophtalmologie, le principal problème est déjà le manque de plages opératoires. Le délai d'attente étant de deux à trois mois, beaucoup de patients –leur nombre n'est pas connu- sont hospitalisés en conventionnel sur une journée. Cette « fausse activité » ambulatoire représente d'ors et déjà un manque à gagner au titre de la T2A. Concernant l'urologie, spécialité peu pourvoyeuse d'actes ambulatoires dans la mesure où elle n'est concernée par aucun des

dix-huit actes traceurs, cent deux patients sont concernés en 2005⁵⁰. En anesthésie réanimation, deux demi-plages sont consacrées aux poses de chambres implantables. Leur nombre convient au chef de service, qui vise la réalisation de quatorze mille actes anesthésiques. Le problème est celui du départ d' infirmièrespanseuses, qui vont entrainer la fermeture de salles. Il est difficile de recruter des IADE et la formation d'une infirmière en interne nécessite trois à six mois.

Ainsi, à moyens constants, la majorité des services peut augmenter son activité de chirurgie ambulatoire, par transfert de patients de chirurgie conventionnelle. Le principe de l'augmentation du nombre des plages opératoires et du nombre de places à l'UCA est accepté. L'augmentation des hospitalisations conventionnelle d'un jour est réalisable mais n'est pas une piste privilégiée. La généralisation de la double rotation sur les lits de l'UCA est envisagée, ainsi que le recrutement de personnel supplémentaire pour accroître l'utilisation des blocs. En 2005, seulement 50% de la capacité totale du bloc (huit salles au bloc polyvalent, cinq salles au bloc des spécialités) est utilisée. Le directeur insiste alors sur la nécessité de chiffrer les potentialités d'évolution du CHIC sur la base de moyens extensibles et suffisants en personnel et lits d'ambulatoire.

Pour autant, la montée en charge de la T2A et le constat d'un premier déficit en 2006 obligent l'établissement à geler momentanément les recrutements prévus.

Le maintien du développement de la chirurgie ambulatoire dans un contexte

déficitaire

Une nouvelle étude réalisée par le médecin DIM en mai 2007 évalue la progression possible de l'activité en chirurgie ambulatoire à moyens constants. La méthodologie a consisté à retenir 50% des séjours PMSI moins de quarante-huit heures et de plus de vingt-quatre heures (classés CMD24), soit cinq cent soixante seize patients. A ces deux éléments, il faut ajouter cent quatre-vingt patients qui excèdent les capacités de remplissage actuelle et obligent à une double rotation certains jours ; soit un total de sept cent cinquante six patients correspondant à une progression de + 31%⁵¹.

La CM24 comportant une incitation financière intrinsèque à l'ambulatoire, favoriser les séjours courts de la CM24 signifie inciter à la pratique de l'ambulatoire. Il s'agit dès lors, dans ce champ, de retenir les GHM chirurgicaux. Le débasage de la DAC lié à la prise en

⁵⁰ Pour les 18 actes traceurs, voir dans ce document I, A

charge de cinq GHS à 100% de T2A dès 2007 précédemment évoquée⁵² prend en compte le potentiel de séjours CM24 contenu dans l'activité réalisée en hospitalisation conventionnelle, c'est-à-dire la part de l'activité de séjours longs susceptible d'être convertie en séjours courts. Une fois sa part de DAC retirée, presque 1,5 millions d'euros, le CHIC devait compenser par son activité. Il ressort d'une étude sur les cinq GHS menée en juillet 2007 par la direction des finances, que le débasage de la chirurgie ambulatoire n'est pas préjudiciable au CHIC, puisqu'il y gagne même 3674 euros. Ce chiffre positif est très largement dû à la prise en charge des circoncisions en ambulatoire (GHM 12C08Z et 24C24Z). En effet, les interventions de la cataracte (GHM 02C05Z et 24C03Z), GHS pourtant le plus pratiqué au CHIC, sont encore effectuées à 58% en hospitalisation conventionnelle et viennent contribuer négativement au bilan. Une évolution du mode de prise en charge apparaît souhaitable et possible dans la mesure où il constitue une perte de recettes T2A de 53 217 euros début 2007.

Compte tenu de ses difficultés financières, le CHIC ne parvient pas à faire d'étude prospective affinée sur cinq ans en chirurgie ambulatoire. De fait, depuis quinze ans, la DMS a fortement baissé. Les régimes anesthésiques, les progrès techniques et l'expérience acquise permettent une prise en charge en ambulatoire plus fréquente, mais qu'il n'est pas facile d'anticiper. Pour les Dr PONET et BILLEBAUD, établir une liste d'actes prédéfinis au CHIC au regard des pratiques dans les autres hôpitaux n'a pas véritablement de sens⁵³. Il n'existe d'ailleurs pas de liste exhaustive au niveau national pouvant être réalisé en ambulatoire. Hormis le consensus sur les cinq actes traceurs, le périmètre des actes susceptibles d'être réalisés en ambulatoire n'est pas défini. Une telle situation présente l'avantage d'offrir une plus grande liberté sur les différents sites⁵⁴. Dans ce contexte, il convient avant tout d'exploiter le potentiel existant en ophtalmologie (cataractes), accroître celui de l'ORL (poses de drains transtympaniques, amygdalectomies⁵⁵), et accroître et développer l'ambulatoire en orthopédie (libération du canal carpien, arthroscopie du genou, interventions sur le ménisque). Le CHIC n'a pas de secteur d'orthopédie adulte. Depuis 2006, le Dr P. BERIEL parle de « *rentabiliser les activités avant de chercher les activités rentables* »⁵⁶.

⁵¹ Fichiers PMSI 2005

⁵² Voir dans ce document I, 2, B2

⁵³ Entretiens avec les Dr Michel PONET et Thierry BILLEBAUD, *op. cit.*

⁵⁴ Le « bréviaire » de la chirurgie ambulatoire, l'ambulatoire en 20 questions, MeaH, 2007, p.2

⁵⁵ L'étude médico-économique adossée au projet de développement de la chirurgie ambulatoire en juin 2007 indique les amygdalectomies en ambulatoire peu nombreuses, avec 70 interventions en ambulatoire en 2007, contre 87 en hospitalisation complète (soit 43,7%).

⁵⁶ Entretien avec le Dr Pierre BERIEL, *op. cit.*

b- G. BARSACQ et le renforcement d'une stratégie d'établissement (projet d'établissement 2005-2009)

Au CHIC, les réflexions entamées sur le développement de la chirurgie ambulatoire sont organisées dans le cadre du nouveau projet d'établissement, qui a commencé au 1^{er} janvier 2005. Le doublement de la capacité en lit du prochain service d'ambulatoire est aussi conforme au SROS 2006-2010. Il fait l'objet d'engagements formalisés avec l'ARH dans le CPOM 2007-2012.

Arrivé au CHIC en 2002, G. BARSACQ fait siennes les priorités de son prédécesseur à la tête de l'établissement J.-C. COGNET : la chirurgie ambulatoire va « *dans le sens de l'Histoire des hôpitaux* ». Le nouveau directeur est attaché à l'idée de ne développer la chirurgie que par l'ambulatoire désormais, tout en maintenant la chirurgie conventionnelle à niveau constant. Directeur stratège, il souhaite que le plateau technique du CHIC reste ouvert aux chirurgiens plasticiens de H. Mondor, CHU voisin. Cette position, qui a fait l'objet d'un débat au sein de la communauté médicale dans les premières années de l'UCA, ne va pas de soi. A l'heure de la T2A, le nombre des praticiens de H. Mondor se raréfie sur les vacances qui leurs sont offertes, le jeudi. Pourtant, les recettes issues des interventions en chirurgie plastique sont affectées au CHIC. G. BARSACQ entend renforcer les liens de l'hôpital avec H. Mondor, conserver sa spécificité d'ambulatoire, atout du CHIC, et mutualiser les ressources rares disponibles sur le territoire de santé, compte tenu notamment de la baisse de la démographie médicale et du vieillissement de la population. Il souligne également que le développement de la chirurgie ambulatoire, dans ce cas précis, se justifie aussi démographiquement, dans la mesure où elle permet de libérer les médecins des fonctions dites supports, administratives et gestionnaires. G. BARSACQ évoque ici sa pleine convergence de vue avec le Pr B. HOUSSET, pneumologue et PCME depuis 1999⁵⁷.

Première partie du projet d'établissement 2005-2009, le rapport d'orientations stratégiques rappellent les disciplines principalement intéressées par l'ambulatoire au CHIC : la chirurgie pédiatrique, l'ophtalmologie et la gynécologie. Conformément aux objectifs du SROS de troisième génération⁵⁸, le doublement de la capacité en lits de l'UCA et sa transformation en SCA devrait permettre la réalisation de 3 500 actes de chirurgie ambulatoire en 2009. Il est également prévu de « *mettre à niveau les moyens anesthésiques* » pour permettre la montée en charge de l'activité du SCA. Enfin, le projet d'établissement insiste sur la nécessité de « *poursuivre le transfert vers l'ambulatoire des*

⁵⁷ Entretien avec Gérard BARSACQ, CHIC, 18 août 2008

dix-huit actes marqueurs réalisés en hospitalisation conventionnelle. » De plus, le CHIC s'attache à suivre la recommandation selon laquelle, « compte tenu des impératifs de sécurité et des difficultés concernant le recrutement du personnel médical et paramédical, il est souhaitable que les structures d'anesthésie ambulatoire soient adossées à une unité d'hospitalisation complète en chirurgie sur le même site. »⁵⁹

La fiche d'activité et d'engagement de la chirurgie ambulatoire figurant dans le CPOM indique les taux cibles pour 2010. En 2006, l'ARH-IF pointe 8 050 RSS d'ambulatoire, soit 14% des séjours recensés au CHIC. Le CHIC s'engage à réaliser en structure d'ambulatoire au moins 15% des séjours en 2010, et contractualise le développement des dix places supplémentaires dans l'UCA⁶⁰.

De fait, le CHIC obtient en 2006 le renouvellement de ses autorisations de chirurgie et de chirurgie ambulatoire, eu égard à ses « *données d'activité, aux conditions techniques de fonctionnement et d'organisation, sa compatibilité avec le SROS III et ses annexes et ses projets pour les cinq ans à venir* ». L'ARH-IF mentionne à cette occasion que l'UCA a obtenu le prix de la meilleure réalisation en interne lors de la journée d'évaluation réalisée au CHIC en septembre 2004 pour son action intitulée « l'appel de la veille et du lendemain », qui consiste en un appel préopératoire et postopératoire aux patients pour évaluer notamment la douleur⁶¹. Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'ARH-IF indique que la mise en œuvre de ces objectifs est du ressort du pôle chirurgie, qui doit mettre en place un groupe de travail transversal sur le développement de l'UCA et de son activité, avec désignation d'un chef de projet.

Le dossier d'évaluation de la chirurgie ambulatoire renvoyé par l'ARH-IF et la DDASS signale qu'une méthode de travail a été proposée par le trinôme de pôle. Elle débute par l'analyse du potentiel actuel et futur de chirurgie ambulatoire, puis viennent l'analyse des locaux et de leur fonctionnalité, l'évaluation des interactions avec le bloc opératoire et l'impact sur le personnel.

⁵⁸ SROS ARH-IF 2006-2010, p. 90

⁵⁹ SROS ARH-IF, *op. cit.*

⁶⁰ CPOM 2007-2012, CHIC-ARHIF, annexes 2-1

⁶¹ Dossier d'évaluation de renouvellement des autorisations de chirurgie, ARH-IF, 2006

B- L'élaboration progressive et transversale du projet de SCA

a- Les étapes de la gestion de projet

La désignation d'un chef de projet et le primat de la concertation

En septembre 2006, G. BARSACQ confie officiellement au trinôme du pôle de chirurgie la rédaction d'une étude détaillée sur un projet d'agrandissement et d'augmentation de l'activité de l'UCA. Le trinôme de pôle est constitué du Dr M. PONET, responsable de pôle, J. ORTALI, cadre supérieur de santé et A. CORVAISIER, directeur des services économiques et logistiques délégué sur le pôle. Ils forment un premier groupe de travail, chargé dans un premier temps de réfléchir à la méthodologie du projet.

Le Dr M. PONET désigne le Dr T. BILLEBAUD comme chef du projet. Les deux médecins sont également en charge de l'élaboration du volet médical de l'étude, à soumettre à la direction à l'été 2007. Cette nomination marque le début effectif du projet. Dans un premier temps, le Dr T. BILLEBAUD s'attache à faire un diagnostic de l'UCA ainsi une analyse des textes réglementaires relatifs à la chirurgie ambulatoire. Puis, le chef de projet rencontre les différents chefs de service, afin d'obtenir des engagements sur le développement de l'activité ambulatoire et conventionnelle. Si l'on observe les cinq activités chirurgicales les plus fréquentes, la chirurgie ambulatoire représentait 36% des actes réalisés en 1999 et 51% en 2005. Le taux cible fixé par les tutelles pour l'année 2008 est de 85%.

Spécialités chirurgicales	Les 5 interv. chir. les plus fréquentes	Taux d'ambulatoire en 1999 (%)	Taux d'ambulatoire en 2005 (%)	Taux cible en 2008 (%)
Ophthalmologie	Cataracte	28	53	85
Orthopédie	Arthroscopie du genou	28	36	85
Vasculaire	Varices	18	24	85
ORL et maxillo faciale	Végétations et amygdales	59	64	85
	Extractions dentaires	44	62	85
	Total	36%	1%	85%

Le groupe de travail identifie rapidement que « *la substitution d'hospitalisation complète en hospitalisation ambulatoire pourrait se traduire par une dégradation du chiffre d'affaire* » que l'établissement doit compenser par une diminution de charges ou par l'augmentation de l'activité sur les places libérées en hospitalisation complète⁶². A l'été 2007, le pôle de chirurgie initie une étude portant sur la réorganisation des blocs opératoires afin d'augmenter l'activité chirurgicale et répondre à un besoin de lissage de l'activité de l'UCA, tant au niveau hebdomadaire qu'annuel.

En effet, avec dix lits installés, le taux d'occupation varie suivant les mois. Ainsi, en janvier 2006, il est de 100%, mais peut fluctuer dans l'année de 134% (novembre) à 86%. Le diagnostic de l'UCA indique que la rotation d'un lit deux fois dans la journée est possible pour certaines spécialités (chirurgie plastique, oncologie, AMP) mais pas pour toutes, du fait du type d'intervention, de l'âge du patient et des pathologies associées. Elle exige de la part du chirurgien ou de l'anesthésiste plusieurs passages dans l'unité pour donner les autorisations de sortie. Enfin, elle apparaît aussi freinée par le caractère exigüé des locaux et l'impossibilité, par exemple, de laisser plus de trois patients en même temps

dans la salle d'attente interne de dix m², sachant que les accompagnateurs sont souvent présents⁶³.

Le contenu du volet médical

Les engagements des chefs de service de chirurgie sur le développement de la chirurgie ambulatoire ont été obtenus à la suite de réunions de concertation au cours desquelles le Dr M. PONET a joué un rôle d'arbitre majeur. La progression possible de l'activité à moyens constants fait l'objet à partir de ce moment d'engagements précis de la part des médecins. Les résultats du questionnaire interne de janvier 2007 sont agrégés au volet médical de l'étude et comparés avec les résultats de l'enquête du DIM menée au même moment⁶⁴.

⁶² Projet de développement de chirurgie ambulatoire, Dr Thierry BILLEBAUD, juin 2007, p.3

⁶³ *Ibid.*, p.4

⁶⁴ Cf dans ce document I, 2, B2

Spécialités chirurgicales	Nombre de patients en 2006	Projection 2007 de la direction	Rép. questionnaire - patients sup p/r 2006	Progression possible (50% PMSI)
Chir. pédiatrique	532 (33 lits)	668	+ 50	+50
Ophthalmologie	434 (15 lits)	246	+ 225	+136
CIP	226 (UCA)	Non connue	+100	+100
AMP	322 (UCA)	+ 10 à 15%	+38	+38
Chir. plastique	194 (UCA)	0	Non connue	0
ORL	183 (29 lits)	230	+18	+18
Stomatologie	170 (1 lit)	190	+70	+70
Urologie	119 (6 lits)	81	+12	+7
Viscérale	56 (18 lits)	56	+4	+25
Gynécologie	54 (26 lits)	Non connue	Non connue	+132
Total	2372		517	576
Excéd patient 2006	180		697 (29%)	756 (31%)

Les chefs de service ne prennent pas d'engagement sur l'activité de chirurgie conventionnelle. A. CORVAISIER estime néanmoins que cette première étape est positive, dans la mesure où tous les médecins ont établi précisément le potentiel d'augmentation de leur activité en ambulatoire.

L'ajout d'une charte de fonctionnement, volet qualité de l'étude

Le Dr M. PONET et A. CORVAISIER relisent une première version du volet médical mise en forme par le Dr T. BILLEBAUD et E. VEYRET, et décident d'y adjoindre une démarche qualité, convaincus que la maîtrise du parcours du patient (du « processus de production » en chirurgie ambulatoire) est le fondement du bon fonctionnement de l'UCA. Le parcours comporte plusieurs étapes, dont certaines sont identifiées comme zones de risques, qui, non maîtrisées, peuvent entraver le bon déroulement du séjour d'un patient et en conséquence de tout ou partie du programme de la journée. Ces dysfonctionnements se traduisent par des déprogrammations, des retards et des allongements de délais d'attente ou encore des conversions en hospitalisation complète. Dans l'étude de développement de chirurgie ambulatoire, le parcours du patient est schématiquement scindé en trois temps : les étapes pré-hospitalières, hospitalières et post-hospitalisation.

Dans les *étapes pré-hospitalières*, les risques principaux sont :

- L'absence de pose d'indication à une prise en charge ambulatoire qui peut être due à manque de conviction de certains opérateurs, à un défaut d'information des professionnels sur les critères d'éligibilité du patient, à l'absence de consensus au sein de la spécialité sur les actes déclarés éligibles et à la non ouverture de l'UCA le jour où l'intervention est programmée
- Un défaut de communication entre équipes chirurgicales et d'anesthésie, l'une et l'autre n'ayant pas connaissance de la proposition de prise en charge en ambulatoire. Au CHIC, le taux de progression de 2002 à 2006 de 49% témoigne de l'intérêt des opérateurs pour ce type de prise en charge. De nouveaux critères d'éligibilité sont apparus depuis l'ouverture : la chirurgie plastique des tumeurs cutanées, le prélèvement d'ovocytes dans le cadre de l'AMP et la pose de chambres implantables

En ce qui concerne « la non ouverture de l'UCA le jour où l'intervention doit être programmée », il est défini que la structure est désormais fermée quatre semaines au mois d'août et une semaine entre Noël et le jour de l'an, traditionnellement période de faible activité chirurgicale. L'UCA est aussi fermée les jours fériés.

- Une mauvaise information du patient sur les spécificités de l'ambulatoire entraînant un défaut de préparation, une non prise en compte du respect des horaires ou une prise de conscience tardive de la non éligibilité du patient au cours de la prise en charge

Au CHIC, un dossier ambulatoire adulte ou enfant est distribué lorsque la décision d'hospitalisation est prise par le chirurgien. La veille du jour de l'hospitalisation, le patient est appelé à son domicile selon un mode opératoire interne détaillé⁶⁵. Son heure de rendez-vous dans la structure y est aussi cadrée : les patients entrent en moyenne deux heures avant le passage au bloc opératoire.

- Un circuit trop complexe de prise de rendez-vous ou de pré-admission, pouvant entraîner une présentation du patient le jour de son intervention sans consultation pré-anesthésique, sans pré-admission réalisée ou sans qu'il soit attendu

Au CHIC, le rendez-vous opératoire est fixé soit par le chirurgien soit par la programmation opératoire de chaque consultation. Réparties entre les spécialités, les plages de chirurgie peuvent faire l'objet d'une deuxième répartition possible suivant les règles définies dans le règlement intérieur⁶⁶. Ainsi, lorsque la fiche annonce est enregistrée pour le bloc opératoire, la place de chirurgie ambulatoire est alors automatiquement réservée. Par ailleurs, un staff des opérés est réalisé par la plupart des activités chirurgicales. Le programme opératoire est envoyé au bloc et à l'UCA. Les deux services vérifient l'adéquation entre le programme prévisionnel et le programme enregistré dans le logiciel Bloqual de gestion du bloc et de l'UCA. Les dossiers chirurgicaux et anesthésiques sont vérifiés lors des staffs et lors de la préparation du patient en chirurgie ambulatoire.

Au cours des *étapes hospitalières*, toutes les étapes du processus sont susceptibles de venir perturber la bonne organisation du service :

- A l'accueil, si les patients arrivent en même temps, ou si les pré-admissions n'ont pas été faites, ou encore si les dossiers n'ont pas été vérifiés la veille (notamment consultation pré-anesthésique, résultats d'examens complémentaires, information en lien avec l'éligibilité et le retour à domicile)

Au CHIC, le dossier patient est préparé à J-2 et au plus tard la veille de son hospitalisation. Le dossier comporte les éléments suivants : la consultation chirurgicale, préanesthésique, les résultats d'examens complémentaires et la pré-admission. L'heure d'arrivée du patient a été programmée en fonction de son ordre de passage au bloc opératoire et suivant le mode opératoire évoqué préalablement.

⁶⁵ Procédure interne CHI/AMB/MOP/004

⁶⁶ Le règlement intérieur de l'UCA a été réactualisé en 2007 et inclu dans le projet de développement de la chirurgie ambulatoire

- En SSPI, si les patients ambulatoires ne sont pas identifiés en tant que tels, ce qui n'incite pas à les en faire sortir en priorité

Les patients d'ambulatoire du CHIC sont identifiés sur le dossier de soins, le personnel de SPI connaît donc le type d'hospitalisation.

- Avant la sortie, si l'évaluation de « l'aptitude à la rue » n'est pas protocolisée, de même que les modalités de production des documents de sortie, qui sont du ressort des équipes et des secrétariats médicaux

La décision de sortie fait l'objet au CHIC d'un document spécifique signé par le chirurgien ou l'anesthésiste. Une procédure de sortie précise les modalités ainsi que les documents remis aux patients⁶⁷.

Dans les *étapes post-hospitalisation*, le risque mis au premier plan est lié à la gestion d'éventuelles complications (douleurs, nausées) pour lesquelles il est important de pouvoir apporter une réponse adaptée dans des délais raisonnables. Au CHIC, un appel des patients est réalisé à J+1 selon un enregistrement spécifique qui est analysé une fois par mois⁶⁸.

La charte de fonctionnement, rédigée conjointement par A. CORVAISIER et E. VEYRET, vise à établir une véritable relation entre les services de chirurgie et l'UCA. Il se termine par la pose d'indicateurs qualité, en cours de réalisation : le taux de déprogrammations (en regard des causes propres au patient ou relatives à l'organisation), le taux de transfert en hospitalisation complète (en regard des causes purement médicales ou relatives à l'organisation), le taux de satisfaction des patients (un questionnaire dédié aux patient des hôpitaux de jour du CHIC doit être rédigé), et la variabilité de l'activité depuis l'ouverture de la structure (annuelle et mensuelle). A l'automne 2008, tous les indicateurs ne sont pas encore en place. Les Dr M. PONET et T. BILLEBAUD reconnaissent qu'il n'y a pas de chiffres disponibles sur la déprogrammation, phénomène très rare au demeurant. En revanche, à titre d'exemple, le taux de transfert est connu, il est de 1,42% et concerne trente six patients en 2007⁶⁹.

L'évaluation médico-économique de l'UCA : l'essentielle coordination entre DRH, le responsable du pôle chirurgie et la DAF

⁶⁷ Procédure interne CHI/AMB/PRC/002

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Données UCA 2007, fournies par le Dr Thierry BILLEBAUD

Dès son arrivée au CHIC en avril 2007, la nouvelle directrice des finances H. De ROO commence à travailler sur l'étude médico-économique du projet de développement de chirurgie ambulatoire, en étroite collaboration avec A. CORVAISIER, devenu directeur des ressources humaines trois mois plus tôt. H. De ROO évalue la rentabilité du projet et les coûts engendrés par les travaux et les amortissements, principaux postes de dépenses identifiés.

Pour l'élaboration des perspectives financières de la chirurgie ambulatoire, H. De ROO rencontre d'abord le Dr M. PONET, puis constitue un sous-groupe de travail, avec les Dr M. PONET et T. BILLEBAUD, E. VEYRET, A. CORVAISIER et C. FAURE, contrôleur de gestion au CHIC. Au cours de trois réunions, le sous-groupe « finances » se retrouve pour valider les étapes successives de la rédaction du volet médico-économique entre avril et juin. Les nouveaux postulats sont les suivants : une T2A à 100% en 2008 et un engagement de transfert des chefs de services de sept cent cinquante six patients vers l'UCA⁷⁰. Il n'y pas encore d'engagement cependant sur un nombre d'actes ou de GHS.

L'étude reprend le nombre de séjours RUM, le nombre de séjours RSS et la valorisation T2A de l'activité d'ambulatoire. Le coût annuel moyen par RUM est estimé à 1268 euros. En prenant en compte l'hypothèse selon laquelle l'UCA reste un plateau technique, les recettes et le temps médical sont affectés sur les UF des services contributeurs dans le cadre de la comptabilité analytique.

La part des *recettes* prévisionnelles 2007 ajoutée au montant des recettes supplémentaires 2008 affectée à l'ophtalmologie s'élève à 1 237 930 euros. Celle de la chirurgie pédiatrique est de 728 814, et celle de la gynécologie est de 683 849. Au total, la part de l'ensemble des recettes 2007 ajoutée au montant des recettes supplémentaires 2008 s'élève à 3 926 163 euros.

Concernant *les dépenses* prévisionnelles, il est admis que l'activité va augmenter de 30% et que l'augmentation des charges sera proportionnelle, dans les quatre titres de dépenses. Les dépenses de titre 1 vont augmenter aussi de 30 000 euros, montant correspondant au seul recrutement prévu (un ASH) dans le cadre du doublement de la capacité en lits de l'UCA. Avec les dépenses de charges induites (pharmacie, anapathologie, laboratoires, imagerie, bloc polyvalent, gestion générale et autre logistique), les dépenses prévisionnelles sont de 2 569 163 euros. Les dépenses sont réparties sur les services utilisant l'UCA au prorata de leur recettes T2A.

Le bilan pour 2008 est le suivant, compte tenu que :

- le montant des recettes supplémentaire n'apparaît pas
- les recettes perçues grâce à l'activité de H. Mondor sont considérées comme un produit déductible et de ce fait déduites des dépenses à répartir (2 341 244 euros)

UF de resp médic.	Recettes (euros)	Dépenses (euros)	Différence (euros)
Ophthalmologie	778 947	773 668	5 279
Chirurgie pédiatrique	556 432	552 662	3 770
Gynécologie	524 560	521 006	3 554
ORL	240 942	239 310	1 632
Réanimation adultes	161 559	160 464	1 095
Stomatologie	192 724	191 418	1 306
Urologie	154 083	153 038	1 045
Chirurgie générale	69 936	69 463	473
Total	2 679 183	2 661 029	18 154

A l'automne 2007, la finalisation de l'étude médico-économique adossée au projet de développement de la chirurgie ambulatoire donne l'occasion de faire un point sur la chirurgie de la cataracte.

⁷⁰ Voir dans ce document, II, 1, B1

Au CHIC, les interventions sur le cristallin présentent en effet un fort potentiel de progression tout en restant à un niveau de prise en charge en ambulatoire bas, 37% en juillet 2007. Désirant comprendre cet état de fait, les Dr M. STERKERS, PH en ophtalmologie, et P. BERIEL réalisent une courte étude prospective sur les patients opérés de la cataracte en hospitalisation conventionnelle. En quinze jours, sur quarante neuf patients, sept auraient pu faire l'objet d'une hospitalisation en UCA. Bien que le pourcentage d'hospitalisation de jour pour le GHM 24C03Z soit en hausse par rapport à 2006 (intervention sur le cristallin, séjours de moins de deux jours), les caractéristiques sont encore très largement prises en charge en conventionnel. En 2006, la DMS du service d'ophtalmologie est de 1,5 jours, ce qui est anormalement haut au regard de son activité importante d'hospitalisation (1634 séjours) comparé à la moyenne des hôpitaux et cliniques d'Ile-de-France.⁷¹ En juin 2008, la tendance à la hausse se confirme cependant: 54% des interventions sur le cristallin sont désormais réalisées en ambulatoire. Sur 786 cataractes, 429 sont faites à l'UCA.

Afin de poursuivre dans cette voie, l'étude menée par le Dr M. STERKERS recommande d'établir un protocole commun entre l'ophtalmologie et l'équipe d'anesthésie afin de définir en commun les critères contreindiquant de l'ambulatoire. Un autre protocole commun avec l'équipe chirurgicale permettrait de proposer systématiquement l'ambulatoire au patient et de mieux cadrer le temps consacré aux visites post-opératoires. Enfin, la possibilité d'un retour en taxi associé à la présence pour la première nuit d'une personne restant au domicile de l'opéré constituerait un facteur favorable⁷². A ce jour, ces recommandations ne sont pas encore suivies d'effets. Un bilan comparatif de l'évolution des durées d'hospitalisation des premiers semestres des cinq dernières années est cependant disponible.

b- La mise en forme du projet et sa validation par les instances

Le projet de développement de la chirurgie ambulatoire est mis en forme, chaque volet se succédant dans l'étude, et présenté aux instances de l'établissement à partir de la fin de l'année 2007.

⁷¹ Source : Sevlos, PMSI 2006-2005

⁷² L'étude des Dr Margaret STERKERS et Pierre Bériel est réalisée en mai 2007 dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles au CHIC. Elle fait écho à la référence 44 du manuel d'accréditation de la V2 : « Evaluation de la pertinence des pratiques au regard des besoins des patients », critère : a, « Pertinence des durées d'hospitalisation pour interventions sur le cristallin ».

L'ensemble de l'étude est mis en forme par E. VEYRET, A. CORVAISIER et le Dr T. BILLEBAUD. Dans un premier temps, le projet fait l'objet d'une validation par le pôle chirurgie (bureau, puis trinôme). Il est ensuite présenté pour approbation lors du Conseil exécutif du 22 octobre 2007. A. CORVAISIER précise que ce projet a été retravaillé à l'automne dans le contexte d'une T2A à 100%, ce qui diminue la marge des bénéficiaires escomptés. Il signale aussi que les effets sur la baisse de la chirurgie conventionnelle sont difficiles à évaluer. G. BARSACQ indique alors qu'il souhaite qu'un contrat soit passé entre le futur chef de service de chirurgie ambulatoire et les autres chefs de services de chirurgie. Le nouveau service sera situé au bâtiment B, au même niveau que l'UCA, dans les espaces actuellement occupés par l'ophtalmologie. Le Conseil exécutif décide donc de mettre en place un plan d'actions de réorganisation de la chirurgie en lien avec l'ophtalmologie et d'ouvrir dix lits supplémentaires en chirurgie ambulatoire. Le 31 janvier 2008, le Conseil d'administration du CHIC, sous la présidence de B. JEANVOINE, adjoint au maire, vote à l'unanimité la transformation de l'UCA en service de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire. C'est l'occasion pour G. BARSACQ d'indiquer que le taux de prise en charge en ambulatoire au CHIC atteint 31%, toute spécialité confondue (24% hors gynécologie). Il signale l'importance de la performance dans la mesure où le CHIC ne se positionne pas sur l'ensemble des actes traceurs, du fait du nombre limité de ses spécialités. A ce titre, la comparaison avec les statistiques nationales globalisantes (40% dans les EPS) est biaisée. Au cours de cette même séance, le Dr T. BILLEBAUD, vivement remercié pour son implication, est désigné chef de service du nouveau SCA⁷³.

En janvier 2008, trois points restent en suspens :

- la réflexion sur les moyens anesthésiques : eu égard à la démographie des médecins anesthésistes, deux fois plus nombreux que les infirmières, et à l'équipement récent dont ils disposent au CHIC⁷⁴, la réflexion sur le développement de la chirurgie ambulatoire ne s'est pas accompagnée d'une réelle réflexion sur l'optimisation de l'activité anesthésique. Un projet de centralisation des consultations d'anesthésie est à l'étude mais n'a pas connu de développement récent
- la perte d'activité en chirurgie conventionnelle n'est pas évaluable. Les campagnes tarifaires des tutelles devraient continuer à inciter les EPS à développer la chirurgie ambulatoire au cours des deux prochaines années.

⁷³ Comptes rendus du conseil exécutif du 22 octobre 2007 et du Conseil d'administration du 31 janvier 2008

⁷⁴ Depuis 2006, le CHIC est doté d'un monitoring de l'activité électroencéphalographique (MAE).

- la localisation précise du SCA au bâtiment B n'est pas arrêtée : le choix du premier étage du bâtiment B n'a pas fait l'objet de débat particulier dans la mesure où, tout d'abord, le SCA, comme l'UCA, est une unité satellite totalement individualisée géographiquement et administrativement, fonctionnant en douze heures et fermant en fin de journée et le week-end. Ensuite, il doit être situé à l'étage des blocs opératoires pour permettre un circuit rapide des patients.

Deux options de localisation sont possibles : le SCA peut-être soit une extension contiguë avec l'unité actuelle, soit une relocalisation complète. Le nouveau service peut-être en « L », c'est-à-dire qu'on ajoute à l'actuelle UCA les dix lits supplémentaires dans un rapport perpendiculaire, les deux ailes se rejoignant au niveau de l'accueil. Si le service déménage complètement, les locaux du SCA devront être d'un seul tenant dans l'étage⁷⁵.

C- La finalisation du projet, au regard de sa mise en œuvre

a- Le choix d'un SCA « d'un seul tenant » et l'impact sur le personnel

En septembre 2007, la direction confie à J.-J. BOYER, ingénieur et directeur de l'ingénierie et des travaux au CHIC, la mission de rédiger un premier cahier des charges en vue du doublement de la capacité en lits du service. G. BARSACQ lui demande de faire deux estimations de coûts correspondant aux deux choix possibles de localisation du SCA, au premier étage du bâtiment B.

La solution d'un service en perpendiculaire, dit en « L » s'avère d'emblée plus coûteuse en ce qu'elle implique des travaux plus importants de mise aux normes, de dédoublement de locaux communs (salle de soins, vidoir, lave-bassin, vestiaires, espace de détente) et d'aménagement de chambres pour les patients. Le « L » paraît moins pratique pour le personnel, évoluant dès lors dans un espace « cassé en deux ailes » et moins confortable pour le patient, puisqu'il s'agira alors de conserver l'UCA actuelle, dont l'espace est exigü et ne favorise pas la confidentialité et l'intimité.

Pour B. GRIMON-COSTANT, nouvelle directrice des soins arrivée au CHIC en mai 2007, le service en « L » pose plusieurs problèmes. L'espace pour le personnel n'est pas optimisé et la création de locaux spécialisés n'est plus envisageable. Elle rappelle à A. CORVAISIER qu'une infirmière est en charge de cinq patients en chirurgie ambulatoire.

⁷⁵ Projet de développement de la chirurgie ambulatoire, p.14

Une configuration en « L » aurait pour effet une moindre visibilité immédiate sur l'ensemble du service, une infirmière qui se trouverait au bout d'une aile ne pouvant ni voir ni entendre des patients placés dans l'autre aile. La sécurité apparaît plus difficile à assurer, sauf à supposer le recrutement de personnel soignant supplémentaire. En outre, en plus d'être moins convivial pour les patients et le personnel, une telle solution ralentirait très certainement le rythme des prises en charge, l'espace à parcourir étant plus vaste. Dans un contexte de 100% T2A, cet argument trouve un certain écho au sein du groupe de travail et à la direction générale. La solution d'un service d'ambulatoire installé dans l'ancien secteur d'hospitalisation de l'ophtalmologie actuellement vide s'impose progressivement. Ce service de 776 m² comporte déjà une vingtaine de chambres disposées en rectangle autour du poste de surveillance. Enfin, l'option d'un service d'un seul tenant présentait l'avantage d'installer définitivement la chirurgie ambulatoire dans ses murs et d'envisager la restructuration du service d'ophtalmologie, longtemps différée, entre le premier et le deuxième étage du bâtiment⁷⁶.

b- L'analyse des locaux et de leur fonctionnalité

En mai 2008, le groupe de travail sur le développement de la chirurgie ambulatoire se réunit à nouveau pour analyser en commun les locaux du premier étage du bâtiment B. Le groupe se rallie à B. GRIMON-COSTANT qui relaie l'opinion du personnel soignant impliqué (E. VEYRET et N. DEVEY notamment). Dès lors, J.-J. BOYER fournit au groupe de travail des plans du service d'hospitalisation d'ophtalmologie, dont l'espace est à réorganiser pour recevoir dans plusieurs mois le SCA.

Dans les vingt chambres, l'objectif est de mettre des lits intermédiaires ou des fauteuils roulants. La plupart des chambres font plus de quinze m², ce qui laisse envisager la possibilité, dans un avenir relativement proche, d'installer deux patients par chambre. Les cloisons de nouvelle chirurgie ambulatoire sont fixes⁷⁷. Les besoins en termes de mobilier sont minimes, la plupart des éléments proviendra de l'UCA ou d'autres services du CHIC (fauteuils, lits). E. VEYRET souligne la nécessité de récupérer un plan de travail en nurserie pour changer les enfants, tandis que le Dr M. PONET rappelle que l'opération « pièces jaunes », déjà réalisée au CHIC par le passé, pourrait financer la salle de jeux et éventuellement de nouveaux berceaux. De fait, la configuration des lieux permet d'organiser deux secteurs bien distincts, pour les enfants et pour les adultes⁷⁸. N. DEVEY reconnaît que le SCA peut commencer à fonctionner avec le matériel existant. Les seuls

⁷⁶ Entretien avec Brigitte GRIMON-COSTANT, CHIC, 29 août 2008

⁷⁷ Jusqu'en 2008, l'UCA est surtout organisé en boxes séparés par des rideaux.

besoins en « neuf » résident dans un chariot de soins supplémentaire et un chariot régithermie⁷⁹.

Les bureaux de certains médecins du service d'ophtalmologie actuellement situés dans cet espace seront relocalisés, ainsi que les salles d'IVT et l'URC, entre le premier et le deuxième étage.

2- La réalisation de « la nouvelle chirurgie ambulatoire », entre diplomatie et architecture(2008)

A- Les travaux : une livraison de l'espace aménagé en décembre 2008

a- Des travaux courts, précédés d'une évaluation des besoins multi-acteurs

En fonction des besoins recensés par le groupe de travail, J.-J. BOYER affine l'organisation de l'espace et propose à la direction du CHIC et la DAF un aménagement complet du service pour un coût estimé à 800 000 euros, puis réévalué à l'été 2008 à 1 000 000 d'euros⁸⁰, correspondant principalement à la construction de nouvelles cloisons, la mise en place d'un système de climatisation et de surveillance par caméras. Le SCA est annoncé comme pouvant être livré en décembre 2008, pour démarrer son activité au premier janvier 2009.

J.-J. BOYER est arrivé au CHIC en 1993. A la tête de la DIT, il a déjà conduit plusieurs travaux, dont ceux de la maternité (1997), la pédiatrie (2001) et la pneumologie (2007). En août 2008, il supervise les travaux des laboratoires et prépare à ceux de la chirurgie ambulatoire et de l'ophtalmologie-ORL. Au CHIC, la chirurgie ambulatoire est un chantier dit « en milieu occupé ». Le bâtiment B et son premier étage devront pouvoir fonctionner normalement pendant les travaux. Pour les patients du bâtiment, les principales contraintes sont la poussière, le bruit, et la mise en conformité des bâtiments (sécurité incendie, issues de secours, circuit d'eau).

Dès février 2007, des réunions à trois sur l'aménagement des locaux du bâtiment B ont commencé au sein de l'équipe de direction. Elles rassemblent A. CORVAISIER, qui fait le lien avec le groupe de travail, M. TOSTIVINT, secrétaire générale du CHIC et J.-J.

⁷⁸ Compte rendu de la réunion du 19 mai 2008, en chirurgie pédiatrique, avec les Dr T. BILLEBAUD et M. PONENT, A. CORVAISIER, J. ORTALI et E. VEYRET

⁷⁹ Entretien avec N. DEVEY, *op. cit.*

⁸⁰ Certaines options et variantes ont été ajoutées par la DIT comme le désenfumage, la mise en place d'une colonne de froid pour tout le bâtiment.

BOYER, une fois par mois pendant cinq mois. Le premier donne son avis de responsable des ressources humaines et représente aussi le pôle chirurgie, la seconde veille à la conformité de la stratégie adoptée avec le projet d'établissement et les orientations données par G. BARSACQ, et le troisième apporte son point de vue de technicien.

A ce stade, J.-J BOYER évalue les contraintes sur un nombre maximum et minimum de places, et recherche, avec les deux autres directeurs, le meilleur rapport qualité – prix dans l'aménagement de l'espace. A titre d'exemple, c'est au cours d'une de ces réunions que l'on s'aperçoit du caractère onéreux de quarante chambres à un lit. Sans être à proprement parlé un stratège, J.-J. BOYER étudie la faisabilité des propositions faites par les directeurs et le groupe de travail. A la fin mai 2009, grâce à un échange régulier et entier d'informations, un plan définitif d'aménagement du premier étage du bâtiment B est validé par tous les acteurs⁸¹. Le plan et l'évaluation des besoins font l'objet de communication en trinôme de pôle et sont validés lors du Conseil exécutif du 30 juin 2008⁸².

b- De l'appel d'offres au calendrier des travaux

Pour la réalisation des travaux, la procédure de consultation est celle dite de l'« appel d'offres ouverts »⁸³, soumise aux dispositions prévues aux articles 57 à 59 du Code des marchés publics⁸⁴. La procédure d'appel d'offre est réalisée au cours de l'été 2008. L'appel d'offre est lancé fin mai dans le BOAMP. La date limite de réception des offres est fixée au 19 juin, avec ouverture des plis le 3 juillet, commission du choix du candidat le 22 juillet et commencement des travaux fin août. Comme convenu avec le groupe de travail, les nouveaux locaux permettront l'installation de la chirurgie ambulatoire comprenant : *« l'aménagement de vingt chambres, des bureaux divers, une salle de soins, un accueil et une sectorisation adulte/enfant. »*⁸⁵

Les travaux sont répartis en trois lots : le premier lot comprend la réalisation du gros œuvre, la maçonnerie, la démolition, le cloisonnement, le doublage, l'isolation, les faïences, la menuiserie intérieure, les faux plafonds, la serrurerie, la peinture, les revêtements muraux et de sol et le nettoyage de mise en service. Le deuxième lot comprend l'électricité (courants forts et faibles) et la détection incendie. Le troisième lot

⁸¹ Voir annexe n°2

⁸² Entretien avec J.-J. BOYER, CHIC, 16 juillet 2008

⁸³ Art. 33, Code des marchés publics

⁸⁴ Décret n°2006-975 du 1^{er} août 2006

⁸⁵ Extrait du règlement de consultation (RC), p.3

comprend le chauffage, la ventilation, la climatisation, la plomberie et les fluides médicaux⁸⁶.

En termes de projet et de conduite des travaux, J.-J. BOYER favorise la planification et le contrôle de l'exécution des projets, l'ordonnancement des tâches, le contrôle des délais et le contrôle des coûts, en lien avec la DAF. Les travaux dureront douze semaines selon un planning cadre prévisionnel précis, type Gantt⁸⁷

⁸⁶ Cahier des clauses administratives particulières (CCAP), p.19

⁸⁷ Le Gantt et le planning de décisions constituent une modélisation classique de la planification des tâches

L'organisation est travaux est planifié sur trois mois. Au cours de cette phase, un lien particulier avec la DAF sera maintenu. Les travaux constituent l'unique activité de la DIT en chirurgie ambulatoire, dans la mesure où il n'y a pas d'équipements biomédicaux à installer. Une réunion de chantier par semaine est prévue, à laquelle seront conviés les cadres supérieurs de santé E. VEYRET et J. ORTALI, désigné interlocuteur permanent de J.-J. BOYER pour le pôle chirurgie pendant la durée des travaux.

Semaines	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ouverture du chantier/cloisons étanches	■												
Consignations électricité, fluides...		■											
Démolitions : cloisons, sols...		■	■										
Pose cloisons bloc, porte			■	■	■								
Elect. courant fort/faible			■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Fluides médicaux					■	■	■						
Plomberie		■		■	■	■					■		
Climatisation		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Menuiserie						■	■	■					
Faux plafonds							■	■	■				
Peinture								■	■	■	■		
Sols									■	■	■		
Essais/finitions												■	
Réception													■

B- Les questions connexes, entre anticipation et gestion au fil de l'eau

a- L'épineuse question des blocs et des IADE

En septembre 2008, au moment où les travaux commencent au bâtiment B, A. CORVAISIER et B. GRIMON doivent faire face à un mouvement de contestation des IADE de l'établissement que l'ouverture prochaine du SCA va mettre en contribution, tandis que deux salles du bloc opératoire restent fermées au CHIC.

L

e nombre des IADE présentes détermine en effet le nombre de salles d'opérations dans les blocs et les salles d'endoscopie. L'EPRD 2007 recense 24 ETP d'IADE, tandis que 20,4 sont actuellement opérationnelles. Un audit interne des blocs en novembre 2007 montre que si l'on considère que les 1,6 ETP non pouvu peuvent être utilisés pour payer des heures supplémentaires, le CHIC peut récupérer deux cent quarante heure de travail par mois, soit soixante heure par semaine. Elle démontre également que l'on peut ouvrir 7,2 salles par jour en plus des deux salles d'urgence.

Selon A. CORVAISIER, l'ouverture du SCA en janvier 2009 va créer « *un appel d'air* ». L'activité risque d'être freinée en raison d'un manque de temps d'IADE. Le recrutement d'infirmière n'est pas une option privilégiée par la direction compte du contexte déficitaire. De plus, au contraire des IBODE, il est plus compliqué d'envisager la formation d'IADE en interne au CHIC. En juillet, A. CORVAISIER et H. De ROO ont proposé une solution financière, d'accord avec B. GRIMON-COSTANT, en offrant de rester à niveau de personnel constant et payer avantageusement les heures supplémentaires. Devant le refus des IADE, B. GRIMON et A. CORVAISIER s'orientent aujourd'hui vers une rémunération par primes de garde, pour la réalisation d'heures supplémentaires dans les blocs opératoires à partir de 2009⁸⁸.

b- La restructuration des services d'ORL et d'ophtalmologie

Dès la fin 2007, les services d'ophtalmologie et d'ORL, regroupés au bâtiment B, s'inquiètent des espaces alloués à la nouvelle chirurgie ambulatoire. De fait, comme en 2001, l'activité d'ambulatoire va s'étendre en 2009 dans des locaux précédemment affectés à l'ophtalmologie. En faisant le choix d'une localisation d'un seul tenant, le groupe de travail sur le développement de la chirurgie ambulatoire ouvre aussi la voie à une restructuration des lits d'hospitalisation d'ORL et d'ophtalmologie, réclamée depuis plusieurs mois par les deux services.

⁸⁸ Entretien avec Arnaud CORVAISIER, *op. cit.*

Suite à plusieurs réunions au printemps et au début de l'été 2008, il est finalement décidé de localiser un service d'hospitalisation de trente cinq lits au deuxième étage du bâtiment B. Les lits sont répartis comme suit : dix en ophtalmologie et vingt cinq en ORL. Le deuxième étage accueillera également des bureaux et des salles de staff communs aux deux services⁸⁹.

Concernant l'emplacement du SCA, il s'agit d'optimiser le nombre de chambres et de lits dans l'aile actuelle d'hospitalisation par transformation de bureaux en chambres. Au deuxième étage, l'ancien amphithéâtre du CHIC sera transformé en bureaux et en une salle de réunion pouvant contenir quarante personnes. Le Pr G. SOUBRANE, chef de service d'ophtalmologie insiste cependant sur le caractère provisoire de ce dispositif tout en s'engageant à une activité accrue en ambulatoire. Le Pr E. SOUIED, chirurgien praticien d'ophtalmologie estime que le sommet des dix lits du service sera vite atteint. Après le déménagement de la chirurgie ambulatoire en janvier 2009, les bureaux d'ophtalmologie seront relocalisés dans l'actuelle UCA. A terme, les services d'ORL et d'ophtalmologie souhaite définitivement être séparés.

III- Modélisation d'un projet de développement de chirurgie ambulatoire, à partir de l'exemple du CHIC

Conduit par le Dr T. BILLEBAUD, le projet de développement de chirurgie ambulatoire est validé par les instances du CHIC à la fin de l'année 2007. Fruit d'un travail collectif, le projet a pris corps progressivement grâce à l'implication d'un grand nombre d'acteurs, aux cultures et aux personnalités différentes. Le projet est actuellement dans sa phase de réalisation. Les travaux en cours au premier étage du bâtiment B constitue l'épilogue d'un travail marqué par les interactions et la transversalité.

Choisir de mettre en place ou de développer la chirurgie ambulatoire n'est pas un exercice facile. Le projet doit être mobilisateur et rigoureusement mené pour obtenir ses pleins effets une fois mis en œuvre. Bien que les acteurs du projet au CHIC ne se réfèrent officiellement à aucune doctrine, ni aucune méthodologie, de nombreux enseignements

⁸⁹ En mars 2008, un audit externe (cabinet ABAQ) du service d'ophtalmologie a révélé un nombre de lits disproportionnés par rapport à son activité réelle. De prime abord, G. BARSACQ avait souhaité réduire le nombre de lits de l'ophtalmologie à 5. Le rapport des auditeurs propose de conserver un service à 10 lits, plus 5 dits « flottants », c'est-à-dire non dédiés à l'ophtalmologie. Pour G. BARSACQ, le maintien de ces lits est à confirmer au regard de l'activité du service dans les mois à venir

sont à tirer de l'expérience du développement de la chirurgie ambulatoire et des rapprochements peuvent être opérés avec les méthodes modernes de management de projet, notamment celle de l'ingénierie concurrente.

A bien des égards, l'expérience du CHIC peut servir à d'autres établissements, qui souhaiteraient aujourd'hui développer leur potentiel de chirurgie ambulatoire.

1- *Éléments pour aborder efficacement un projet de chirurgie ambulatoire*

Pour A. CORVAISIER, le projet de développement de la chirurgie ambulatoire du CHIC n'est pas un « *modèle du genre* » en ce qu'il ne se réfère explicitement à aucune théorie existante. Pour autant, porté par un contexte favorable, le groupe de travail dirigé par le Dr T. BILLEBAUD a fait montre d'une grande rigueur dans l'action. Le chef de projet a commencé par identifier ses atouts, puis s'est positionné comme un manager, faisant primer la coordination et la communication au sein du collectif d'acteurs impliqués dans le projet.

A- Identifier ses atouts

a- Le degré de mobilisation autour du projet

Le management de projet, une approche en elle-même mobilisatrice

A titre liminaire, il convient de cerner avec plus de précisions les notions de projet et de management de projet.

L'AFNOR définit un projet « *comme une démarche spécifique, qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir.*⁹⁰ » Cette définition, extensive, souligne trois caractéristiques des projets : la nécessité d'un changement désiré, parfois réalisé, la temporalité ou la progression de ce changement et la méthode par laquelle il est introduit. Le projet désigne à la fois l'intention d'une réalisation, et une intention en train de se concrétiser. La concrétisation renvoie quant à elle à la fois à un processus de développement et au résultat d'un processus. Le projet place l'individu dans une double position dynamique, de réflexion et d'action.

⁹⁰ AFNOR, 2004, p.64

Pour le Project Management Institute (PMI), « *le management de projet est la mise en œuvre des connaissances, d'outils et de méthodes dans des activités projets afin de satisfaire, voire de dépasser les besoins et les attentes des parties prenantes du projet*⁹¹ ». Le management de projet se définit comme la transformation progressive de projets en opérations ou encore comme un ensemble d'actions engagées par une ou des organisations afin de déterminer un projet de le lancer et de le réaliser. Pour Gilles Garel, le succès d'un management de projet s'explique moins par le recours à des outils de gestion idoines que par l'organisation, la direction de projet ou le management des équipes. « *Autrement dit, le management de projet combine la fonction « caisse à outils » et la fonction de direction de projet en charge de la définition des objectifs (coûts, délais, spécifications, techniques), des actions politiques, des aspects financiers, de l'organisation de projet...* »⁹²

Apparue dans les années 1960 et appliquée dans les secteurs de la construction et les industries militaires, le management de projet a vu son rôle considérablement étendu au cours du temps, aussi bien dans sa mise en œuvre que dans sa diffusion. Autrefois limité à un simple protocole rigide destiné essentiellement à la planification et au contrôle de l'exécution d'un projet, le management de projet inclut aujourd'hui la conception et comporte parfois une part active à la détermination de l'objectif lui-même. Ce mode de management s'est étendu à toute l'économie aussi bien publique que privée, gagnant toutes les industries, les services et le secteur associatif.

L'hôpital public n'échappe pas non plus au management de projet. Par nature, ce type de management rassemble les compétences et les combine en vue de la réalisation d'un objectif donné. Ces compétences ne peuvent véritablement s'exprimer qu'à partir du moment où elles se sentent attirées, d'une manière ou d'une autre, par le but à atteindre, et fédérées au sein d'une équipe complémentaire. Il ne peut y avoir de management de projet efficace sans motivation ni implication réelle des acteurs.

Le développement de la chirurgie ambulatoire, un projet fédérateur

⁹¹ PMI, 1998, p.7. Créé aux Etats-Unis, le PMI est une association qui rassemble et organise les professionnels du projet. La création en France de l'AFITEP (Association française des techniciens et ingénieurs en estimation et planification, devenu Association francophone de management de projet) participe du même mouvement

⁹² Gilles GAREL, Le management de projet, La découverte, Paris, 2003, p.15-16

En faisant le choix d'augmenter la capacité en lits de l'UCA du CHIC et de l'inscrire dans le projet d'établissement 2005-2009, en concertation avec la communauté médicale, le directeur G. BARSACQ se doutait que ce projet avait un caractère hautement fédérateur. Il en va tout d'abord des ambitions qu'un chef d'établissement porte naturellement pour l'hôpital qu'il dirige. « *Chirurgie de l'avenir* », la chirurgie ambulatoire est une activité aujourd'hui largement plébiscitée, par les patients et la plupart des praticiens. Vivement encouragé par les organismes de tutelle, le développement d'une telle prise en charge fait l'objet d'incitations tarifaires non négligeables dans un contexte de T2A à 100%. Enfin, elle est souvent regardée comme un moyen de pallier le déclin de la chirurgie publique en France.

Au CHIC, l'UCA a connu une montée en puissance progressive et sûre entre 2001 et 2005. Le Pr B. HOUSSET, PCME, se souvient de la mise en place de l'unité de chirurgie ambulatoire : « *Ce n'était pas gagné d'avance, tous les médecins étaient loin du consensus* »⁹³. Les chirurgiens n'étaient pas tous convaincus du bien-fondé d'un service dédié à l'ambulatoire. Certains d'entre eux faisaient déjà de l'ambulatoire dans leur service. D'autres, comme le Pr Gisèle SOUBRANE, estimaient que la chirurgie ambulatoire participait à un large mouvement de « déshumanisation » de la médecine, dans la mesure où ce type de prise en charge a pour objet de renvoyer le patient au plus tôt chez lui et d'enchaîner les actes rémunérateurs dans les blocs opératoires.

En 2007, la communauté médicale dans sa grande majorité n'est plus à convaincre. L'UCA ouvre ses portes à d'autres spécialités, notamment la gynécologie (AMP) et l'anesthésie (poses de chambres implantables). Les plages opératoires sont saturées et certains patients doivent attendre plusieurs mois avant d'être opérés.

La réussite du projet de chirurgie ambulatoire tient aussi à l'histoire du CHIC. Pour le Dr T. BILLEBAUD, « *les chirurgiens ont fait leur révolution culturelle* », et la chirurgie ambulatoire est « *entrée dans les mœurs* ». Pour lui, la notion de temps est capitale, la chirurgie ambulatoire ne peut se décréter. Il est indispensable d'attendre que les professionnels soient prêts, chirurgiens et anesthésistes devant rester maîtres des actes qu'ils réalisent. « *L'ambulatoire est un parcours sans faute, réalisé du début à la fin par des médecins seniors* ». Les gestes opératoires doivent être sûrs et les risques évalués au plus juste dans des délais raccourcis⁹⁴.

En 2007, la mise en place rapide et l'efficacité du groupe de travail sur le projet témoignent de la maturité des différents corps de métiers vis-à-vis de l'ambulatoire. Son

⁹³ Entretien avec le Pr Bruno HOUSSET, CHIC, 4 septembre 2008

⁹⁴ Entretien avec les Dr M. PONET et T. BILLEBAUD, *op. cit.*

opportunité n'est plus questionnée. Les Dr M. PONET et BILLEBAUD saluent aussi l'attitude d'une direction qui n'incite pas systématiquement à « *faire de l'acte* », à partir du moment où l'acte en question a été identifié comme pouvant faire l'objet d'une prise en charge en ambulatoire⁹⁵.

b- Les attentes en termes de qualité, d'économie et de finances

Les attentes et les exigences sont multiples vis-à-vis de l'UCA. Le patient accueilli en ambulatoire fait l'objet d'une prise en charge spécifique extrêmement réglementée et surveillée. La direction a certaines attentes en termes de performance. Le personnel soignant veille à la sécurité du patient et à la qualité de son passage.

Ainsi, l'étude de projet d'ambulatoire en 2007 comporte plusieurs volets : médical, qualité, architectural et financier. Le règlement intérieur de l'UCA a été réactualisé pour l'occasion. Cette méthode de diversification des approches a déjà été utilisée au CHIC dans le cadre d'un projet de restructuration des laboratoires, qui a vu le jour au printemps 2007. Le trinôme du pôle de chirurgie du CHIC, à qui le projet est confié, constitue donc le noyau d'un groupe de travail dont chaque membre, avec sa compétence, sa culture de métier et sa personnalité, va apporter sa contribution à l'étude. Lorsque le Dr T. BILLEBAUD est nommé chef de projet, il se met naturellement en position de manager de projet. Il se trouve en effet dans une situation d' « *approche pluridisciplinaire de réalisation d'un objectif précis dans un délai déterminé.* »⁹⁶ L'objectif précis est la mise en œuvre d'un service de vingt lits viables et le délai est de six mois à partir de janvier 2007.

Cette approche management de projet est également visible au moment de la constitution du sous-groupe chargé de l'élaboration de l'étude médico-économique du projet. Dirigé par la H. De ROO, directrice des affaires financières, ce groupe comprend également A. CORVAISIER, des cadres de santé et des médecins. L'étude est construite et validée en complète transparence entre les membres du groupe. De la même façon, lorsqu'à partir de février 2007, A.CORVAISIER, directeur des ressources humaines, M. TOSTIVINT, secrétaire général de l'établissement et J.-J. BOYER se réunissent pour réfléchir à l'aménagement des locaux au bâtiment B, le directeur de la DIT signale que l'ambiance était bonne. Il a été particulièrement intéressant et appréciable, confie-t-il, « *de travailler en termes de compétence et non de hiérarchie.* »⁹⁷

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Isabelle ROYER, « Le management de projet, évolutions et perspectives de recherche », *Revue française de gestion*, n°154, p.1

⁹⁷ Entretien avec J.-J. BOYER, *op. cit.*

B- Choisir son modèle de management : l'exemple de l'ingénierie concourante

a- Le modèle de l'« IC » et son « application » au CHIC pour le projet de chirurgie ambulatoire

L'ingénierie concourante, entre coordination et partage de l'information

A la fin des fin des années 1980, le management de projet a connu une évolution majeure avec la diffusion des modèles japonais de l'ingénierie concourante⁹⁸. Ces modèles ont permis de réduire à la fois les délais et les coûts. Ils reposent sur des principes de recouvrement et de redondance qui s'appliquent à tous les niveaux. Ils préconisent non seulement le recouvrement des phases traditionnelles de développement, mais aussi une participation de toutes les fonctions tout au long du projet dans le cadre d'une équipe multifonctions, l'ouverture aux partenaires extérieurs, le partage d'un maximum d'information, une recherche de solution non limitée à un domaine de spécialité et des rôles indépendants du statut hiérarchique où tout membre peut devenir leader du projet. Ce modèle s'oppose radicalement à l'ancienne démarche rigoureusement séquentielle de phases fonctionnelles réalisées sous l'autorité du directeur fonctionnel en proposant un décloisonnement à tous les niveaux. Il est particulièrement utilisé pour réaliser une orientation technique originelle et concerne alors l'élaboration de systèmes experts de conception, d'évaluation, d'aide à la décision, et d'ordonnancement, favorisée par les progrès de l'informatique.

Ainsi, au CHIC, le projet de développement de la chirurgie ambulatoire présente trois grandes phases classiques :

- une phase de construction de la démarche de projet à partir de la problématique du projet, entre 2005 et début 2008, au sens large. Dès 2005, le taux d'occupation des lits est de 100% et des solutions pour développer l'activité sont évoquées collectivement entre la direction et la communauté médicale. Une note de cadrage est faite à l'été 2007 pour réviser les prévisions de recettes et de dépenses, avec l'arrivée de la T2A à 100%. Le projet de développement est disponible avec la deuxième version de l'étude médico-économique de la DAF.

⁹⁸ K.IMAI, I.NONAKA et H. TAKEUCHI, « Managing The New product Development process: How Japanese Companies learn and unlearn », *The Uneasy alliance: Managing the Productivity-Technology Dilemma*, R. H. HAYES, Harvard Business School Press, Boston, MA, 1985, p. 337-375

- une phase de réalisation, de juillet à décembre 2008 : cette période est marquée par la procédure d'appel d'offres et les travaux au premier étage du bâtiment B.
- une phase conclusion : elle aura lieu début 2009, après les premières semaines d'activité du SCA.

De plus, l'information a particulièrement bien circulé entre les membres du groupe de travail. Les Dr M. PONET et T. BILLEBAUD ont été quasiment interchangeables lors de la constitution du volet médical de l'étude. Cette même étude a été relue et amendée par E. VEYRET et A. CORVAISIER dans un climat de confiance partagée au sein du groupe. E. VEYRET a mis en forme la démarche qualité de l'étude de développement de chirurgie ambulatoire, un élément relevant a priori du champ de compétence d'A. CORVAISIER. Enfin, au cours des instances, un véritable relais s'est mis en place pour présenter et défendre le projet. Ainsi, le projet et sa deuxième étude médico-économique ont-ils été présentés tour à tour, fin 2007 et début 2008, par A. CORVAISIER, le Dr M. PONET ou le Dr T. BILLEBAUD. Enfin, en septembre 2008, J. ORTALI est nommé interlocuteur unique pour le pôle chirurgie de J.-J. BOYER pendant la période des travaux.

Une fois l'étude rédigée et validée, la plupart des acteurs du groupe de travail ont le même niveau d'information et de compétence sur l'ensemble du projet. Selon C. MIDLER, « *un projet est un processus concomitant où, au fur et à mesure des différentes phases d'avancement, les degrés de liberté diminuent tandis que le niveau de connaissance s'accroît.*⁹⁹ » En début de projet, l'univers des possibles était ouvert dans le cadre de la réflexion fixée pour le groupe de travail, et chacun de ses membres maîtrisait une partie du projet, une partie liée à sa compétence propre. En fin de projet, les membres du groupe n'ont plus de marges de manœuvre mais maîtrisent tous le projet dans son intégralité.

L'émergence d'un triptyque de responsables

Un véritable triptyque a émergé, entre le maître d'ouvrage, le maître d'œuvre et le responsable de lots de travaux. Le premier G. BARSACQ est le commanditaire de l'ouvrage futur (la réalisation du SCA). Il a la responsabilité et la définition des objectifs. Le rôle du maître d'œuvre a été tenu par le Dr T. BILLEBAUD. Son rôle est celui de l'architecte du projet et de l'« ensemblier »¹⁰⁰. A ce titre, il est responsable des choix de

⁹⁹ C. MIDLER, « Modèles gestionnaires et régulation économique de la conception », in G. E. de TERSSAC et E. FRIEDBERG, Coopération et conception, Octares, Toulouse, p.63-85

¹⁰⁰ *Ibid.*

conception globaux et, dans une certaine mesure, de la décomposition en lots des travaux. J.-J. BOYER quant à lui a un rôle de coordination de la réalisation de l'ouvrage : organisation de l'appel d'offres, choix des contractants, planification, suivi et contrôle de la réalisation.

Ce modèle d'ingénierie ouvre de manière considérable l'espace du projet en permettant la coordination de professionnels de champs variés. La limite d'un tel modèle renvoie à la coupure entre le maître d'œuvre et le maître d'ouvrage. En fondant la coordination sur la coupure entre celui qui prescrit et celui qui réalise, le modèle de l'ingénierie peut créer une difficulté. Il ne suffit pas de constater qu'il est de l'intérêt du maître d'ouvrage de définir un bon cahier des charges pour s'assurer qu'il le sera. Au CHIC, cette difficulté a été surmontée. En effet, tout d'abord, la présence d'A. CORVAISIER dans le groupe de travail permettait de faire le lien avec G. BARSACQ et de rappeler régulièrement ses attentes. Ensuite, lors de la concertation entre les chefs de services de chirurgie et le Dr T. BILLEBAUD en vue de définir un potentiel d'augmentation de l'activité d'ambulatoire et de conventionnelle pour chaque spécialité, le Dr M. PONET a joué un rôle d'arbitre au cœur de la communauté médicale tout en rappelant les objectifs de l'établissement en termes de chirurgie ambulatoire. « *Il a été un G. BARSACQ au sein du pôle chirurgie* », commente A. CORVAISIER¹⁰¹.

b- Le primat de l'efficacité dans le développement du projet

Un des objectifs majeurs de l'ingénierie concourante, depuis les années 1980, est de permettre la transformation des organisations pour développer plus rapidement les projets. En se développant largement, l'ingénierie concourante a transversalisé des organisations historiquement fonctionnelles. Elle constitue une nouvelle logique de développement des projets qui anticipe certaines tâches et décisions pour en retarder d'autres au maximum, celles qui engagent généralement des ressources lourdes et stratégiques. Selon F. CHARUE DUBOC en 1997, l'ingénierie concourante vise quatre principes d'efficacité¹⁰² :

- La réactivité, qui relève de la vitesse de réaction aux aléas constatés sur le projet
- L'anticipation des problèmes de développement
- L'orientation client
- L'optimisation globale sur le périmètre du projet, et pas seulement sur une de ces dimensions particulières

¹⁰¹ Entretien avec Arnaud CORVAISIER, *op. cit.*

¹⁰² F. CHARUE DUBOC, « Maîtrise d'œuvre, maîtrise d'ouvrage et direction de projet : à propos de l'ouvrage de Wenger, *M@n@gement*, vol. 3, 1997, n°1, P.1-30

Au CHIC, le projet de développement de chirurgie ambulatoire a démontré la réactivité de ces acteurs, notamment en termes de résolution des problèmes « en interne ». A titre d'exemple, en janvier 2007, le Dr T. BILLEBAUD a rencontré une opposition des chirurgiens sur la question de l'affectation des recettes issues de l'activité de chirurgie ambulatoire. Ces derniers souhaitaient que l'UCA reste un « plateau technique » et que l'ensemble des recettes soit réaffecté sur les UF des spécialités réalisant de l'ambulatoire. A ce stade, l'intervention du Dr M. PONET, chirurgien pédiatrique, a été salubre, en ce qu'elle a permis un arbitrage actif et serein de la situation, au profit des chirurgiens. En retour, il leur a été demandé d'évaluer au plus juste leur potentiel d'augmentation de chirurgie ambulatoire et de faire parvenir leurs données au Dr T. BILLEBAUD. L'objectif premier était de rallier le maximum de chirurgiens au projet de chirurgie ambulatoire.

En termes d'orientation client, le projet comprend l'élaboration d'une démarche qualité et la réactualisation du règlement intérieur de la chirurgie ambulatoire du CHIC. Enfin, aucune dimension particulière n'a prévalu par rapport à une autre dans le projet : les différents volets de l'étude ont chacun leur intérêt propre, et le temps consacré à l'un ou l'autre a été équilibré au cours des premiers mois de 2007.

c- Le rôle essentiel de la communication

Une communication organisée, transparente et intensive est essentielle pour la réussite d'un projet stratégique comme le développement de la chirurgie ambulatoire. Il s'agit tout d'abord de la communication entre le chef de projet et les acteurs de la chirurgie ambulatoire, de la communication au sein des groupes de travail, puis de la communication extérieure (vers les autres personnels de l'hôpital et ville). La communication favorise la compréhension mutuelle et désamorce nombre de conflits en milieu professionnel. Elle engendre l'adhésion à un concept ou permet l'ouverture d'un débat. Favoriser l'écoute au sein du groupe permet aussi d'éviter les résistances passives, silencieuses, et tenaces.

De fait, le Dr T. BILLEBAUD s'est attaché auprès de la communauté médicale et du personnel soignant à promouvoir l'étude de projet de chirurgie ambulatoire comme un véritable tout, et non pas simplement comme un « business plan » intimant l'ordre aux chirurgiens d'augmenter leur taux d'activité d'ambulatoire de X % dans des délais restreints. Les rencontres avec les praticiens ont été fréquentes, et des communications ont été faites en bureau du pôle chirurgie¹⁰³.

¹⁰³ Entretien avec les Dr M. PONET et T. BILLEBAUD, *op. cit.*

Entre les différents groupes de travail sur la chirurgie ambulatoire, la communication a été une priorité. A. CORVAISIER, présent dans les trois groupes (le groupe de développement du projet, le sous-groupe des finances et le groupe sur l'aménagement des locaux), a joué un rôle crucial dans la diffusion de l'information entre les différentes formations et l'articulation de leurs missions¹⁰⁴.

2- La permanence de l'interaction dans le management de projet

Le souci du développement des interactions a été constant au cours du projet de chirurgie ambulatoire. Confié au Dr T. BILLEBAUD, le pilotage du projet a été réalisé en concertation avec l'ensemble des acteurs dans le cadre d'un fonctionnement dit « en plateau », c'est-à-dire où l'apprentissage et les ajustements ont été mutuels parmi les acteurs impliqués. Les réserves annoncées du chef de service de l'ophtalmologie concernant le développement de l'ambulatoire ont dû également être surmontées, tandis que l'ophtalmologie est encouragé à accroître son activité d'ambulatoire.

A- Piloter en interaction

a- Un chef de projet légitime et autonome

D'après C. MIDLER, le chef de projet doit posséder quatre types de savoir¹⁰⁵ :

- *la compétence instrumentale du pilotage de projet* : c'est-à-dire une maîtrise minimale des principales techniques mises en œuvre dans la réalisation de projet est nécessaire même si, sur les projets d'une certaine taille, leurs responsables sont généralement assistés pour la gestion des délais et des coûts
- *la maîtrise des champs techniques impliqués dans le projet* : un responsable de projet purement gestionnaire ne saurait exister bien longtemps s'il ne peut débattre sur le fond avec les intervenants qu'il coordonne. Pour autant, il n'a pas à devenir un expert de tous les problèmes techniques débattus sur le projet
- *la compréhension des spécificités du projet et l'adhésion à ses objectifs* : manager un projet requiert une compétence spécifique définie comme la capacité à formuler

¹⁰⁴ Entretien avec A. CORVAISIER, *op. cit.*

¹⁰⁵ C. MIDLER, *l'Auto qui n'existait pas ; Management des projets et transformation de l'entreprise*, Interéditions, 1993, p107.

les problèmes, à mobiliser les hommes et les méthodes en fonction d'une compréhension et d'une adhésion aux objectifs et au contexte propres au projet. Il faut pouvoir connaître et traiter les singularités du projet et adapter les démarches.

- *la compétence sociale* : elle renvoie aux qualités de communicant du chef de projet. Un chef doit pouvoir mobiliser des acteurs par rapport auxquels il n'a pas forcément de pouvoir formel.

D'une manière générale, il s'agit d'éviter la recherche du chef de projet omnipotent et de construire la compétence collective de l'équipe projet¹⁰⁶.

Le Dr T. BILLEBAUD est désigné chef de projet du développement de la chirurgie ambulatoire par le Dr M. PONET, responsable du pôle chirurgie. Qualifié d' « *esprit de progrès* » par le Pr B. HOUSSET, il est en 2007 le seul candidat légitime et autorisé à la chefferie du SCA. Il est élu à l'unanimité par ses pairs lors du Conseil d'administration du 31 janvier 2008. Chirurgien urologue, exerçant dans le service du Dr P. CABANIS au CHIC, il est un des principal artisan de l'UCA en 2001. Il est aussi le médecin qui a promu l'ambulatoire pendant six ans au sein de la communauté médicale, aux côtés d'E. VEYRET. Dans le projet de développement de l'UCA, le Dr T. BILLEBAUD a donné toute sa mesure en tant que chef de projet, faisant montre d'une maîtrise des champs techniques, aussi bien médicaux que financiers, d'une compréhension aigüe des spécificités de la prise en charge en ambulatoire et d'une adhésion totale à la stratégie de l'établissement, qui vise la réalisation de 3500 actes d'ambulatoire en 2009.

b- Une structure de projet matricielle

Compte tenu des spécificités de la chirurgie ambulatoire et la diversité des acteurs et des compétences impliqués dans son développement, le Dr T. BILLEBAUD accompagné par A. CORVAISIER opte pour une organisation de projet de type « matricielle ».

La structure matricielle ou « heavyweight » correspond à un modèle de direction de projet¹⁰⁷. Le chef de projet est autonome et son autorité est directe sur les choix d'allocation des ressources et sur le pilotage. Il dirige l'équipe projet, les métiers ayant d'expertise technique. Ainsi, dans le groupe de travail, E. VEYRET apporte son expérience de l'ambulatoire côté soignant, A. CORVAISIER agit soit en qualité d'expert

¹⁰⁶ P. LECLAIR, Projets et personnel, in Ecosip, 1993, p269-310.

¹⁰⁷ E. W. LARSON et D. GOBELI, « Project management structures : is there a common language, », *Project Management Journal*, juin 1985, p.40-44

« qualité », soit en tant que directeur des ressources humaines. En tant que tel, son rôle est important : c'est lui qui, avec B. GRIMON-COSTANT, négocie leur rémunération avec les IADE à l'été 2008. Celles-ci ont la possibilité d'empêcher l'ouverture de deux salles de blocs, incontournables à partir du premier janvier 2009. H. De ROO apporte son expertise financière au projet. Enfin, le Dr M. PONET représente les chirurgiens et le pôle de chirurgie. Au sein des discussions du groupe de travail, le Dr T. BILLEBAUD est en position soit de manager, soit de *primus inter pares*, selon les cas.

Pour G. BARSACQ, la situation est un réel « *management stratégique participatif*.¹⁰⁸ »

De fait, il est en interaction constante avec les différents acteurs du développement, et assure autant que possible la cohésion du projet. La tâche n'est pas toujours facile. Le Dr T. BILLEBAUD est parvenu à obtenir des chefs de service des engagements d'augmentation de leur activité d'ambulatoire, mais pas de l'hospitalisation conventionnelle. Son profil est en quelque sorte celui d'un polyglotte capable de comprendre les différentes expertises et d'arbitrer entre elles. Le mandat qu'il tient du Dr M. PONET et de G. BARSACQ lui assure une légitimité institutionnelle certaine.

c- La transversalité dans l'animation du projet

Les ajustements et l'apprentissage mutuels

Le chef de projet choisit en principe les membres de son équipe. Dans le cas du projet d'ambulatoire au CHIC, le groupe de travail était déjà préconstitué, puisqu'il s'agissait du trinôme de pôle. La définition d'un objectif commun ne suffit pas à faire converger les initiatives. Le chef de projet doit veiller à ce que l'objectif, que chaque acteur s'est approprié de manière différente, ne soit pas une source de divergences. Quoi qu'il en soit, chaque acteur doit faire partie de l'équipe avec une raison et une légitimité suffisantes. La complémentarité est essentielle. Un projet stratégique comme le développement de la chirurgie ambulatoire ne saurait être confié à des « personnes de passages », c'est-à-dire des individus non informés, non compétents ou non intéressés. A ce titre, si le groupe de travail a été en quelque sorte imposé au chef de projet au CHIC, la présence d'aucun de ses membres n'a été remise en cause et le groupe a évité un recrutement par affinité, dont les conséquences peuvent aussi être dommageables.

¹⁰⁸ Entretien avec G. BARSACQ, *op. cit.*

Il convient d'indiquer ici qu'au-delà d'une dizaine de personnes, les équipes projets interagissent difficilement. Le travail en effectif restreint favorise la « coconception », ce qui signifie que des acteurs moins nombreux travaillent conjointement et pas seulement simultanément. Les occasions de communication sont d'autant plus fréquentes que les acteurs sont proches les uns des autres. Les ajustements sont mutuels et le contact direct entre les acteurs¹⁰⁹. Le projet de développement de chirurgie ambulatoire a favorisé l'apprentissage mutuel, les membres du groupe de travail ayant fait des incursions dans des domaines de compétences qui n'étaient pas leurs.

Les métarègles de l'animation de projet

Le responsable de projet peut mobiliser différents modes d'action. Il existe des « leviers d'influence » ou « métarègles » que le responsable doit actionner et suivre. Elles sont des « règles à produire les règles du projet.¹¹⁰ » Il s'agit d'abord, malgré la diversité des profils, de constituer un groupe cohérent, porteur d'une même vision du projet, peut-être d'une identité sociale, et capable de résister aux puissantes forces centrifuges que subit un projet dans les moments difficiles.

Il s'agit ensuite d'inscrire le groupe dans un environnement, c'est-à-dire ne pas chercher systématiquement les informations et les solutions entre soit, mais bien d'aller chercher loin du groupe des éléments permettant d'avancer sur le projet qui le concerne. Ainsi, les prévisions d'activité d'H. De ROO dans l'étude médico-économique reposent en partie sur une enquête réalisée par le médecin DIM en janvier 2007 et sur un questionnaire sur l'UCA distribuée aux chefs de services.

Enfin, la troisième métarègle consiste à gérer la dynamique de l'équipe elle-même, en organisant notamment des ruptures et des temps de déconnexion par rapport aux missions attribuées. Le groupe projet du CHIC n'a pas suivi cette métarègle.

B- Fonctionner en plateau

D'une manière générale, le fonctionnement du groupe de travail a été réalisé en plateau. Le plateau est la réunion dans un même espace, de manière régulière, des acteurs du projet. Les fonctions du plateau peuvent se décrire à travers trois processus

¹⁰⁹ Gilles GAREL, *op. cit.*, p.60

¹¹⁰ François JOLIVET, Manager l'entreprise par projets, EMS Management et Société, 2003

simultanés¹¹¹, tandis que la gestion des obstacles est plus facile à appréhender en plateau.

a- Les trois processus du fonctionnement en plateau

Les *acteurs transversaux* peuvent correspondre aux chefs de projet. Ils alertent les acteurs métiers sur les risques de la non-anticipation en portant l'évaluation économique dans les débats techniques. Ils tranchent les différends ou les recadrent. H. De ROO a joué ce rôle entre janvier et juin 2008, intégrant épisodiquement le groupe de travail.

Les *outils de gestion* sont les enquêtes, le questionnaire ou les indicateurs. Ils fixent des jalons contraignants et construisent les échéances. Le plateau entérine et rend opérationnel les échéances. Grâce au plateau, les acteurs peuvent se coordonner pour tenir les échéances du projet.

Les *objets physiques* : maquettes, dessins, photos, tableaux permettent d'expliquer des savoirs tacites. Les savoirs tacites des concepteurs sont ce qu'ils connaissent sans en avoir conscience ou ce qu'ils savent faire sans savoir dire comment ils le font. Ainsi, les plans fournis par J.-J. BOYER, en mai 2008, ont-ils été amendés, raturés, remaniés par les membres du groupe de travail au moment de la réflexion sur l'expression des besoins en locaux, au premier étage du bâtiment B.

b- La gestion des obstacles, entre métiers et projets

Dès qu'une identité projet se constitue et s'affiche, il arrive que des tensions entre les métiers et les projets se fasse jour, au sein de l'équipe ou entre l'équipe et des éléments extérieurs.

La gestion de ces tensions relève traditionnellement du recours à la hiérarchie. Le développement de l'ingénierie concourante et l'avènement des chefs de projet renvoient à l'arbitrage de la direction générale ou d'une personnalité éminente de l'hôpital qui fait l'objet d'un consensus, en cas de tensions importantes entre des individus et leur métier d'une part, et le projet et l'objectif poursuivi d'autre part. Issus des rangs du projet, ou dévolus à des personnes extérieures, ces rôles prennent en charge les fonctions d'interface qui échappent aux autres responsabilités. Impliqué dans le projet, le « facilitateur » doit avoir un statut dans l'établissement qui lui confère de toute façon

¹¹¹ Gilles GAREL, « L'entreprise sur un plateau : un exemple de gestion de projet concourante dans l'industrie automobile », *Gestion 2000*, juin 1996, n°3, p.111-134.

extériorité¹¹². Fonctionner en plateau permet de réduire les tensions qui s'expriment dans le groupe en les évoquant devant l'ensemble des membres. Cela permet aussi de chercher une solution ou un positionnement commun en cas de réticences en provenance de l'extérieur.

Ainsi, le groupe de travail du CHIC a du faire aux grandes réserves du Pr G. SOUBRANE, chef de service d'ophtalmologie, vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire, tel quelle se développe au CHIC. Si le Pr G. SOUBRANE estime que l'ambulatoire est une chose « *globalement positive* » pour l'hôpital, son développement ne s'est fait qu'au détriment de son service depuis le début. En 2000, elle soutient un projet de localisation de la future UCA au bâtiment A, au niveau de la rééducation fonctionnelle. Le projet finalement retenu est une UCA au bâtiment B. G. SOUBRANE y voit le début du déclin de son service. Avant 2001, elle rappelle que « son service » était encore un grand service, avec un espace suffisant (2020 m²), des lits (30) et des blocs dédiés ORL-ophtalmologie. En 2007, c'est à nouveau dans d'anciens locaux de l'ophtalmologie qu'est décidée la localisation du SCA. G. BARSACQ et le Pr B. HOUSSET sont intervenus, à deux reprises, en juin 2008 auprès du service d'ophtalmologie afin de conforter la position du groupe de travail. Le chef d'établissement et le PCME ont proposé d'articuler le projet de développement de la chirurgie ambulatoire et l'activité d'hospitalisation conventionnelle ORL-ophtalmologie, comprenant notamment la réouverture de cinq lits d'ORL et la contractualisation de l'activité d'ophtalmologie entre le service et le trinôme de pôle.

Par ailleurs, le Pr G. SOUBRANE est souvent appelée à s'expliquer les raisons de la faible part de l'ambulatoire dans l'activité de son service. Pour elle, les plages opératoires insuffisantes pour épondre à la demande d'une part, et la demande, à l'hôpital public, n'est pas toujours bien adaptée à ce type de prise en charge. Elle salue le Dr M. PONET, qui fait régulièrement son possible pour remplir ses plages avec de l'ophtalmologie. Les chiffres de l'ophtalmologie en ambulatoire du CHIC ont été récemment pointés par l'ARH-IF : le service ne serait qu'à 47% de prise en charge d'ambulatoire, contre une moyenne de 73% dans le Val-de-Marne. Le Pr G. SOUBRANE souligne qu'une récente étude en interne a montré qu'en l'état actuel des choses, l'ambulatoire ne pouvait dépasser le taux de 62%. Enfin, certains actes, relevant par exemple de la chirurgie rétinovitréenne, ne peuvent pas être pris en charge en ambulatoire.

¹¹² C. MIDLER, P. NEFFA et J.-C. MONNET, « Globalizing the firm through co-operative projects : the case of Renault », *International journal of Automotive Technology and Management*, vol. 2, P.1-15

Pour le Pr Gisèle SOUBRANE, l'ophtalmologie monte en puissance au niveau de l'ambulatoire et en serait à 58% en juin 2008¹¹³. En août 2008, la CNAM demande que le régime de l'entente préalable aux actes de chirurgie conventionnelle soit instaurée pour les cataractes. Le patient va devoir obtenir, en plus de l'accord classique de sa mutuelle (via sa Carte vitale), l'accord de l'AM pour être pris en charge en ambulatoire. L'AM se réserve le droit de refuser le remboursement d'une intervention, ce qui présente une perte de recette potentielle pour le CHIC et constitue un système contraignant pour le patient¹¹⁴.

c- La nouvelle gouvernance, un contexte très aidant

En décembre 2007, le projet médical du projet de chirurgie ambulatoire est présenté par le Dr M. PONET en Conseil exécutif. Pour A. CORVAISIER « *ce projet est un vrai succès de la nouvelle gouvernance* ». Il estime que ce dossier n'aurait pas pu voir le jour aussi facilement avant les pôles, en place au CHIC depuis le printemps 2006.

Ce n'est pas *stricto sensu* le pôle de chirurgie qui a mené à terme le projet de développement de la chirurgie ambulatoire, mais la nouvelle gouvernance a créé un contexte indéniablement favorable à sa réalisation. En effet, les contacts entre le directeur délégué sur le pôle et le responsable ont été fréquents, et leur coordination essentielle au sein du groupe de travail. Le Dr M. PONET a joué un rôle d'arbitre au sein du pôle, tandis qu'A. CORVAISIER représentait la vision institutionnelle du projet. Le Pr B. HOUSSET estime que les pôles et leur fonctionnement depuis 2006 ont été « *aidants* ». La réussite de ce projet témoigne aussi d'une pratique éprouvée de travail en commun, depuis deux ans, d'une culture partagée, entre personnels soignant, médecin et représentant de la direction.

¹¹³ Evaluation médico-économique de la structure d'hospitalisation en ophtalmologie du CHIC, réalisée par le service d'ophtalmologie du CHIC, E. SOUIED, M. STERKERS, A. GLACET, G. SOUBRANE, mai 2008.

¹¹⁴ Entretien avec la Pr Gisèle SOUBRANE, CHIC, 21 août 2008

Conclusion

Si le projet de développement de la chirurgie ambulatoire apparaît d'ors et déjà comme une réussite au CHIC, toutes les phases ne sont pas, à ce jour, encore réalisées. Enfin, le management de projet implique aussi de débriefer à l'issue de la réalisation du projet, puis de reconnaître officiellement le rôle joué par chacun des acteurs et faire le point sur d'éventuels autres objectifs à atteindre. Pour A. CORVAISIER, le projet n'a suivi aucun modèle particulier de gestion de projet. « Son déroulement a été bon », *dans une atmosphère de sérénité et de confiance*, « facile et agréable ». Les rôles tenus par le Dr T. BILLEBAUD et E. VEYRET ont déjà fait l'objet de commentaires très positifs.

Ainsi, le CHIC présente depuis 2001, date de création de l'UCA, une activité croissante de chirurgie ambulatoire. Plébiscitée par le patient et le médecin, encouragée par les tutelles et la direction, la chirurgie ambulatoire a vu son taux d'occupation des lits atteindre 100% en 2005. La question de l'augmentation de l'UCA a donc été posée, tandis que le projet d'établissement 2005-2009 en fait un des atouts majeurs de l'hôpital, à l'heure de la T2A et des premiers déficits.

Le projet de transformation de l'UCA en SCA a conçu par un groupe de travail polyvalent, dont les membres présentaient des cultures métiers très différentes. Le contexte de la nouvelle gouvernance et l'adhésion forte des chirurgiens au projet ont été des facteurs aidants dans sa mise en place. Pour autant, il convient de souligner le management de projet, qui, à bien des égards, est apparue exemplaire. Le Dr T. BILLEBAUD, chef de projet et futur chef de service de la nouvelle chirurgie ambulatoire assuré de véritables interactions entre les acteurs, et permis un apprentissage collectif inédit au CHIC. De nombreux éléments qui ont concourus à la réussite du projet, dans sa phase de conception tout du moins, ne sont conditionnés à l'environnement et aux personnalités évoluant au CHIC, ils peuvent être réutilisés par d'autres établissements, et constituent une véritable méthodologie pour la mise en place d'un service de chirurgie ambulatoire.

Bibliographie

Ouvrages

AFNOR, Management de projet, Paris, 2004

BARJOU, B., Manager par projet, méthodes et comportements pour animer hors statuts hiérarchiques, ESF éditeur, 2001, Paris

GAREL, G., le Management de projet, Paris, La découverte, 2007

DUPONT, M., BERGOIGNAN-ESPER, C., PAIRE, C., Droit hospitalier, 6^{ème} édition, Dallo, 2007

HUILLIER (I'), M.-C. *et alii*, AFCA 2000 chirurgie ambulatoire, AFCA, 2000

LANGLOIS, J., Anesthésie ambulatoire, éditions du Temps Pastel, Gif-sur-Yvette, 1997

Brochures, lettres et articles

AFCA, Lettre n°5, juin 1999

AFCA, Lettre n°6, octobre 2000

AFCA 96, « Utilité », p. 616-660, 1996

ANAES, « Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte », *Evaluation des technologies*, février 2000

BANGA, B., « Quelle place pour la chirurgie ambulatoire ? », *Décision Santé, le pharmacien hôpital*, mai 2004, n° 92, p.18-23

CRESTEL, N., « A prendre ou à laisser », *Hospimedia*, 24 janvier 2008

DREES, « Le traitement chirurgical de la cataracte en France », *Etudes et résultats*, février 2001, n°101

GATECEL, C., ARMAND, P., CAMOUS, J.-Y., MICONI, P., « Approche systémique de la gestion des risques en chirurgie ambulatoire », *Risques et Qualité en milieu de soins*, avril 2006, volume III, n°1, p.39-48

HEMERY, P., « Rémunération mixte et ambulatoire au secours de la chirurgie publique », *Hospimedia*, 22 juin 2007

LATHOUWER (de), C., POUILLER, J.-P., "How much ambulatory surgery in the world in 1996-1997 and trends?", *Ambulatory surgery* 8, 2000, p. 1991-210

MARASCHIN, J., « Le casse tête de la chirurgie ambulatoire », *Hospimedia*, 2 juillet 2008

MATHIEU, A., RAFFY-PIHAN, N., « La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives », *Question d'économie de la santé*, n°2, 1998

PARMENTIER, G., BAZIN, G., « Chirurgie ambulatoire : où en sommes-nous ? Eléments de réponse », *Annales françaises d'anesthésie réanimation*, n°14, 1995, p. 383-286

PELLERIN, D., et alii, coll., « La Chirurgie ambulatoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2001, 185, n° 6 (spécial), reprise des actes de la séance thématique du 12 juin 2001 sur la chirurgie ambulatoire

ROYER, I., « Le Management de projet : évolutions et perspectives de recherche, *Revue française de Gestion*, n°154, p.113-122

SALES, J.-P., "La chirurgie ambulatoire, un laboratoire d'expériences innovantes", *Interblocs*, 2002, tome 21, n°3, p. 84-86

SOURTY-GUELLEC (le), M.-J., « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs », *Questions d'économie de la santé*, n°50, 2002

« Urgences ambulatoires », *Hôpital d'Île- de-France FHF*, n°42, novembre 2007

Mémoire et recherche universitaire

BREHIER, M., Conception et organisation d'une unité de chirurgie ambulatoire au sein d'un hôpital de soins de suite, exemple du projet de reconversion de l'hôpital Rothschild, mémoire EDH, ENSP Rennes, 1998

MERLE P., Faire le choix de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public, mémoire EDH, ENSP Rennes, 1999

WASMER, G., L'Unité de chirurgie ambulatoire du CHU Bicêtre : modèle à suivre ou expérimentation sans lendemain ?, mémoire EDH, ENSP Rennes, 2003

POULINGUE, G., Les membres du Club de Montréal ont-ils influencé la recherche en management de projet ?, *Cahier de recherche* de l'Ecole de Management de Normandie, 2004

Rapports

« La chirurgie ambulatoire », rapport de l'ANAES, juillet 1998

« Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et les cliniques : d'un exercice institutionnel à une démarche entrepreneuriale », rapport final, MeaH, avril 2005 – décembre 2006.

Le bréviaire de la chirurgie ambulatoire, l'ambulatoire en 20 questions, MeaH, 2007

Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française, sous la présidence de Jacques Attali, janvier 2008

Films

« Organiser une unité de chirurgie ambulatoire », format DVD, MeaH, juin 2008

« La chirurgie ambulatoire au CHIC », reportage Envoyé spécial, France 2, mars 2003

Sites internet

www.chirambu.org

www.meah.sante.gouv.fr

www.has-sante.fr

www.cram-pl.fr

www.fhf.fr

www.parhtage.fr

Références réglementaires

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière

Décret n°92-1102 du 8 octobre 1992

Décret n°95-993 du 28 août 1995

Décret n°97-1165, du 16 décembre 1997, portant politique d'organisation des soins hospitaliers pour 1998

Décret n°99-444 du 31 mai 1999

Décret n°2006-975 du 1^{er} août 2006

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

Ordonnance n° du 2 mai 2005,

Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire

Arrêté du 24 février 1994, sur le conventionnement des structures de chirurgie ambulatoire

Arrêté du 22 décembre 2006, sur les cinq GHS à facturer intégralement

Instruction DHOS/F 2 n° 2004-149 du 30 mars 2004 relative au déroulement de la campagne budgétaire 2004 des établissements financés par dotation globale

Circulaire DH-EO-AF2/97-790 du 16 décembre 1997

Circulaire n°DHOS/O1/F2/F3/F1/2008/147 du 29 avril 2008 relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.

Liste des annexes

Annexe 1 : Le règlement intérieur de l'UCA du CHIC, réactualisé en 2007

Annexe 2 : Le plan du futur SCA, au premier étage du bâtiment B du CHIC

Processus

CHI/AMB/PRS/001 Version : B

Date d'application : 23/02/2006

Page : 1/8

REGLEMENT INTERIEUR DE L'UNITE DE CHIRURGIE ET D'ANESTHESIE AMBULATOIRE POLYVALENTE

Rédaction Validation Approbation

Fonction : FFCS et FFCSS

Nom : N. DEVEY et E. VEYRET

Fonction : Médecin coordinateur de l'unité

Nom : Dr T. BILLEBAUD

Fonction : Qualificienne

Nom : M.J. DOUCHE LEMAITRE

Création 17 / 10/ 2001

Révision 23/ 02 / 2006

1. OBJET

Ce règlement intérieur a pour objet de décrire le fonctionnement de l'unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire polyvalente et d'organiser les liens avec ses partenaires.

A noter lire de partout unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire polyvalente ou chirurgie ambulatoire ou UCA.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire polyvalente

Les différentes consultations de l'hôpital et la consultation de chirurgie plastique d'Henri Mondor.

3. REFERENCES et/ou DOCUMENTATION ASSOCIEE

Préparation et départ au bloc des patients du secteur de chirurgie HOP/CHI/PRC/002

Accueil du patient adulte ou enfant en chirurgie ambulatoire CHI/AMB/PRC/001

Sortie du patient de l'unité de chirurgie et anesthésie ambulatoire polyvalente et appel du lendemain CHI/AMB/PRC/002

Gestion du personnel en chirurgie ambulatoire CHI/AMB/PRC/008

Appel téléphonique à J-1 du patient de chirurgie ambulatoire CHI/AMB/MOP/004

Sortie et rendez vous des patients de chirurgie plastique et reconstructrice CHI/AMB/MOP/005

Gestion des patients convoqués pour un prélèvement de spermatozoïdes et biopsie latérale au niveau du testicule par abord direct CHI/AMB/MOP/500

Gestion des patients d'urologie venant du service de PMA hors prélèvement de spermatozoïdes CHI/AMB/MOP/501

Profil de poste infirmier(e) en chirurgie ambulatoire CHI/AMB/ENR/015

Profil de poste aide soignant(e) en chirurgie ambulatoire CHI/AMB/ENR/015

Profil de poste secrétaire en chirurgie ambulatoire CHI/AMB/ENR/015

Livret d'accueil de chirurgie ambulatoire pour le patient adulte CHI/AMB/ENR/011

Livret d'accueil de chirurgie ambulatoire pour les enfants CHI/AMB/ENR/012

4. DIFFUSION

Natacha

5. DESCRIPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

Page 2 à 8

6. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES, ABREVIATIONS UTILISEES

néant

Page : 2/8

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

PRINCIPES GENERAUX et FONCTIONNEMENT MEDICAL

L'Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire polyvalente est destinée à accueillir des patients bénéficiant d'actes chirurgicaux ou d'explorations programmés, devant être réalisés dans des conditions techniques nécessitant la sécurité d'un bloc opératoire avec une anesthésie générale, loco-régionale ou locale.

Cette structure permet une préparation pré-opératoire et une surveillance post-opératoire prolongées autorisant une sortie le jour même de l'intervention. Elle permet également l'utilisation de l'intégralité du Plateau Technique de l'Hôpital.

La structure d'accueil est ouverte du lundi au vendredi inclus (excepté les jours fériés et certaines périodes de vacances : 4 semaines en été, 1 semaine en fin d'année).

LOCAUX

L'unité d'accueil autonome et individualisée est située au 1^{er} étage du plateau technique et comprend depuis l'ouverture de la structure:

- un secrétariat
- un secteur accueil des accompagnateurs
- un accueil patient (vestiaire) et accompagnateurs
- un poste de soins infirmiers et un bureau pour le Cadre de soins
- un accueil spécifique enfant et nourrissons avec une nurserie
- deux chambres et huit boxes en conformité avec la réglementation

Le secteur opératoire est commun à la chirurgie conventionnelle et à la chirurgie ambulatoire. Il est situé dans le secteur opératoire de l'hôpital : bloc polyvalent et bloc des spécialités.

Le secteur est donc conforme aux dispositions de l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D 712-31 du code de la Santé Publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article T. 712-2-1 (b) de ce même code.

ACCUEIL

Les patients et accompagnateurs sont pris en charge de 6 h 30 heures à 19 heures par les soignants affectés au secteur ambulatoire.

QUALIFICATION DU MEDECIN COORDINATEUR

L'organisation pratique de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire est placée sous la responsabilité d'un médecin coordinateur, praticien hospitalier à plein temps aidé d'un médecin coordinateur adjoint.

Page : 3/8

MODALITES DE CONSTITUTION et COMMUNICATION des DOSSIERS MEDICAUX et SECRETARIAT

La gestion du dossier et la programmation incombent à la consultation de la spécialité chirurgicale.

La gestion du dossier médical incombe exclusivement au chirurgien et à son secrétariat ainsi qu'au secrétariat de l'U.C.A, conformément aux modalités relatives au dossier médical en vigueur (articles R.710-2-1 à R.710.2.10).

La transformation du dossier de consultation en dossier d'hospitalisation est effectuée au niveau des consultations (dossier complet, étiqueté, rentré dans le logiciel du SGDM).

Avant l'hospitalisation, le dossier du patient est communiqué à l'U.C.A. par le service d'origine, après la consultation d'anesthésie et éventuellement le staff chirurgical.

Après l'hospitalisation, le dossier est remis le lendemain matin par l'U.C.A. :

- Soit à la consultation correspondante (*notamment ophtalmologie*)

- Soit au service de gestion des dossiers médicaux (S.G.D.M.)

ORGANISATION GENERALE DES PRESENCES et PERMANENCE DES PERSONNELS.

Dans la structure pratiquant l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire :

Pendant les heures d'ouverture de l'unité d'accueil :

- une infirmière pour cinq patients est présente en permanence
- un médecin qualifié est disponible en permanence

L'activité est attribuée par jour à chacune des spécialités chirurgicales suivantes :

- chirurgie infantile
- chirurgie gynécologique et procréation médicalement assistée (P.M.A)
- OPH
- ORL
- stomatologie
- chirurgie urologique
- chirurgie viscérale
- chirurgie plastique
- anesthésie/oncologie

Chaque spécialité opère sur ses propres plages opératoires et dans ses salles d'intervention habituelles.

**Les patients admis dans chaque vacation sont sous la responsabilité médicale :
du chirurgien opérateur et
de l'anesthésiste ayant pris en charge le patient au bloc opératoire**

Page : 4/8

PROGRAMMATION DES PATIENTS

L'organisation et la planification des patients en chirurgie ambulatoire sont placées sous la responsabilité du cadre de santé en relation avec le médecin coordinateur de l'unité.

Des plages sont réservées pour chaque spécialités suivant les besoins qui ont été précédemment définis selon le tableau ci dessous. Le cadre de santé de l'unité ou l'infirmière en concertation avec le cadre supérieur pendant son absence peut modifier les attributions en accord avec le service qui n'a pas utilisé sa plage et le service demandeur.

Des plages libres d'un service peuvent être utilisées par un autre service si elle ne sont pas utilisées 15 jours avant la date. La demande doit être faite **auprès du cadre infirmier de chirurgie ambulatoire** qui libérera la ou les plages ou enregistrera la date opératoire dans le dossier bloquant du patient.

Chaque spécialité s'engage à communiquer dès que connues les absences diverses qui auront comme conséquence la non utilisation des plages.

Lundi mardi mercredi jeudi vendredi Total

Chirurgie viscérale 1 0 0 0 0 1

Urologie 1 1 0 0 0 2

Stomatologie 0 2 0 2 0 4

Chirurgie pédiatrique 2 0 6 0 6 14

Ophthalmologie 3 3 2 2 0 10

ORL 2 1 3 0 4 10

Gynécologie 2 1 0 2 0 5

PMA 2 2 2 2 2 10

Chirurgie plastique 0 0 0 8 0 8

Anesthésie/oncologie 0 2 0 2 0 4

Total 13 12 13 18 12 68

Les plages de PMA sont confirmées 48 heures à l'avance et si problème d'organisation, il est convenu que la patiente sera décalée au jour d'après si c'est impossible, cela sera les patientes de gynécologie qui seront reportées ou hospitalisées en hospitalisation conventionnelle.

Le mardi est le jour des lithotrities pour l'urologie qui accueillera 5 patients 1 fois par mois (après accord de l'ORL, la gynécologie et la PMA).

L'anesthésie/oncologie sont majoritairement des patients programmés l'après midi.

Le total journalier est différent suivant les jours car tient compte de la possibilité d'occuper la plage 2 fois dans la journée.

Page : 5/8

CIRCUIT DU PATIENT

L'hospitalisation en Unité de Chirurgie Ambulatoire a pour origine exclusive le Service des Consultations.

AVANT L'HOSPITALISATION

La programmation des hospitalisations et des interventions se fait à partir de la consultation, en liaison directe avec le logiciel Bloqual qui gère la planification. Elle est fonction du type d'intervention, du mode d'anesthésie et de la durée d'hospitalisation qui conditionnent les possibilités d'accueil à la date proposée par le chirurgien opérateur.

1. Consultation de Chirurgie préopératoire

a. Le chirurgien

Le chirurgien décide de l'acte opératoire et établit la fiche annonce chirurgicale
Il propose la date d'intervention en respectant les vacances opératoires de sa discipline.

Il prescrit les examens complémentaires ou suivant les spécialités l'anesthésiste s'en charge, fait si besoin une lettre au médecin traitant pour l'informer de la décision opératoire.

Il explique et s'assure que son patient répond bien aux critères de la chirurgie ambulatoire et remet au patient le document « recommandations préopératoires pour une admission à l'unité de chirurgie ambulatoire ».

b. L'infirmière et/ou la secrétaire de consultation responsable de la planification

- Crée dans bloqual, un dossier informatisé dans lequel elle enregistre les données de la fiche annonce chirurgicale et notamment le service d'hospitalisation (1219 chirurgie ambulatoire) et le type d'hospitalisation (ambulatoire). Lorsque la date opératoire est planifiée, une réservation de lit en chirurgie ambulatoire est effectuée automatiquement.

- Vérifie les coordonnées téléphoniques du patient

- Informe le patient des modalités d'entrée et de sortie, du déroulement de l'hospitalisation et des suites opératoires en Chirurgie Ambulatoire et adresse le dossier du patient dans l'Unité de Chirurgie Ambulatoire

• immédiatement après la consultation s'il n'est pas prévu de consultation d'anesthésie,

• au secrétariat d'Anesthésie si une consultation préopératoire est programmée

- Informe le patient de la conduite à tenir pour la prise de rendez-vous des examens complémentaires et de la consultation d'anesthésie préopératoire (si nécessaire)

- Remet au patient le livret d'accueil Chirurgie Ambulatoire et la fiche de préadmission si cela n'a pas été fait pendant la consultation chirurgicale.

- Explique la démarche à suivre pour la pré-admission

c. Consultation chirurgicale à l'extérieur de l'hôpital intercommunal de Créteil

Le chirurgien décide de l'acte opératoire et établit la fiche annonce chirurgicale.
Il propose la date d'intervention en respectant les vacances opératoires de sa discipline.

La fiche annonce est faxée au secrétariat de chirurgie ambulatoire qui l'enregistrera et ouvrira un dossier médical. Le secrétariat téléphonera au secrétariat de chirurgie ambulatoire pour réserver si nécessaire un rendez vous d'anesthésie qui aura lieu au centre hospitalier intercommunal de Créteil.

Un planning opératoire sera envoyé au secrétariat du chirurgien pour confirmation du programme une semaine avant.

Page : 6/8

2. Consultation d'anesthésie

Sur demande du chirurgien **AU MINIMUM** 48 heures avant l'intervention

a. l'anesthésiste :

- confirme le type d'anesthésie.

- prescrit les examens complémentaires si nécessaire

- remplit le dossier d'anesthésie

- explique et fait signer au patient le document « recommandations préopératoires pour une admission à l'unité de chirurgie ambulatoire ».

- en cas de confirmation de chirurgie ambulatoire, envoie le patient dans l'Unité

Chirurgie Ambulatoire immédiatement après la consultation (présentation de l'unité d'ambulatoire, repérage des locaux, diverses formalités : parking, retour à domicile...)

- en cas d'annulation de la procédure en ambulatoire ou de modification du type d'anesthésie, l'anesthésiste signalera le dossier à l'infirmière de programmation qui fera le nécessaire pour enregistrer les modifications dans bloqual.et informera la spécialité concernée.

La consultation d'anesthésie doit avoir lieu au maximum dans les 3 mois qui précèdent l'intervention pour les enfants et dans le mois qui précède pour les adultes.

AVANT L'HOSPITALISATION, TOUTE PERSONNE N'AYANT PAS EU UNE CONSULTATION D'ANESTHESIE PREOPERATOIRE (SI SON INTERVENTION LE NECESSITE) NE POURRA ETRE ADMISE ET VERRA SA DATE D'INTERVENTION REPORTEE

b. L'infirmière et/ou la secrétaire de consultation responsable de la planification

- Adresse le dossier papier du patient dans l'Unité Chirurgie Ambulatoire immédiatement après la consultation.

- Demande au patient de se présenter dans l'unité d'ambulatoire pour repérer les locaux, préciser diverses formalités : parking, retour à domicile...

3. Dans l'Unité Chirurgie Ambulatoire

- Le logiciel permet de centraliser les RDV d'hospitalisation

- Une liste est éditée pour chaque jour une semaine avant.

-

a. La Secrétaire

- s'assure que tous les dossiers ont été acheminés dans le service

- s'assure que la pré-admission a été effectuée

- la récupère ainsi que les étiquettes

- contacte le patient dans l'hypothèse où le dossier administratif devrait être complété

b. L'infirmière :

- vérifie que le dossier médical, d'anesthésie et les examens complémentaires demandés sont complets.

- vérifie la conformité de la date opératoire du dossier avec le programme opératoire de chaque spécialité et le programme du jour de l'UCA.

- dans l'hypothèse où le dossier ne pourrait être complété, elle prend l'avis du médecin anesthésiste pour maintenir la décision et prévient le patient et la consultation concernée en cas de report de l'intervention ou de modification d'horaire.

- édite la liste journalière de ses patients et récupère la planification des heures dans chaque bloc.

- le cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire peut être amené à modifier l'horaire de prise en charge du patient par le bloc opératoire pour des problèmes d'organisation ou des difficultés liées au patient (personnes âgés ou handicapés notamment) en concertation avec le chirurgien de la spécialité concernée.

Page : 7/8

- A J-1 l'infirmière téléphone au patient pour préciser différentes items; appel téléphonique décrit dans le mode opératoire : CHI/AMB/MOP/004

Durant l'hospitalisation

1. Unité Chirurgie Ambulatoire

a. L'infirmière ou l'aide soignante sous la responsabilité de l'infirmière

- Accueille le patient et son accompagnateur

- Fait visiter les locaux

- Informe du déroulement de l'hospitalisation

- Prépare le patient pour son intervention en fonction de l'heure programmée

2. Secteur opératoire et Salle de réveil

a. Le brancardier du Bloc vient chercher le patient dans l'Unité de Chirurgie Ambulatoire pour le conduire au bloc opératoire

b. Le médecin anesthésiste voit le patient et confirme l'intervention

c. En fin d'intervention, et en fonction du mode d'anesthésie, le patient est transféré dans l'Unité de Chirurgie ambulatoire après une surveillance adaptée dans le secteur réservé de l'unité de surveillance post interventionnelle.

d. Le chirurgien dicte le compte rendu opératoire qui sera tapé par la secrétaire de l'U.C.A., remplit la fiche de liaison avec l'U.C.A. et définit le code PMSI. Ces documents devront être signés pour le départ du patient.

3. Unité Chirurgie Ambulatoire

La secrétaire

- dactylographie le compte rendu opératoire et la lettre adressée au médecin traitant
- Fait signer les documents par le chirurgien.

L'infirmière ou l'aide soignante sous la responsabilité de l'infirmière

- Accueille le patient à son retour du bloc

L'infirmière

- Assure la surveillance et réalise les soins post-opératoires prescrits
- Après accord et signature de la sortie par le Chirurgien opérateur et le médecin anesthésiste (en cas d'anesthésie générale ou loco-régionale), explique la procédure et les papiers de sortie.
- Remet au patient le compte-rendu opératoire, l'ordonnance de sortie et la lettre pour le médecin traitant, et, en fonction du mode d'anesthésie, s'assure que les modalités de sortie sont respectées (accompagnant) et que les consignes de sécurité postopératoires sont connues.
- Rappelle les numéros de téléphone à appeler en cas de complications ou d'événements imprévus
- Fait compléter le questionnaire d'appréciation du séjour.

Si la sortie n'est pas autorisée, le patient est orienté vers l'Unité du Chirurgien opérateur.

Page : 8/8

CONTINUITÉ DES SOINS

Dispositif médicalisé d'orientation des patients

- **De 7 H à 19 H, les jours d'ouverture**, les patients s'adressent à l'Unité de Chirurgie Ambulatoire tél. : 01 45 17 59 55 ou 59 56

- En dehors de ces horaires : **de 19 H à 7 H du lundi au samedi matin** les patients appellent le standard de l'hôpital qui les oriente vers l'anesthésiste d'astreinte à domicile.

- **A tout moment**, les patients peuvent également s'adresser, par téléphone, ou se présenter, 24 H sur 24, au Service d'accueil des Urgences du Centre Hospitalier Intercommunal, ce qui garantit l'accès au Plateau Technique et aux compétences médico-chirurgicales spécialisées.

Protocole de suivi des patients à la sortie de l'UCA

Les derniers patients sortent au plus tard à 19 h, heure de fermeture de l'UCA.

La sortie est signée par l'anesthésiste et le chirurgien ou le chirurgien seul pour une anesthésie locale.

Les documents de sortie comprennent :

- Les consignes postopératoires
- Une ordonnance d'antalgiques, de médicaments selon les spécialités, éventuellement de soins infirmiers.
- Le compte rendu opératoire
- Un rendez-vous de consultation si prescrit.
- Les n° de téléphone à appeler en cas de problème

Durant la nuit qui suit l'intervention ambulatoire

Le patient dispose d'un document avec le n° de téléphone du standard de l'Hôpital (01 45 17 50 00) à contacter en cas de problème.

Le standard qui répond oriente ensuite l'appel vers le médecin anesthésiste d'astreinte à domicile qui évaluera la situation.

Si nécessaire l'anesthésiste met le patient en relation avec le chirurgien de garde ou d'astreinte de la spécialité qui a opéré le patient. Des listes de garde ou d'astreinte par spécialités sont établies. Le lendemain entre 11 h et 12 h :

Les patients seront appelés au téléphone à leur domicile du mardi au vendredi par l'infirmière de l'UCA.

Le samedi matin ou les jours fériés l'appel sera réalisé par l'infirmière de l'UCA qui travaillait la veille à partir de son domicile.

Annexe 2 : le plan du futur SCA, au premier étage du bâtiment B du CHIC

