



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

*Date du Jury : décembre 2000*

---

**LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU  
CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN :  
CHRONIQUE D'UNE NAISSANCE  
ANNONCÉE**

---

**ROBINEL Viviane**

# SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 - LA CHIRURGIE AMBULATOIRE A LA MARTINIQUE :</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1.1 A) Définition de la chirurgie ambulatoire :</b>  | <b>4</b>  |
| 1.1.1 a) La chirurgie ambulatoire est une chirurgie comportant des contraintes mais qui est riche de nombreux atouts :                                | 4         |
| 1.1.1.1 La mise en place de la chirurgie ambulatoire génère un certain nombre de contraintes :  | 5         |
| 1.1.1.2 Les atouts liés à la chirurgie ambulatoire :  | 8         |
| 1.1.2 b) Mais qui connaît un certain nombre d'obstacles à son application :   | 9         |
| 1.1.2.1 Des difficultés liées au cadre réglementaire :  | 9         |
| 1.1.2.2 Des limites liées au PMSI pour les hôpitaux publics :   | 11        |
| 1.1.2.3 Et enfin des obstacles sociologiques :  | 13        |
| <b>1.2 B) Analyse de l'existant à la Martinique :</b>   | <b>14</b> |
| 1.2.1 a) L'ambulatoire, une affaire essentiellement privée :  | 16        |
| 1.2.1.1 Seuls deux établissements privés pratiquent la chirurgie ambulatoire:   | 16        |
| 1.2.1.2 D'où une inégalité de l'offre de soins :  | 20        |
| 1.2.2 b) Qui est un des axes retenus par le SROS 1999/2004 :  | 22        |
| 1.2.2.1 La méthode utilisée :   | 22        |
| 1.2.2.2 Les orientations retenues :   | 27        |
| <b>2 - DANS CE CONTEXTE PARTICULIER, QUELLES SONT LES PERSPECTIVES D'IMPLANTATION DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN :</b> | <b>29</b> |
| <b>2.1 A) Historique et présentation de l'hôpital :</b>   | <b>29</b> |
| 2.1.1.1 Quelques chiffres clés :  | 31        |
| 2.1.1.2 Autres données :  | 32        |
| 2.1.2 a) De nombreux problèmes ont eu un impact négatif sur la chirurgie :  | 34        |
| 2.1.2.1 Les interventions chirurgicales ont lieu sur plusieurs sites :  | 34        |
| 2.1.2.2 Auxquelles il faut rajouter de nombreux dysfonctionnements:   | 34        |
| 2.1.3 b) Mais malgré tout ses perspectives d'évolution ne sont pas obérées :  | 36        |
| 2.1.3.1 L'approbation du projet d'établissement:  | 36        |
| 2.1.3.2 La détermination d'un plan intermédiaire:   | 36        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>2.2 B) En quoi il serait intéressant de faire de l'ambulatoire au Centre Hospitalier du Lamentin :</b> | <b>41</b> |
| 2.2.1 a) Un gisement potentiel, au niveau des hommes :  | 42        |
| 2.2.1.1 Le bassin d'attraction du centre hospitalier du Lamentin :  | 42        |
| 2.2.1.2 Les résultats prometteurs du dernier recensement de la population                                 | 48        |
| 2.2.2 b) Et aussi des structures et des activités :   | 50        |
| 2.2.2.1 La réorganisation des blocs opératoires et des espaces disponibles pour l'ambulatoire             | 50        |
| 2.2.2.2 Complétée par une organisation adaptée :  | 51        |
| <b>3 - FACE AU DEFI DE L'AMBULATOIRE, QUELLES SONT LES STRATEGIES DES DIFFERENTS ACTEURS :</b>            | <b>53</b> |
| <b>3.1 A) Les acteurs internes :</b>  | <b>53</b> |
| 3.1.1 a) Les médecins :   | 53        |
| 3.1.1.1 L'ophtalmologie :   | 53        |
| 3.1.1.2 La gastro-entérologie :   | 55        |
| 3.1.1.3 L'ORL :   | 56        |
| 3.1.1.4 La chirurgie générale et digestive :  | 57        |
| 3.1.1.5 La gynécologie-obstétrique :  | 58        |
| 3.1.1.6 La stomatologie :   | 59        |
| 3.1.1.7 L'anesthésie-réanimation :  | 60        |
| 3.1.2 b) Le personnel paramédical :   | 61        |
| 3.1.2.1 La surveillante du bloc général :   | 61        |
| 3.1.2.2 L'infirmière générale :   | 62        |
| 3.1.3 c) Le président de la CME :   | 63        |
| 3.1.4 d) Le directeur général :   | 65        |
| <b>3.2 B) Les acteurs externes :</b>  | <b>66</b> |
| 3.2.1 a) Les médecins de ville et les malades :   | 66        |
| 3.2.2 b) Le secteur privé : le cas de la clinique Saint-Paul :  | 67        |
| 3.2.3 c) Les pouvoirs publics : l'ARH :   | 69        |
| <b>4 - CONCLUSION :</b>   | <b>72</b> |
| <b>5 - BIBLIOGRAPHIE:</b>   | <b>74</b> |

## **1 - LA CHIRURGIE AMBULATOIRE A LA MARTINIQUE :**

### **1.1 A) DÉFINITION DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE :**

#### **1.1.1 a) La chirurgie ambulatoire est une chirurgie comportant des contraintes mais qui est riche de nombreux atouts :**

Née en Amérique du Nord dans les années 70, la définition du soin ambulatoire par le dictionnaire Larousse est la suivante : « qui n'interrompt pas l'activité du malade ».

Cette définition, d'une grande simplicité, met bien l'accent sur l'aspect révolutionnaire de la chirurgie ambulatoire : elle est centrée essentiellement sur le patient, notion particulièrement novatrice car c'est une façon différente d'aborder la chirurgie. En effet, la prise en charge affective du patient est importante, et cette prise en charge requiert aussi une technique irréprochable.

A l'issue de la conférence de consensus de mars 1993, la définition des actes de la chirurgie ambulatoire retenue a été la suivante : « relèvent de la chirurgie ambulatoire les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité du bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission ».

Les structures qui pratiquent l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ( ACHA ) font partie des structures de soins alternatives à l'hospitalisation, que les décrets du 2 octobre 1992 définissent de façon très précise. Elles « ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile ». L'activité ambulatoire est donc substitutive à une prise en charge classique qui induit une hospitalisation de plusieurs jours.

Elle concerne toutes les activités médicales confondues, voire même les spécialités considérées non chirurgicales comme les examens endoscopiques ou la radiologie interventionnelle.

Le tableau en annexe montre les principales indications et techniques qui sont utilisées en chirurgie ambulatoire ( annexe n° : 1 ).

Un certain nombre de pays étrangers ont été amenés à développer la pratique de la chirurgie ambulatoire, en particulier le Royaume-Uni ( 60 % des actes opératoires ) et le Danemark ( 40 % des actes opératoires ). D'autres pays où, pour un certain nombre d'interventions fréquentes, cette pratique est élevée, sont respectivement les Etats-Unis ( 54 % des actes ), le Canada ( 60 % des actes ), la Nouvelle-Zélande et l'Australie.

Au niveau de la France, le pourcentage des actes chirurgicaux en ambulatoire par rapport au nombre total des actes n'est que de 27 %. Le développement de la chirurgie ambulatoire se fait plutôt lentement, et ce, de façon inégale entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. En effet, on peut estimer qu'elle représente environ 18 % du secteur public, alors que plus de 80 % des actes de l'ambulatoire sont réalisés dans le privé. Le nombre de places installées est d'environ 7600, soit une place pour 7500 habitants. Même si la France rattrape progressivement son retard, il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Ces disparités se retrouvent d'une façon générale dans toutes les régions de France, et aussi dans les départements d'Outre-Mer, dont la Martinique.

#### 1.1.1.1 La mise en place de la chirurgie ambulatoire génère un certain nombre de contraintes :

Les critères exigés sont sociaux et médicaux pour les patients, les structures doivent être identifiées et comporter une organisation spécifique.

- Les critères sociaux du malade: le malade doit être parfaitement au courant de l'acte qui doit être effectué, des risques encourus et des obligations afférentes à ce type de prise en charge. Il doit confirmer sa venue avant l'intervention et arriver au moins une heure avant l'intervention. A l'issue de l'intervention, après une surveillance post-interventionnelle, sa sortie n'est autorisée qu'après une visite de contrôle de l'anesthésiste ou du chirurgien. Le patient doit être accompagné à sa sortie et ne peut conduire un véhicule pendant

les 24 heures suivant l'anesthésie. La nuit suivant l'intervention, un adulte responsable doit se trouver près de lui. En outre, le patient doit avoir un téléphone et habiter à moins d'une heure de voiture d'un établissement de soins pouvant l'accueillir en cas d'urgence. Pour une intervention sur un mineur, ce dernier doit être accompagné par deux adultes responsables, dont un qui conduit ;

- Les critères médicaux du malade : ils sont essentiellement liés au type du patient selon des critères anesthésiques. En effet, selon l'ASA ( American society of anesthesiologists ), les patients sont regroupés dans cinq groupes :

ASA 1 : correspond à un patient en bonne santé si ce n'est l'affection nécessitant l'acte chirurgical. Pour ce groupe, le taux d'accident est de 0,5 % et le taux de décès de 0,02 % ;

ASA 2 : correspond à un patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection ( exemples : bronchite chronique ; obésité modérée ; diabète contrôlé par le régime ; ancien infarctus ; hypertension artérielle modérée ). Pour ce groupe, le taux d'accident est de 3 % ;

ASA 3 : correspond à un patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection ( exemples : insuffisance coronarienne avec angor ; diabète insulino-dépendant ; obésité pathologique ; insuffisance respiratoire modérée ). Pour ce groupe, le taux d'accident est de 7,2 % ;

ASA 4 : correspond à un patient courant un risque vital imminent du fait de l'atteinte d'une grande fonction ( exemples : insuffisance cardiaque sévère; angor rebelle ; arythmie réfractaire au traitement ; insuffisance respiratoire, rénale, hépatique ou endocrinienne avancée ). Pour ce groupe, le taux d'accident est de 18,7 % ;

ASA 5 : correspond à un patient moribond dont l'espérance de vie est inférieure à 24 heures ( exemples : rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale ; en grand état de choc). Pour ce groupe, le taux d'accident est de 18,7 % et le taux de décès supérieur à 10 %.

Les patients des groupes ASA 1 et ASA 2 sont seuls susceptibles de bénéficier de la chirurgie ambulatoire. En accord avec le chirurgien, certains anesthésistes peuvent accepter des patients du groupe ASA 3 sous certaines conditions.

- L'identification des structures et leur organisation spécifique : les structures consacrées à la chirurgie ambulatoire devront être facilement identifiables par les usagers et faire l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisés et disposent de leurs propres locaux, matériel et personnel. L'agencement et l'équipement doivent permettre d'assurer tous les soins autour du patient : accueil ; préparation préalable y compris consultation anesthésique ; organisation, préparation et mise en œuvre optimale des protocoles de soins ; surveillance et repos des patients ; moyens nécessaires à la préparation de la sortie des patients ; décontamination, stockage et entretien matériel nécessaire aux soins et transport du patient. Les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires au patient doivent être garanties, ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité. Les moyens nécessaires à la prise en charge d'une complication médicale éventuelle doivent être disponibles immédiatement. Pour 5 patients présents, sont requis en permanence la présence d'un médecin qualifié et d'un infirmier, et pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire, d'un médecin anesthésiste réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires. En dehors des heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés, la structure doit organiser la continuité des soins et remettre à chaque patient un bulletin de sortie indiquant l'identité des personnels médicaux qui ont participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir pour la surveillance post-opératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé qui assure la permanence et la continuité des soins. Enfin, la structure devra élaborer un règlement intérieur.

Toutes ces contraintes ont pour objectif de réunir les conditions optimales pour la prise en charge du patient dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

### 1.1.1.2 Les atouts liés à la chirurgie ambulatoire :

La chirurgie ambulatoire est un type de chirurgie permettant de traiter des cas simples de chirurgie tout en évitant au patient une hospitalisation, d'où une économie de temps et de moyens. Grâce à elle, les hospitalisations inutiles sont supprimées. Plusieurs études ont démontré que les infections nosocomiales sont limitées, voire même quasiment évitées, puisque le malade n'a pas de contact avec les autres hospitalisés, et que le taux de complications postopératoires n'est pas plus élevé qu'en hospitalisation classique.

Le fait que le patient revienne chez lui le jour même permet de réduire les dépenses d'assurance maladie, grâce à la diminution des durées de séjour et à la réinsertion professionnelle plus rapide des actifs.

Elle permet d'autre part une rotation importante des patients d'où une limitation du nombre de lits et a l'avantage de n'être pratiquée que le jour, ce qui évite toute surveillance nocturne, d'où là encore des gains de productivité.

Pour le patient, la chirurgie ambulatoire permet une perturbation réduite de sa vie familiale et professionnelle, de même qu'une dédramatisation de l'acte opératoire grâce à une prise en charge affective par le personnel médical et paramédical.

Au niveau du personnel, les horaires de travail sont modifiés. Les infirmières ne font plus le système des 3/8, ont des horaires plus réguliers car elles rentrent chez elles le soir et ne travaillent pas les week-ends. Il est donc possible d'employer le personnel à 8/10 de temps tout en maintenant l'activité du service, ce qui ouvre une ouverture non négligeable sur le travail à temps partiel. Dans la perspective des 35 heures, ce type d'activité peut être un gisement très utile.

La chirurgie ambulatoire implique une collaboration entre praticiens hospitaliers et médecins de ville afin d'assurer un meilleur suivi des patients opérés et la continuité des soins. Même si cet objectif concernant les réseaux n'est pas toujours réalisé, il sera de plus en plus incontournable à l'avenir.

Tous ces avantages font que la chirurgie ambulatoire devrait être développée au niveau de l'offre de soins, tant au niveau du secteur public que du secteur privé. Or, force est de constater que son développement est plus effectif dans le secteur privé. L'analyse des différents textes de législation relatifs à la chirurgie ambulatoire ainsi que ses conditions d'application expliquent en partie cette situation, que l'on retrouve sur l'ensemble du territoire français.

### **1.1.2 b) Mais qui connaît un certain nombre d'obstacles à son application :**

Les obstacles relatifs à l'application de la chirurgie ambulatoire sont d'ordre réglementaire, mais aussi liés au PMSI ( Programme de médicalisation des systèmes d'information ) et enfin d'ordre sociologique.

#### **1.1.2.1 Des difficultés liées au cadre réglementaire :**

Au niveau de la réglementation, la loi portant réforme hospitalière du 31 Juillet 1991 a soumis à autorisation les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. D'autres textes réglementaires sont venus compléter cette loi :

- les décrets n° : 92-1100, 92-1101 et 92-1102 du 2 octobre 1992, qui donnent la définition de ces structures, leurs conditions création ou d'extension, leurs conditions techniques de fonctionnement ;
- l'arrêté du 12 novembre 1992, qui précise les conditions dans lesquelles la déclaration de la structure doit être effectuée auprès du préfet de région ;
- l'arrêté du 7 janvier 1993, qui définit les caractéristiques du secteur ambulatoire pour les structures pratiquant la chirurgie ambulatoire ;
- le 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 et modifiant le code de la santé publique, concerne en partie les structures de soins relatives à l'hospitalisation ;

- la circulaire du 16 décembre 1997, qui précise que la chirurgie ambulatoire est une des priorités de la politique d'organisation des soins hospitaliers pour 1998 et encourage son développement ;
- le décret n°99-444 du 31 mai 1999 définit les conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire et modifie le code de santé publique. Ce récent décret fait passer la réduction des lits de 2 à 3 lits si l'excédent de moyens est inférieur à 25 % des besoins théoriques de la zone sanitaire en chirurgie et de 2,25 à 3,25 lits si l'excédent de moyens est supérieur à 25 % des besoins théoriques de la zone sanitaire en chirurgie. Ce durcissement de la réglementation est compensée par la possibilité pour un établissement de créer des places de chirurgie ambulatoire sans être soumis à ces taux de change s'il s'engage à maintenir ou développer une activité de chirurgie ambulatoire alternative à l'hospitalisation complète, en respectant un quota de séjours dits « chirurgicaux » par place.

L'ensemble de la réglementation est considérée comme contraignante et limite le développement de la chirurgie ambulatoire. Les conditions de fonctionnement de cette dernière sont très strictes, avec une structure et un personnel spécifique d'une part, et elle est soumise à autorisation, avec parallèlement la réduction des lits de chirurgie de l'établissement en échange. Or ce mécanisme pénalise les établissements dynamiques, qui ont besoin de toutes leurs capacités et qui ne peuvent fermer des lits. Toutes ces perspectives ne sont guère encourageantes pour les établissements qu'ils soient publics ou privés, alors que l'objectif de la tutelle est de réduire les lits de chirurgie en fonction de l'excédent de la carte sanitaire et de remplacer la chirurgie traditionnelle par la chirurgie ambulatoire.

En outre, la règle des quotas exige qu'il n'est pas possible de dépasser un certain nombre d'actes par an, sous peine de mesures de rétorsion au niveau du remboursement des actes. Au-delà d'un certain nombre d'actes autorisés, l'établissement doit rembourser ses dépassements. Cette mesure est valable pour les établissements publics et les établissements privés.

Il faut noter que les cliniques privées ont été amenées à développer l'ambulatoire dans la mesure où elle permet d'améliorer leur attractivité et d'obtenir

une plus grande rotation des malades. Selon la convention tripartite du 27 janvier 1993 passée entre l'Etat, l'assurance maladie et les représentants des établissements privés, l'acte chirurgical est plus côté que l'hébergement. Seuls les actes médicaux-chirurgicaux figurant dans la liste 1 ( salle d'opération ) et dans la liste 2 ( secteur opératoire ) sont rémunérés. Cette rémunération peut prendre 3 formes : un forfait de salle d'opération( FSO ); un forfait de sécurité et d'environnement ( FSE ) et un forfait de salle d'accouchement ( FSA ). La rémunération de l'hébergement et de l'accueil existe sous forme d'un forfait d'accueil et de suivi du patient ( FAS ) fixé à 550 F pour les actes de la liste 1 et à 350 F pour les actes de la liste 2.

Parallèlement, les hôpitaux publics, eux, ne sont guère favorisés par le système du PMSI.

#### 1.1.2.2 Des limites liées au PMSI pour les hôpitaux publics :

Au niveau du PMSI<sup>1</sup>, l'activité ambulatoire en court séjour correspond à l'activité diagnostique ou thérapeutique effectuée pendant un séjour de moins de 24 heures. A partir des variables contenues dans les résumés de sortie standardisés ( RSS ), chaque séjour aboutit dans une catégorie majeure ( CM ) puis dans un groupe homogène de malades ( GHM ).

Les CM correspondent à des regroupements de GHM par grands appareils ou par type de prise en charge. L'activité ambulatoire est répertoriée dans la catégorie majeure 24 ( CM24 ), divisée elle même en trois groupes en fonction des caractéristiques des GHM :

- les GHM 680 à 683 décrivant les séances ;
- les GHM 701 à 723 décrivant les séjours avec actes opératoires ;
- les GHM 801 à 823 décrivant les séjours médicaux.

---

<sup>1</sup> In "La chirurgie ambulatoire dans le PMSI" – Voir infra bibliographie

La classification a été améliorée par le développement des pratiques médicales ambulatoires. De nouveaux GHM sont apparus lors de la version 4 en 1997, pour une meilleure approche qualitative, ce qui a dégagé les groupes spécifiques 761 à 777 décrivant des activités ciblées comme la libération du canal carpien en ambulatoire ( 761 ) ou la cataracte en ambulatoire ( 762 ).

Grâce au PMSI, il est possible de cerner le potentiel de chirurgie ambulatoire d'un établissement de santé.

Pour y arriver, on sélectionne dans un premier temps sur une période donnée les GHM chirurgicaux d'hospitalisation complète qui appartiennent aux catégories majeures 1 à 14, 16 à 19 et 21 à 23.

Dans un deuxième temps, on sélectionne les séjours mono-unités et sans comorbidité associée sévère ( CMAS ) d'une durée inférieure à 3 jours et dont les modes d'entrée et de sortie sont « domicile » ( n° de code : 8 ).

Dans un troisième temps, on « force » la date d'entrée à être égale à la date de sortie afin d'obtenir les séjours « potentiels 700 » de chirurgie ambulatoire. On obtient ainsi les ratios suivants :

- ratio de chirurgie ambulatoire :

somme de GHM 700 réalisés

somme de GHM 700 réalisés + somme des GHM « potentiels 700 »

- ratio de chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive :

somme de GHM 760 réalisés

somme de GHM 760 réalisés + somme des GHM « potentiels 760 »

Ces différents ratios servent d'indicateurs permettant de décrire l'activité de chirurgie ambulatoire et de mesurer son potentiel d'évolution. Néanmoins, ils ne permettent pas d'appréhender les contre-indications de nature sociale de la chirurgie

ambulatoire, qui sont les personnes seules, sans téléphone ou sans environnement à domicile etc....

Les autres limites du PMSI sont que le recueil des informations des résumés de sortie standardisés peut être sources d'erreurs qui peuvent être administratives, de saisie, de codage, etc...

Les groupes homogènes de malades peu valorisés ne sont pas mobilisateurs pour les responsables des établissements de santé, car ils génèrent peu de points ISA ( indice synthétique d'activité ). Or, le nombre de points ISA reflète l'activité de l'établissement et a des incidences sur le budget alloué. Des séjours peu lucratifs n'incitent pas les responsables à les prendre en charge.

D'une façon générale, un acte en ambulatoire étant moins coûteux pour l'établissement génère moins de points d'ISA, donc à quoi bon être plus rapide et efficace pour voir sa rémunération baisser ?

Beaucoup d'hôpitaux ont évolué dans ce sens en gardant plus longtemps les malades, car cette situation est plus rentable que de pratiquer la chirurgie ambulatoire.

Le PMSI ne tient pas compte de la qualité des actes effectués en ambulatoire. Une tarification à la pathologie qui serait basée seulement sur le PMSI pourrait inciter les établissements de soins à baisser les coûts pour améliorer leur rentabilité. Mais ces soins ne devront pas, afin d'être moins coûteux, être trop rapidement effectués, car ils seraient bâclés.

Compte tenu de ces réserves, le PMSI ne devrait pas être le seul élément sur lequel serait basée la rémunération des établissements publics de santé.

#### 1.1.2.3 Et enfin des obstacles sociologiques :

Un des principaux obstacles au développement de la chirurgie ambulatoire est la logique de fonctionnement de l'hôpital par services. Pour beaucoup de praticiens, le nombre de lits dans son service est encore un symbole de réussite. Par

conséquent, ils refusent de les transformer en places et d'avoir un taux d'occupation de leur service réduit. Cette logique est remise en cause avec la chirurgie ambulatoire, car celle-ci requiert une collaboration étroite entre plusieurs spécialités et une gestion partagée du bloc opératoire.

L'étroite collaboration nécessaire entre l'opérateur et le médecin de ville pour assurer un bon suivi des patients opérés en ambulatoire n'est pas facile non plus à mettre en place. En outre, le médecin de ville devrait être au courant du type d'anesthésie qu'a subi le patient, pour faire face aux complications immédiates. Or, il est rarement remis un compte rendu anesthésique au patient à sa sortie et de plus les généralistes ne sont pas formés aux techniques anesthésiques.

Pour toutes ces raisons, la chirurgie ambulatoire représente une contrainte supplémentaire pour certains praticiens par rapport à la chirurgie classique, ce qui limite ses attraits à leurs yeux. De plus, les conséquences juridiques des incidents consécutifs à la chirurgie ambulatoire rebutent plus d'un praticien. Pourtant, il semblerait qu'un acte pratiqué en ambulatoire n'entraîne pas plus de risques pour le patient que ce même acte pratiqué de façon traditionnelle.

## **1.2 B) ANALYSE DE L'EXISTANT À LA MARTINIQUE :**

L'examen de la chirurgie ambulatoire à la Martinique est une étape importante avant d'aborder la chirurgie ambulatoire au Centre hospitalier du Lamentin.

La Martinique est un DFA ( département français d'Amérique ), île des caraïbes d'une superficie de 1 100 km<sup>2</sup> ayant une forte densité de population ( 381.427 habitants au dernier recensement de 1999 ).

Région monodépartementale, elle est estimée comme formant un secteur sanitaire unique. Seuls 64 kilomètres séparent les points extrêmes de l'île dans l'axe nord-sud, et 24 kilomètres dans l'axe est-ouest. Néanmoins, malgré ces dimensions modestes, les déplacements ne sont pas toujours aisés à cause du relief accidenté et des disparités ( outre les encombrements ) du réseau routier.

Le tableau suivant permet de constater la situation de la chirurgie ambulatoire en France métropolitaine et dans un certain nombre de départements dont les DOM ( départements d’Outre mer ) et le département de la Martinique. Il montre que le nombre de places de chirurgie ambulatoire de l’île se situe bien en dessous de la moyenne nationale.

Tableau n° : 1

L’offre nationale de soins ambulatoire(source ARH-SROS Martinique 1999-2004)

|                   | JUN 1994         |                         | JUN 1995         |                         | MARS 1998        |                         |
|-------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|
|                   | Nombre de places | Places pour 100000 hab. | Nombre de places | Places pour 100000 hab. | Nombre de places | Places pour 100000 hab. |
| PACA              | 606              | 13                      | 782              | 17                      | 895              | 20                      |
| ILE DE FRANCE     | 1344             | 2                       | 1849             | 4                       | 2065             | 19                      |
| ALSACE            | 36               | 3,5                     | 64               | 3                       | 108              | 6                       |
| DOM               | 53               |                         | 45               |                         | 127              | 9                       |
| Dont MARTINIQUE   |                  | 8                       |                  | 11                      | 15 *             | Inf. à 4                |
| MOYENNE NATIONALE | 5039             |                         | 6440             |                         | 7572             | 13                      |

\* Comme on le constatera infra, ce chiffre est passé de 15 à 24 en 1999.

L’analyse de la chirurgie ambulatoire à la Martinique, tout en démontrant des spécificités propres, met néanmoins en exergue de nombreuses similitudes avec celle qui est pratiquée sur l’ensemble du territoire français. Présente pour l’instant uniquement dans les cliniques privées, elle représente un des axes retenus par le SROSS 1999/2004.

### **1.2.1 a) L'ambulatorio, une affaire essentiellement privée :**

Dans le département de la Martinique, la situation de la chirurgie ambulatoire a sensiblement le même profil qu'en France métropolitaine.

Les établissements publics pratiquant la chirurgie sont au nombre de trois : le centre hospitalier universitaire ( CHU ) de la Meynard, le centre hospitalier du Lamentin et le centre hospitalier de Trinité.

Le CHU de la Meynard comprend 485 lits de médecine, 310 lits de chirurgie, 75 lits d'obstétrique, 30 lits de réadaptation et 150 lits de soins de longue durée.

Le centre hospitalier du Lamentin comprend 147 lits de médecine, 74 lits de chirurgie, 48 lits d'obstétrique et 30 lits de soins de longue durée.

Le centre hospitalier de Trinité comprend 135 lits de médecine, 60 lits de chirurgie, 45 lits d'obstétrique et 30 lits de soins de longue durée.

En 1999, certains établissements publics pratiquent des hospitalisations inférieures à 24 heures, mais aucun ne possède pour l'instant de structure ambulatoire individualisée. Seuls deux établissements privés pratiquent l'ambulatorio dans les conditions réglementaires.

#### **1.2.1.1 Seuls deux établissements privés pratiquent la chirurgie ambulatoire:**

Ces deux établissements privés sont la clinique Saint-Paul et la clinique Sainte-Marie. Actuellement, elles sont les seules cliniques privées de l'île, compte tenu du fait que la troisième clinique privée, la Clinique Pasteur, est actuellement en faillite et fait l'objet d'une fermeture.

La clinique Saint-Paul est un établissement qui comporte 5 lits de médecine, 38 lits de chirurgie, 8 lits d'obstétrique, 40 lits de soins de suite et 15 lits de réadaptation. Cet établissement a installé une structure de 10 places de chirurgie ambulatoire en juin 1994, avec une extension de 4 places en juin 1999.

La clinique Sainte-Marie est un établissement comprenant 88 lits de chirurgie, 32 lits d'obstétrique, 12 lits de soins de suite et 30 lits de réadaptation. Elle a installé une structure de 5 places de chirurgie ambulatoire en juillet 1994, et a obtenu en 1999 une extension de 5 places supplémentaires.

L'annexe n° : 2 permet de situer l'ensemble des établissements de soins, publics et privées, sur une carte de l'île.

En comparant l'ensemble des lits de chirurgie de l'île, il ressort clairement qu'il n'existe officiellement que les 24 places de chirurgie ambulatoire, concentrées comme vu précédemment sur les deux cliniques Saint-Paul et Sainte-Marie.

Comme nous le montre l'annexe n° : 2 , ces deux établissements privés se trouvent dans la capitale de l'île, Fort-De-France. Certes, aucune commune ne se trouve à plus de 65 kilomètres et on peut estimer que 85 % de la population martiniquaise se trouve à moins de 35 kilomètres d'un bloc opératoire. Cependant, il faut signaler que la densité du trafic routier peut rallonger singulièrement les trajets.

Le tableau n° : 2 permet de comparer les lits autorisés et installés aux places d'ambulatoire.

Tableau n° : 2

Situation des lits en chirurgie et places ambulatoires à la Martinique en 2000 (Source ARH)

| Chirurgie             | Lits autorisés | Lits installés | Places ambulatoires |
|-----------------------|----------------|----------------|---------------------|
| CHU de Fort-De-France | 310            | 315            | 0                   |
| CH Lamentin           | 74             | 74             | 0                   |
| CH Trinité            | 60             | 56             | 0                   |
| Clinique Sainte-Marie | 88             | 88             | 10                  |
| Clinique Saint-Paul   | 38             | 38             | 14                  |
| Clinique Pasteur      | 56             | 36             | 0                   |
| TOTAL                 | 626            | 607            | 24                  |

En ce qui concerne l'activité, le tableau suivant nous précise le nombre d'actes et le nombre d'entrées dans le secteur ambulatoire.

Tableau n° : 3

Nombre d'actes et d'entrées en ambulatoire à la Martinique en 1997 (Source ARH)

|                           | Clinique Sainte-Marie | Clinique Saint-Paul | Total Martinique |
|---------------------------|-----------------------|---------------------|------------------|
| Nbre d'actes ambulatoires | 1719                  | 2952                | 4671             |
| Taux secteur ambulatoire  | 94,2 %                | 80,1 %              | 85,3 %           |
| Nombre d'entrées          | 7086                  | 5712                | 30203            |
| Part de l'ambulatoire     | 24 %                  | 52 %                | 15,5%            |

Entre 1991 et 1997, les entrées ( complète + ambulatoire) ont progressé de 26 %, mais la progression a été de 11 % dans le secteur public, et 47 % dans le secteur privé. L'attractivité du secteur privé s'est accru de 6 % pendant la même période.

En 1998, le tableau n° : 4 nous montre que 50% des entrées sont réalisées dans le secteur privé, qui dispose de 28 % des installations.

Tableau n° : 4

Activité chirurgicale des établissements de santé ( source SAE 1998 )

|               | Entrées | DMS  | TO   | Ambulat. | Total entrées | Pourcentage |
|---------------|---------|------|------|----------|---------------|-------------|
| CHU           | 11 700  | 6 ,4 | 65,4 |          | 11 700        | 34 %        |
| Lamentin      | 3 359   | 6,3  | 78,4 |          | 3 359         | 10 %        |
| Trinité       | 1 972   | 6,5  | 62,4 |          | 1 972         | 6 %         |
| Total public  | 17 031  | 6,4  | 67,2 |          | 17 031        | 50 %        |
| Cl. Ste Marie | 5 434   | 4 6  | 83 2 | 1 706    | 7 140         | 21 %        |
| Cl. St Paul   | 2 573   | 3,8  | 78,2 | 2 944    | 5 517         | 16 %        |
| Cl. Pasteur   | 4 284   | 2,4  | 79,7 |          | 4 284         | 13 %        |
| Total privé   | 12 291  | 3,7  | 81,3 | 4 650    | 16 941        | 50 %        |
| TOTAL         | 29 322  | 10,1 |      | 4 650    | 33 972        | 100 %       |

Faibles essentiellement dans le secteur public, les taux d'occupation sont inférieurs au taux cible national ( 85 %).

Si on veut analyser plus en détail les actes réalisés, on peut se baser sur la notion d' interventions traçées.

Lors du congrès de chirurgie ambulatoire à Limoges en Juin 1994, les interventions traçées ont été définies comme « les groupes d'interventions à faible risque pratiquées en chirurgie traditionnelle et représentatives d'une chirurgie ambulatoire répondant aux objectifs de réelle alternative à l'hospitalisation ».

Ont été définis 7 groupes :

- Groupe 1 : arthroscopie, arthrolyse, arthroplastie ;
- Groupe 2 : ophtalmologie lourde ( cataracte, glaucome... ) ;
- Groupe 3 : ORL lourde ( tympanoplastie,... ) ;
- Groupe 4 : chirurgie de la main ;
- Groupe 5 : traitement des hernies abdominales ;
- Groupe 6 : ectopie et plastie testiculaire ;
- Groupe 7 : résection étendue des saphènes.

Après la définition des groupes, il convient d' analyser l'indicateur de transfert. Cette notion correspond au pourcentage d'interventions traçées par rapport à l'ensemble des actes réalisés. Ces pourcentages sont regroupés en 4 groupes :

- 15 % : très satisfaisant ;
- 10 à 15% : satisfaisant ;
- 5 à 10 % : moyennement satisfaisant ;
- 0 à 5 % : peu satisfaisant.

Le tableau n° : 5 recense l'ensemble des intervention traçées à la Martinique en 1997.

Tableau n° : 5

Les interventions traçées en Martinique en 1997 ( Source ARH )

| Source PMSI                    | Clinique<br>Sainte-Marie | Clinique<br>Saint-Paul | Total | Index de transfert<br>Ste Marie & St Paul | Ind. transfert<br>Martinique |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------|-------|---|------------------------------|
| Adéno-agmygdalectomie          | 48                       | 361                    | 409   | 74 %                                      | 22,5 %                       |
| Cataracte                      | 101                      | 268                    | 369   | 41 %                                      | 20 %                         |
| Gastroskopie                   | 142                      | 210                    | 352   | 58 %                                      | 22 %                         |
| Fibroscopie                    | 164                      | 184                    | 348   | 42 %                                      | 28 %                         |
| Arthroscopie et<br>apparentés  | 1                        | 240                    | 241   | 76 %                                      | 35 %                         |
| Canal carpien                  | 0                        | 163                    | 163   | 84 %                                      | 70 %                         |
| Exérèse de lésions<br>cutanées | 102                      | 33                     | 135   | 55 %                                      | 60 %                         |

## 1.2.1.2 D'où une inégalité de l'offre de soins :

Le tableau n° : 5 permet de constater le net retard des établissements publics par rapport aux établissements privés en tenant compte des interventions traçées, sauf en ce qui concerne les opérations relatives au canal carpien et à l'exérèse de lésions cutanées.

Les opérations du canal carpien et les exérèses de lésions cutanées paraissent déjà ne plus pouvoir augmenter leur part d'ambulatoire.

Par contre, les adéno-amygdalectomies, les cataractes, les endoscopies digestives et les arthroscopies ont un index de transfert susceptibles d'augmenter.

L'installation de structures ambulatoires au CHU et au centre hospitalier du Lamentin, avec un indice de transfert de 35 % seulement, permettrait d'augmenter le nombre d'actes et de places en ambulatoire de façon sensible.

De même, les hernies et les éveinages sont très peu pratiqués en ambulatoire, et si ces actes y étaient effectués avec un indice de transfert de 30 %

seulement, le gisement potentiel de la chirurgie ambulatoire permettrait une augmentation des places existantes.

Au niveau du secteur public, seules 8 % des interventions sont pratiquées au cours de séjours de 24 heures ou moins.

En fait, on estime que 40 % des interventions pratiquées dans le secteur public sont des interventions traçéuses qui pourraient être pratiquées en chirurgie ambulatoire, ce qui représente un chiffre considérable.

En outre, d'autres actes de valeur moins substitutive peuvent être réalisés en ambulatoire (colo-fibroscopies, fibroscopies oeso-gastro-duodénales, laryngoscopies, bronchoscopie, etc....).

On pourrait penser que le recrutement des cliniques pratiquant l'ambulatoire provient de patients qui auraient choisi la technique plutôt que l'établissement, et que dans les autres établissements se seraient adressés ceux qui ne voudraient pas de cette technique. Mais si on compare ce scénario avec une enquête réalisée sur l'ambulatoire, on se rend compte d'une méconnaissance de l'ambulatoire dans la population martiniquaise.

En y rajoutant la situation géographique des deux cliniques pratiquant l'ambulatoire, l'inégalité de l'offre de soins est renforcée car les patients situés au nord atlantique ou au sud de l'île ne peuvent en bénéficier.

Cette inégalité des soins est d'autant plus intolérable que les malades hospitalisés dans le secteur public ne bénéficient pas des avantages liés à la chirurgie ambulatoire et ne sont pas hospitalisés moins de 24 heures dans les conditions conformes à la réglementation.

Compte tenu de tous ces éléments, la position de la tutelle ne pouvait que s'inscrire dans la logique nationale, qui est le développement de la chirurgie ambulatoire en particulier dans le secteur public.

### 1.2.2 b) Qui est un des axes retenus par le SROS 1999/2004 :

Un des objectifs retenus pour la chirurgie lors de la définition de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire 1999/2004 par l'ARH est le suivant : « définir des capacités opérationnelles et plus diversifiées comprenant le développement des activités de chirurgie anesthésie ambulatoire ».

A la Martinique, la conversion de 10 % de l'activité chirurgicale vers l'ambulatoire entraînerait la non occupation supplémentaire d'au moins 30 lits.

A partir des données du PMSI, par l'extraction des actes chirurgicaux effectués en CMD 24, l'ARH a pu avoir une idée du potentiel ambulatoire de l'île.

#### 1.2.2.1 La méthode utilisée :

L'exploitation du PMSI, comme vu supra, n'est pas une méthode parfaite d'évaluation des besoins en places ambulatoires car elle ne permet pas d'isoler les actes en hospitalisation complète qui auraient pu être effectués en ambulatoire.

Elle ne permet pas non plus de tenir compte des contre-indications d'ordre médical et sociales aux pratiques ambulatoires, ni des interventions donnant lieu à des actes multiples.

Néanmoins, la circulaire ministérielle relative à la révision des SROS recommande d'utiliser les sources existantes dont le PMSI sans chercher à élaborer d'autres recueils de données.

Cette méthode permet :

- d'une part, l'extraction dans le PMSI des actes chirurgicaux effectués en CMD 24 sur l'île est l'assurance que les actes sélectionnés sont donc reproductibles en Martinique ;
- d'autre part, l'application aux effectifs totaux d'un indice de transfert de 25 % permet de fixer des objectifs réalistes, quelles que soient les spécificités de recrutement et le nombre de cas particuliers.

Elle a permis l'obtention des tableaux suivants reflétant la totalité des interventions, dans le secteur public et le secteur privé, dont la nature a été retenue comme pouvant être transférées en ambulatoire.

Tableau n° : 6

Le secteur public ( source ARH )

| Etablissements publics | LAMENTIN | TRINITE | CHU  | TOTAL GLOBAL |
|------------------------|----------|---------|------|--------------|
| Total des actes        | 1206     | 506     | 3205 | 4917         |

Comme vu supra, les établissements publics ne pratiquent pas l'ambulatoire mais l'hospitalisation de 1 ou 2 jours, les patients ne bénéficiant pas de l'unicité de lieu et de la spécificité de fonctionnement d'une structure ambulatoire.

Tableau n° : 7

Le secteur privé ( source ARH )

| Etablissements privés       | Pasteur | Sainte-Marie | Saint-Paul | TOTAL |
|-----------------------------|---------|--------------|------------|-------|
| Ets avec structure ambulat. |         | 2384         | 3425       | 5809  |
| Ets sans structure ambulat. | 4480    |              |            | 4480  |

Les cliniques Sainte-Marie et Saint-Paul pratiquent la chirurgie ambulatoire avec des taux d'occupation déclarés autour de 90 % ( mais calculés sur la base de tous les séjours de 24 heures, y compris sans acte chirurgical classant ) avec un index de transfert très satisfaisant de 51 % sur les interventions concernées.

La clinique Pasteur réalisait avant sa fermeture 4480 actes pouvant être effectués dans une structure ambulatoire, c'est à dire plus que chacune des autres cliniques. Compte tenu de la situation nouvelle, sa disparition souligne le fait qu'un transfert de ce potentiel pourrait être basculé sur les autres établissements de santé, en partie vers les établissements publics de santé.

En appliquant aux tableaux n° : 6 et 7 un index de transfert de coefficient 25 %, on obtient le tableau n° : 8 représentant les places susceptibles d'être créées en chirurgie ambulatoire.

Tableau n° : 8

La répartition des places en ambulatoire ( source ARH )Dans le secteur privé

| Etablissements privés            | Pasteur | Sainte-Marie | Saint-Paul | Total |
|----------------------------------|---------|--------------|------------|-------|
| Total des effectifs              | 4480    | 2384         | 3425       | 10289 |
| IT* envisagé                     | 25 %    | 51 %         | 51 %       |       |
| Places ambulatoires potentielles | 3,1     | 3,3          | 4,8        | 11,2  |

- IT : indice de transfert

Les cliniques qui possèdent une structure ambulatoire l'utilisent de façon satisfaisante, mais, sauf création de nouvelles activités ou transfert conséquent vers l'ambulatoire d'actes réalisés en hospitalisation complète ( hernies, éveil, actes qui sont surtout pratiqués dans la clinique Sainte-Marie ), leur activité ne justifie pas l'installation de nouvelles places a priori.

L'attribution de 4 places supplémentaires d'ambulatoire à la clinique Saint-Paul en juin 1999 et de 5 places à la clinique Sainte-Marie s'explique en partie par le choix de ces dernières de privilégier un taux de transfert de leurs actes plus élevé. On peut signaler que la demande de création de places supplémentaires de la clinique Sainte-Marie a été faite avec un échange de 5 lits de chirurgie traditionnelle, selon le décret et l'arrêté du 31 mai 1999.

L'étude de l'activité de la clinique Pasteur met en évidence la possibilité d'installer une structure de 3 à 4 places avec un indice de transfert minimal de 25 % ( alors que les deux autres établissements privés atteignent 51 % ). Si ce chiffre de 51 % avait été atteint, la structure aurait pu comporter jusqu'à 6 places.

Ce potentiel, comme vu précédemment, pourrait être basculé sur d'autres établissements de soins, notamment dans le secteur public.

Tableau n° : 9

La répartition des places en ambulatoire ( source ARH )

Dans le secteur public

| Etablissements publics           | Lamentin | Trinité | CHU  | Total |
|----------------------------------|----------|---------|------|-------|
| Total des effectifs              | 1206     | 506     | 3205 | 4917  |
| IT * envisagé                    | 25 %     | 25 %    | 25 % | 25 %  |
| Places ambulatoires potentielles | 0,8      | 0,3     | 2,2  | 3,0   |

Sur la base des extractions réalisées, les séjours de 1 ou 2 jours occasionnant 1 à 2 actes sont peu nombreux, mais leur étude a permis de noter :

- d'une part, de nombreux séjours de 3 jours pour réaliser des actes simples (cures de phimosis) ;
- d'autre part, certains actes multiples au cours d'un même séjour prolongé (supérieur à deux jours), probablement réalisables à l'occasion de deux séjours en ambulatoire.

En se basant strictement sur la qualité substitutive et en tenant compte des actes potentiellement ambulatoires non recensés (associés à d'autres actes, séjours supérieurs à 2 jours, hernies, éveinages...), seul le CHU aurait le potentiel pour ouvrir une structure ambulatoire d'une capacité de 3 à 4 places.

Au Centre hospitalier du Lamentin, (dont il faut signaler que le bilan est biaisé par beaucoup de séjours avec actes multiples) les activités de spécialités - gynécologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL, stomatologie - sont très favorables à la pratique de la chirurgie ambulatoire. En outre, le développement des activités d'urologie et d'orthopédie doit permettre d'installer aussi une structure minimale de 3 à 4 places.

Le centre hospitalier de Trinité, lui, ne peut pour l'instant justifier de l'ouverture de places d'ambulatoire, même si la présence d'une activité gynécologique et gastro-entérologique et le recrutement d'un orthopédiste peuvent la laisser envisager dans l'avenir.

Cet établissement devrait, pour pratiquer l'ambulatoire, passer des conventions avec les autres établissements. Cela laisse malheureusement le nord - atlantique dépourvu actuellement de toute structure ambulatoire.

Toutes ces perspectives signifient un potentiel en ambulatoire globalement plus élevé dans le secteur public que celui obtenu par l'ARH dans le tableau précédent (n° : 9).

### 1.2.2.2 Les orientations retenues :

L'activité ambulatoire dans l'île de la Martinique est susceptible de croître pour plusieurs raisons :

- la population doit être mieux informée à son sujet, en particulier sur son existence, ses avantages, les garanties de sécurité l'accompagnant, ce qui en accroîtra la demande;
- la présence de structure ambulatoire dans les établissements qui pratiquent une chirurgie avec séjours courts permettra de raccourcir ces séjours et facilitera la gestion du temps de transfert bloc-service et les démarches administratives des patients;
- l'assouplissement des taux de change lits-places et les nouvelles dispositions de cette valorisation au niveau des dotations globales pourront inciter les établissements à développer cette activité ;
- les praticiens de l'île connaissent les avantages de l'ambulatoire et en possèdent déjà les techniques ; la mise en commun du savoir-faire ambulatoire ne devrait pas représenter un obstacle ;
- la pratique de nouvelles techniques et l'arrivée de nouveaux spécialistes ( urologues, orthopédistes ) consommateurs d'ambulatoire permettra de transférer vers de telles structures une partie de l'activité en hospitalisation complète.

En conséquence, pour les cinq années à venir, le SROS Martinique a préconisé le scénario suivant :

- une campagne d'information sur la chirurgie et l'anesthésie ambulatoire doit être programmée ;

- les 15 places ambulatoires installées dans les cliniques Saint-Paul et Sainte-Marie sont amenées à perdurer. ( Il faut signaler que non seulement ces places perdurent, mais ont été renforcées dès 1999 par la création des 9 places supplémentaires citées en supra) ;
- 9 à 12 places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires peuvent être installées selon une répartition qui présente l'inconvénient de ne pas couvrir les besoins du nord-atlantique de l'île, et qui permettrait d'installer trois unités de 3 à 4 lits au CHU, au centre hospitalier du Lamentin et à la clinique Pasteur. (Ici aussi, la réalité fait que la disparition de la clinique Pasteur offre des perspectives plus importantes de création de lits en chirurgie ambulatoire aux autres établissements).

Ce scénario amènerait une situation où les établissements de la Martinique seraient autorisés à installer une trentaine de places ambulatoires ( soit 7,5 places pour 100 000 habitants ) et où cette région serait en meilleure position par rapport aux départements de la métropole, tout en restant encore loin des pays anglo-saxons.

Cependant, reste à régler la situation du nord-atlantique, mais la nécessaire mutation projetée du centre hospitalier de Trinité, ainsi que le développement de la culture ambulatoire à la Martinique, devraient y permettre son installation dans les cinq ans à venir.

Il faut noter toutefois, compte tenu des capacités, qu'il existe une situation de suréquipement en matière de chirurgie à la Martinique, malgré une activité en progression et une activité ambulatoire très insuffisamment développée. Les capacités autorisables sont largement supérieures au besoin exprimé par l'activité actuelle.

Dans ce contexte particulier, il peut être intéressant d'examiner les perspectives d'implantation de la chirurgie ambulatoire dans un établissement public de santé, plus particulièrement au centre hospitalier du Lamentin.

## **2 - DANS CE CONTEXTE PARTICULIER, QUELLES SONT LES PERSPECTIVES D'IMPLANTATION DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN :**

### **2.1 A) HISTORIQUE ET PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL :**

La ville du Lamentin occupe une position centrale dans l'île de la Martinique, et se trouve à 8 kilomètres de la préfecture de la capitale, Fort-de-France.

Cette commune installée dans une vaste plaine a connu une forte expansion économique et démographique. Une part importante des installations commerciales et industrielles du département y sont implantées, ainsi que l'aéroport international. La ville abrite aussi la direction de plusieurs organismes publics ( dont la sécurité sociale ) et privés ( banques ).

Sa situation géographique, à l'intersection de nombreux axes routiers, et la présence de vastes espaces constructibles, favorisent de nombreuses implantations industrielles et commerciales, ainsi que la construction de logements. La croissance démographique y est la plus élevée du département.

Le centre hospitalier du Lamentin est construit en pleine agglomération. C'est un hôpital pavillonnaire datant des années 20, et qui comporte de nombreux locaux vétustes. Cette dispersion de ses services pose des problèmes organisationnels, notamment au niveau de sa chirurgie. Cela entraîne un certain nombre de points négatifs :

- mauvaise fonctionnalité des services, dispersés dans des bâtiments séparés ;
- qualité hôtelière perfectible due à la dégradation de nombreux locaux ;
- non conformité de certaines installations aux règles de sécurité de plus en plus draconiennes édictées par le ministère et aux normes

anti sismiques et anti cycloniques propres aux BTP ( bâtiments et travaux publics ) des Antilles ;

- impossibilité d'extension sur le site actuel qui est enclavé en centre ville et qui présente une accessibilité très difficile, incompatible avec le fonctionnement normal d'un centre hospitalier.

Le centre hospitalier du Lamentin est un hôpital référent pour la population du sud-caraïbe et du sud-atlantique de la Martinique ( 120.000 habitants ). Cet hôpital présente néanmoins un certain nombre de pôles d'excellence :

- le traitement de la pathologie rénale sous toutes ses formes ;
- la prise en charge des malades drépanocytaires<sup>2</sup> évalués à plus de 1500 à la Martinique ;
- la forte position de la gynécologie-obstétrique ( plus de 1000 accouchements par an, soit 20 % du total de l'île), d'environ 800 IVG ( interruptions volontaires de grossesses) et de la pédiatrie/néonatalogie ;
- l'importance croissante de son service des urgences, UPATOU ( Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences ) qui accueille près de 20 000 urgences chaque année;
- la présence au CHL de l'école régionale ( pour la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique ) de formation des IBODE ( infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat ).

L'hôpital comporte 325 lits et places installés pour une capacité prévue au SROSS de 431 lits.

Les principales disciplines de court séjour y sont représentées :

- médecine, dont deux unités de médecine polyvalente, un service de pédiatrie de 25 lits et une unité de néonatalogie de 2 lits ;
- chirurgie, dont deux unités de chirurgie générale, 18 lits spécialisés en stomatologie, ORL, ophtalmologie et urologie ;

---

<sup>2</sup> La drépanocytose est la maladie génétique du sang la plus fréquente aux Antilles ( 10 % de la population sont transmetteurs ). Elle se caractérise par une mutation d'un des gènes de l'hémoglobine qui entraîne une rigidité et une fragilité des globules rouges, d'où l'apparition d'une anémie chronique. Sur le plan clinique, les manifestations sont la douleur osseuse, les atteintes hépatiques, rénales, osseuses et cardiaques.

- gynécologie-obstétrique : 48 lits installés représentant la seconde maternité du département après celle du CHU de Fort-De-France.

La dotation budgétaire 1999 du centre hospitalier a été de 315.921.608 francs, soit un taux de progression de + 3,96 % par rapport à 1998. A titre de comparaison, le taux de progression moyen de l'ensemble des hôpitaux du département a été de + 2,59 % et le taux de progression national de + 2,04 %.

Le plateau technique comprend deux blocs opératoires ( chirurgie générale et obstétrique ), une unité de réanimation de 5 lits, un service d'imagerie diagnostique équipé d'un scanner et enfin un laboratoire de biologie qui réalise environ 11 millions de B par an.

Le service d'urgences à l'hôpital est équipé de 10 lits d'hospitalisation et l'hôpital comprend un service de long séjour de 30 lits.

Le centre hospitalier du Lamentin est le seul hôpital de l'île disposant d'un service spécialisé en pathologie rénale. Ce service est articulé autour d'une unité de dialyse de 16 postes et d'une unité d'hospitalisation de 30 lits.

#### 2.1.1.1 Quelques chiffres clés : <sup>3</sup>

Tableau n° : 10

#### Activité 1999 en hospitalisation complète ( Source SAE )

|                             | Lits installés | Entrées<br>totales | Nbre jours<br>facturés | D.M.S. |
|-----------------------------|----------------|--------------------|------------------------|--------|
| Médecine                    | 147            | 4 288              | 40 547                 | 9,46   |
| Chirurgie                   | 74             | 3 301              | 18 737                 | 5,68   |
| Obstétrique                 | 48             | 2 446              | 13 695                 | 5,60   |
| Total soins courte<br>durée | 269            | 10 035             | 72 979                 | 7,27   |

<sup>3</sup> In Rapport de gestion 1999 – Centre Hospitalier du Lamentin

Le taux d'occupation des services d'hospitalisation complète connaît une variation de + 0,1 % sur l'exercice, portant le taux moyen au niveau honorable de 78 %.

Les durées moyennes en hospitalisation complète sont en réduction de 4,9 % , la durée moyenne de séjour globale étant de 6,29 jours. La baisse touche la médecine, la chirurgie ainsi que l'obstétrique, l'établissement se rapprochant de plus en plus des normes nationales.

En médecine adulte et en néonatalogie, les durées moyennes de séjour se situent encore à des niveaux élevés. Par contre, le service de chirurgie générale et la gynécologie obstétrique enregistrent une tendance à la baisse des durées moyennes de séjour.

#### 2.1.1.2 Autres données :

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| • Accouchements :                   | 1 038      |
| • Nombre d' IVG :                   | 837        |
| • Passages aux urgences :           | 18 431     |
| • Dialyse ( 16 postes installés ) : |            |
| • Consultations :                   | 75 114     |
| Nombre de B :                       | 10 858 557 |
| Nombre de K :                       | 663 158    |
| Nombre de Z :                       | 589 044    |
| • Points ISA :                      | 11 921 282 |

Le nombre de séjours augmente globalement de façon assez importante entre 1998 et 1999 ( +3,4 % ). Cette augmentation se fait essentiellement sur les séjours de moins de moins de 24 heures ( + 41,8 % ). Une analyse plus fine montre qu'elle a

lieu en chirurgie pour les GHM 775, 776, 777 ( gynécologie-obstétrique ) et en médecine sur les GHM 814 ( également obstétrique ) et 823 ( motifs de recours aux soins non médicaux ).

Le tableau suivant retrace l'évolution des différentes entrées en MCO ( médecine, chirurgie, obstétrique ) en 1998 et 1999.

Tableau n° : 11

Evolution 1999/1998 du nombre d'entrées en MCO

|                           | 1998   | 1999   | Nombre | %     |
|---------------------------|--------|--------|--------|-------|
| Malades présents au 01/01 | 146    | 172    | 26     | 17,81 |
| Entrées directes          | 10 714 | 11 103 | 389    | 3,63  |
| Mutations                 | 1 094  | 1 143  | 49     | 4,48  |
| TOTAL                     | 11 808 | 12 246 | 438    | 3,71  |

Les entrées en MCO passent de 11 808 à 12 246, soit une progression de 3,71 % ( + 2,6 % en 1998). Les hausses sont notables en réanimation, néphrologie, chirurgie générale, ORL et stomatologie. Le secteur gynécologie obstétrique enregistre une augmentation du nombre des entrées de 12,6 % par rapport à 1998. Par contre, les services de néonatalogie, d'ophtalmologie et d'urologie accusent une baisse du nombre des entrées.

Globalement, sur l'ensemble de la MCO en 1999, une amélioration de la rotation des patients est observable. Les taux d'occupation restant stables, les entrées augmentent et la durée moyenne de séjour a été réduite proportionnellement plus que les journées.

L'année 1999 constitue à ce niveau une tendance lourde à la baisse des durées moyennes de séjour par rapport aux exercices précédents ( -0,6 % pour 1997/98 et - 4,9 % pour 1998/99), signe d'une dynamisation de l'activité de court séjour du centre hospitalier du Lamentin.

Or, ces performances ont été réalisées malgré un certain nombre de difficultés. Le centre hospitalier du Lamentin a connu des problèmes de coordination de l'activité opératoire du bloc général et de spécialités, en partie à cause de problèmes relationnels entre les différents acteurs du plateau technique.

Si on rajoute à ces difficultés des problèmes organisationnels ainsi qu'un non respect des normes techniques, d'hygiène et de sécurité au niveau des blocs opératoires, on peut considérer ces résultats encourageants comme étant une véritable performance.

## **2.1.2 a) De nombreux problèmes ont eu un impact négatif sur la chirurgie :**

### 2.1.2.1 Les interventions chirurgicales ont lieu sur plusieurs sites :

- dans le bloc principal (comportant 5 salles) ;
- dans le bloc de gynécologie-obstétrique (comportant 3 salles) ;
- aux urgences.

Les points de réveil sont eux aussi éparpillés et il n'existe pas d'espace commun où effectuer et surveiller cette phase délicate de l'interventionnel que constitue la sortie de l'anesthésie.

La réanimation se trouve sur un autre site et à un autre niveau, ce qui donne la dimension des problèmes posés aux anesthésistes – réanimateurs car cette organisation rend leur tâche anormalement éclatée.

La stérilisation, malgré une rénovation partielle, restait dangereusement hors normes.

### 2.1.2.2 Auxquelles il faut rajouter de nombreux dysfonctionnements:

Dans ce contexte difficile, l'activité chirurgicale du centre hospitalier du Lamentin a fait l'objet de trois évaluations menées respectivement par le service médical de l'assurance maladie, l'agence régionale de l'hospitalisation et une mission interministérielle, ce qui a pu permettre de cerner les facteurs suivants, freins de l'activité chirurgicale :

- le peu d'actes réalisés par les quatre chirurgiens généralistes ( entre 2 et 3 par jour en 1996, et entre 1 et 2 ,8 en 1997) ;
- le nombre d'actes réalisés au bloc général entre 1996 et 1997 a diminué de 5,1 % alors que l'activité de chirurgie spécialisée a augmenté de 45,6 %. La durée moyenne de séjour de la chirurgie générale était supérieure à 7 jours, et n'était pas corrélée avec l'activité ;
- les activités opératoires débutent tardivement ( 8 heures 30 ) de par la volonté des anesthésistes, ce qui entraîne des problèmes au niveau du personnel médical et paramédical ;
- pendant la garde ( de 15 heures à 8 heures le lendemain ), seul un anesthésiste est présent, qui doit couvrir les deux blocs opératoires, la réanimation et les services d'hospitalisation dont la visite préopératoire des patients à opérer le lendemain ;
- concernant l'organisation des soins au bloc opératoire, il n'existe pas de règlement intérieur ;
- l'activité programmée est souvent décalée ou surchargée à cause des urgences ;
- une absence de communication et d'organisation entre les différents opérateurs ;
- un conflit entre les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens.

A ces dysfonctionnements, il faut ajouter la mise aux normes, au niveau de l'hygiène et de la sécurité, des blocs opératoires et plus particulièrement de la stérilisation.

Afin de faire face à ces nombreux problèmes, le centre hospitalier du Lamentin a engagé un processus de réorganisation et de regroupement sur un même site de l'ensemble des moyens dont il dispose pour permettre que les activités interventionnelles se déroulent dans de bonnes conditions.

### 2.1.3 b) Mais malgré tout ses perspectives d'évolution ne sont pas obérées :

#### 2.1.3.1 L'approbation du projet d'établissement:

Avec la détermination du SROS et la publication de la nouvelle carte sanitaire, l'ARH a examiné le projet d'établissement datant de fin 1997 et l'a approuvé en juin 1999.

Le document de cadrage du SROSS appliqué à la médecine a retenu les objectifs et priorités suivantes :

- répondre aux besoins de la population ;
- garantir la sécurité et la qualité des soins ;
- développer la prise en charge de la personne âgée et dépendante ;
- poursuivre l'adaptation de l'offre de soins, notamment par :
  - le développement des alternatives à l'hospitalisation complète ;
  - la coopération inter-hospitalière ;
  - l'ouverture de l'hôpital sur la médecine de ville, notamment par la mise en places des réseaux de soins.

#### 2.1.3.2 La détermination d'un plan intermédiaire:

Un plan intermédiaire 1999/2001 a été arrêté, afin de permettre la mise en conformité des installations et la sécurité des malades et du personnel.

Ce plan consiste en un programme de réorganisation et de regroupement des activités interventionnelles sur un site unique et a été approuvé par l'ARH. Il comprend :

- un bloc opératoire général comportant six salles d'intervention dont une réservée aux césariennes ;
- une salle de réveil comportant 10 postes ;
- une stérilisation aux normes et dimensionnée en tenant compte des besoins particuliers en matière de stockage ;

- une unité de soins intensifs de 5 postes.

A travers les séances de négociation, l'ARH a demandé aux acteurs de l'hôpital un contrat d'objectifs internes autour de 7 points :

- faire émerger l'esprit d'équipe (chirurgiens/anesthésistes-réanimateurs ) au service du patient dans une démarche contractuelle client-fournisseur ;
- mettre en place un système d'assurance qualité au bloc opératoire ;
- assurer le fonctionnement du bloc opératoire du lundi au vendredi de 7 heures à 15 heures pour la chirurgie programmée et les urgences, et de 15 heures à 7 heures le lendemain pour les urgences ;
- assurer l'utilisation d'une salle opératoire pendant 6 heures au moins au cours des matinées opératoires ;
- limiter le temps de préparation d'une salle opératoire à 30 minutes au maximum entre deux interventions ;
- réorganiser la permanence des soins par l'équipe d'anesthésistes, notamment en reconsidérant la plage horaire des gardes 18 heures - 7 heures au lieu de 15 heures - 7 heures, et en désignant un médecin responsable d'un pôle chirurgical et un médecin responsable de la réanimation ;
- organiser la prise en charge des patients en garde, la réception des urgences et la chirurgie programmée.

A la suite d'un certain nombre de réunions entre les opérateurs et les anesthésistes, dont une a regroupé l'ensemble des personnels du bloc opératoire, un projet chirurgical mettant l'accent sur l'activité, l'organisation et l'évaluation a été élaboré.

L'axe chirurgie du projet médical du centre hospitalier du Lamentin retient trois objectifs prioritaires et quatre types d'actions.

Les objectifs retenus :

- le développement des spécialités d'ophtalmologie, d'ORL et d'otologie ;
- le remplacement progressif d'une chirurgie générale et polyvalente par une chirurgie spécialisée en chirurgie urologique et chirurgie viscérale digestive et générale ;
- le développement de la prise en charge de la traumatologie légère.

Les actions prévues :

- le recrutement de chirurgiens à plein temps, en urologie par un deuxième praticien hospitalier et en spécialités par des vacations supplémentaires ;
- le réaménagement du bloc opératoire par le regroupement des blocs général et gynécologique ;
- la création d'une unité de chirurgie ambulatoire de 8 places ;
- la réhabilitation des trois unités d'hospitalisation :
  - unité de 30 à 32 lits d'hospitalisation de semaine pour les spécialités ORL, ophtalmologie, stomatologie et urologie ;
  - unité de 30 lits d'hospitalisation complète en chirurgie viscérale ;
  - unité de 30 lits d'hospitalisation complète en chirurgie générale pour la traumatologie légère.

Ce projet chirurgical veut mettre aussi l'accent sur trois points forts qui sont l'activité, l'organisation et l'évaluation.

- l'activité :
  - l'objectif des équipes chirurgicales est de réaliser 22 000 consultations externes pour l'an 2000, relatives à la chirurgie digestive, urologique, ophtalmologique, ORL, stomatologie, gynécologie et l'anesthésie ;
  - l'activité hospitalière prévisionnelle hospitalière prévue pour l'an 2000 l'est sur la base d'une durée moyenne de séjour de 6 jours et d'un taux d'occupation de 85 % ;

- une réorganisation de la garde, en chirurgie et en anesthésie-réanimation ;
  - une prise en charge des urgences chirurgicales et d'anesthésie-réanimation.
- l'organisation :
    - le climat délétère et tendu qui existe entre anesthésistes et chirurgiens altère la qualité de l'acte opératoire. En conséquence, il convient de s'attaquer à ce problème et prendre toute mesure pour un résultat durable. Cela inclut la coopération chirurgiens-anesthésistes pour la période préopératoire, avec la prise en charge du patient en consultation externe, la prise en charge du patient hospitalisé, et celle du patient du bloc opératoire ;
    - la coopération chirurgiens-anesthésistes pour la période postopératoire ;
    - la coopération entre chirurgiens avec l'organisation de staffs réguliers de chirurgie ;
    - la formation continue, afin d'améliorer les compétences techniques des praticiens et du personnel paramédical ;
    - la maintenance des équipements par le personnel biomédical, complétée par des appareils de secours et un stock suffisant de consommables.

Avec l'amélioration du processus, il est nécessaire de disposer de moyens permettant de vérifier de manière systématique que le processus se déroule conformément à son référentiel. Trois types de mécanismes peuvent être utilisés, pour l'évaluation :

- l'auto-contrôle, comprenant les indicateurs de l'activité externe, les indicateurs d'activité et de fonctionnement du bloc opératoire, et le conseil du bloc opératoire ( réunions périodiques ) ;
- un audit interne, réalisé une fois par an ;

- une enquête de satisfaction du patient, sous forme de questionnaire rempli à la sortie du client, auquel on peut rajouter une enquête auto administrée étalée sur une semaine et réalisée deux fois par an.

Complétant ce projet, il convient de mentionner un protocole d'accord signé entre le centre hospitalier du Lamentin et le centre universitaire de Fort-de-France définissant entre autre une coopération MCO comportant la chirurgie urologique, la chirurgie générale, viscérale et digestive, les spécialités ( ophtalmologie, stomatologie et odontologie ), l'anesthésie-réanimation, la périnatalité et les urgences.

L'ARH a pu constater au centre hospitalier du Lamentin la sous-utilisation du potentiel actuel, les 269 lits installés de médecine, chirurgie obstétrique ( MCO ) étaient occupés à 76 % soit un pourcentage proche de la moyenne des centres hospitaliers français ( 73,4 % ). Par contre, l'écart de la durée moyenne de séjour ( D.M.S ) est important : 7,3 jours au centre hospitalier du Lamentin contre environ 5,4 jours au niveau national.

Malgré l'excédent important à la Martinique de lits en MCO, avec la quasi absence de places de jour dans le secteur public, l'ARH considère que le programme capacitaire souhaitable du centre hospitalier du Lamentin se situe dans une fourchette de 296 à 326 lits, soit le maintien d'un potentiel identique, voire supérieur, à la capacité installée actuelle qui est de 299 lits ( annexe n° : 3 ).

En décembre 1999, le centre hospitalier du Lamentin a ouvert une unité de 4 lits d'hospitalisation de jour de médecine au centre intégré de la drépanocytose<sup>4</sup>, structure comprise dans un bâtiment neuf consacré à la néphrologie. Cette structure a connu dès le premier mois une activité qui devrait se confirmer durant l'année 2000.

Cette initiative de diversification des modes de prise en charge des patients sera suivie en 2000 et 2001 par l'ouverture de lits d'hospitalisation de jour en néphrologie, pédiatrie, gynécologie obstétrique et d'une unité de chirurgie ambulatoire de 8 lits ainsi que par la mise en fonctionnement d'un service de moyen séjour.

Les deux années à venir devraient confirmer les bons résultats d'activité de l'année 1999.

---

<sup>4</sup> Voir note n°: 2 – Page 30

Enfin à moyen terme, le centre hospitalier du Lamentin a pour projet sa reconstruction sur un site décentralisé toujours au Lamentin, conjointement avec l'hôpital spécialisé de Colson, l'hôpital psychiatrique du département.

Cette reconstruction, approuvée par la tutelle et soutenue par le conseil général et le conseil régional de l'île, est prévue à l'horizon 2006.

Elle sera l'aboutissement du processus de modernisation du centre hospitalier du Lamentin, et représente un véritable challenge pour l'avenir.

Dans ce contexte, il est intéressant de voir en quoi faire de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier du Lamentin peut être un élément qui s'insère dans cette dynamique de modernisation.

## **2.2 B) EN QUOI IL SERAIT INTÉRESSANT DE FAIRE DE L'AMBULATOIRE AU CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN :**

Au Centre Hospitalier du Lamentin, une première réflexion a été amorcée par le pool des médecins anesthésistes qui dès 1994 s'est penché sur ce type de chirurgie et en a proposé un premier canevas.

Dans un deuxième temps, les opérateurs ont réalisé à partir de cette réflexion en janvier 1999 un avant-projet de mise en place de dix lits de chirurgie ambulatoire.

Pour eux, l'étude des programmes opératoires au centre hospitalier du Lamentin les amène à penser qu'il y a un pool de patients susceptible de bénéficier de la chirurgie ambulatoire.

L'autorisation acquise de 8 places ambulatoires par l'établissement engage ce dernier un peu plus loin dans la démarche.

Il existe réellement un gisement potentiel pour cet hôpital tant au niveau humain qu'à celui des activités et des structures.

### **2.2.1 a) Un gisement potentiel, au niveau des hommes :**

Chaque établissement de soins, public ou privé, peut définir son aire d'attraction en rapportant le nombre de séjours réalisés pour les habitants de chaque commune à la population totale de cette commune.

Pour avoir une vision régionale, il est aussi nécessaire de connaître la répartition par commune des séjours réalisés dans l'ensemble des établissements de soins.

#### **2.2.1.1 Le bassin d'attraction du centre hospitalier du Lamentin :**

La délimitation des bassins de santé repose sur l'analyse d'une information retraçant les flux des patients de leur domicile à un établissement de soins. Cette information est connue grâce au PMSI. Elle a été utilisée pour la première fois par l'Observatoire de la santé Auvergne.

A partir de cette expérience et à la demande de l'ARH Martinique avec un financement des établissements de soins de courte durée, l'Observatoire de la santé de la Martinique a également utilisé cette information pour définir l'attraction des établissements de soins de courte durée et les bassins de santé en Martinique en mai 1999.

Un bassin de santé est une partie du territoire organisée autour d'un pôle hospitalier d'une certaine importance dont les habitants sont, en général, le plus souvent hospitalisés.

La définition d'un bassin de santé repose sur une homogénéité de comportement des populations et non directement sur une disposition de l'offre de soins.

En général, on parlera de bassin de santé dès que la population sera suffisamment nombreuse tout en restant la plus homogène possible sous l'angle de ses caractéristiques ou besoins de santé.

Un bassin de santé comporte en général au moins un pôle hospitalier de niveau II ( centre hospitalier ).

Lors de cette étude, les informations ont pu être obtenues pour tous les établissements de soins de courte durée de l'île.

Les tableaux suivants n° : 12 et 13 retracent pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 30 juin 1998 l'activité des établissements de soins de courte durée pour des patients résidant à la Martinique, d'une part, et selon le lieu de résidence des patients, d'autre part .

Au total plus de 83 000 séjours ont été comptabilisés pour l'ensemble des établissements dont 96,1 % ( soit 79.807 séjours ) concernent des patients résidant en Martinique, 1,1 % des patients résidant dans un autre DOM ( soit 1.748 séjours ), 0,7 % des patients résidant en France métropolitaine ( soit 887 séjours ) et 2,1 % pour lesquels le code postal est soit inconnu ou erroné ( soit 568 séjours ).

L'analyse des données a été réalisée discipline par discipline sur les 74 397 séjours de patients résidant en Martinique ( tableau n° : 12 ).

Ces deux tableaux mettent bien en évidence la position stratégique du centre hospitalier du Lamentin, juste après le centre hospitalier universitaire de Fort-de-France.

Tableau n° : 12

Activité des établissements de soins de courte durée du 1/1/97 au 30/6/98  
pour des patients résidant à la Martinique (source : OSM- Union Hospitalière-  
Bassins de santé – Mai 1999 )

| Etablissements          | GHM<br>médecine | GHM<br>chirurgie | GHM<br>obstétrique | Total<br>effectif | MCO<br>%   | Total<br>GHM * |
|-------------------------|-----------------|------------------|--------------------|-------------------|------------|----------------|
| CHU de Fort-de-France   | 20 271          | 5 887            | 4 174              | 30 332            | 40,8       | 32 122         |
| CH Lamentin             | 6 366           | 2 068            | 2 298              | 10 732            | 14,4       | 11 793         |
| CH Trinité              | 5 881           | 889              | 1 922              | 8 692             | 11,7       | 9 397          |
| CH Carbet               | 619             |                  |                    | 619               | 0,8        | 619            |
| CH François             | 214             |                  |                    | 214               | 0,3        | 214            |
| CH Lorrain              | 544             |                  |                    | 544               | 0,7        | 544            |
| CH Marin                | 1 191           |                  |                    | 1 191             | 1,6        | 1 191          |
| CH Saint-Esprit         | 1 095           |                  |                    | 1 095             | 1,5        | 1 095          |
| CH Saint-Joseph         | 284             |                  |                    | 284               | 0,4        | 284            |
| CH Saint-Pierre         | 255             |                  |                    | 255               | 0,3        | 255            |
| CH Trois-Ilets          | 422             |                  |                    | 422               | 0,6        | 422            |
| Clinique Pasteur        | 1 297           | 2 902            | 455                | 4 654             | 6,2        | 5 047          |
| Clinique Sainte-Marie   | 2 261           | 5 349            | 1 360              | 8 970             | 12,1       | 10 014         |
| Clinique Saint-Paul     | 2 161           | 3 586            | 646                | 6 393             | 8,6        | 6 810          |
| <b>TOTAL Martinique</b> | <b>42 861</b>   | <b>20 681</b>    | <b>10 855</b>      | <b>74 397</b>     | <b>100</b> | <b>79 807</b>  |

\*correspond aux GHM « M », « C », « O » plus les GHM « A » ( autre ) et « E » ( erreur )

Tableau n° : 13

Activité des établissements de soins de courte durée du 1/1/97 au 30/6/98  
selon le lieu de résidence des patients ( source : OSM- Union Hospitalière- Bassins  
de santé –mai 1999 )

| Etablissements          | Martinique    | Autre DOM  | Métropole  | CP inconnu<br>ou<br>erroné | TOTAL GHM     |
|-------------------------|---------------|------------|------------|----------------------------|---------------|
| CHU de Fort-de-France   | 32 122        | 639        | 340        | 1 396                      | 34 497        |
| CH Lamentin             | 11 793        | 22         | 38         | 193                        | 12 046        |
| CH Trinité              | 9 397         |            |            | 104                        | 9 501         |
| CH Carbet               | 619           | 9          |            | 2                          | 630           |
| CH François             | 214           |            |            |                            | 214           |
| CH Lorrain              | 544           |            | 1          |                            | 545           |
| CH Marin                | 1 191         | 1          | 8          | 1                          | 1 201         |
| CH Saint-Esprit         | 1 095         |            | 1          |                            | 1 096         |
| CH Saint-Joseph         | 284           | 1          |            |                            | 285           |
| CH Saint-Pierre         | 255           |            | 1          |                            | 256           |
| CH Trois-Ilets          | 422           |            |            | 1                          | 423           |
| Clinique Pasteur        | 5 047         | 14         | 12         | 9                          | 5 082         |
| Clinique Sainte-Marie   | 10 014        | 141        | 124        | 33                         | 10 312        |
| Clinique Saint-Paul     | 6 810         | 60         | 43         | 9                          | 6 922         |
| <b>TOTAL Martinique</b> | <b>79 807</b> | <b>887</b> | <b>568</b> | <b>1 748</b>               | <b>83 010</b> |

\* CP : code postal

Il faut noter que des établissements n'ayant pas ou peu de lits de médecine comme les cliniques privées réalisent pourtant 25 à 30 % de leur activité en médecine.

La distinction MCO a été faite selon les groupes homogènes de malades ( GHM ) et non selon le statut administratif du lit dans lequel a eu lieu le séjour. Par exemple, une hospitalisation pour extraction dentaire concernant moins de 6 dents est classée dans les GHM médicaux, alors qu'à partir de 7 dents le GHM est chirurgical. Les GHM obstétricaux regroupent tout ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, les interruptions volontaires de grossesse aussi, mais les hospitalisations gynécologiques sont classées soit parmi les GHM chirurgicaux, soit parmi les GHM médicaux.

L'AFC ( analyse factorielle des correspondances ) met en évidence deux bassins pour le comportement de la population martiniquaise en matière d'hospitalisation en chirurgie : le bassin caraïbe et le bassin atlantique.\*

Deux établissements contribuent le plus à la structuration de l'espace hospitalier en 2 bassins : le centre hospitalier du Lamentin et le centre hospitalier de Trinité, à cause de leur recrutement essentiellement local alors que le CHU et les cliniques privées ont un recrutement sur l'ensemble de l'île.

Le bassin caraïbe est le plus étendu, sa population au recensement de 1990 était de 280 650 habitants. Il s'articule autour du CHU, du centre hospitalier du Lamentin et des trois cliniques privées.

A l'intérieur du bassin caraïbe, on constate pour la chirurgie quatre emboîtements regroupant un certain nombre de communes ( annexe n° : 4 ). Le troisième emboîtement correspond à la zone d'attraction principale du centre hospitalier du Lamentin en chirurgie, et se compose des communes de Rivière-Salée, Ducos, François, Saint-Esprit, Lamentin et Vauclin.

Les nuées dynamiques déterminent à partir des pôles hospitaliers les limites des bassins de santé et confirment à quel bassin appartient chaque commune. Grâce à elles, on peut voir comment se répartissent les habitants entre les différentes structures de soins.

\* Dans le bassin atlantique, le comportement moyen des habitants en terme de recours à une hospitalisation chirurgicale est de 44 % pour les établissements publics et 56 % pour les établissements privés.

Dans le bassin caraïbe, ce chiffre est de 41 % pour les établissements publics et 59 % pour les établissements privés. Le choix des habitants se fait aussi bien vers le public que le privé pour les communes comme le Lamentin, Saint-Esprit, Ducos ou les Trois-Ilets alors qu'il se fait plutôt vers le privé pour les autres communes. Si on analyse le comportement des habitants des communes où sont implantées des établissements de soins, les habitants du Lamentin vont à 26,1 % vers le centre hospitalier du Lamentin.

\* En matière d'obstétrique, le comportement de la population en matière d'hospitalisation permet d'individualiser là encore deux bassins de santé. Le bassin caraïbe s'articule autour de deux maternités publiques, le CHU et le CH du Lamentin, et des trois cliniques privées ( annexe n° : 5 ). Le recours au secteur public est nettement plus marqué que pour la chirurgie, puisque près d'une femme sur deux va au CHU et une sur 4 au CH du Lamentin. Il faut néanmoins relativiser ces chiffres par le fait que les lits installés en obstétrique dans ce bassin se répartissent à 77 % pour le secteur public et 23 % pour le secteur privé. D'autre part, les GHM d'obstétrique incluent les IVG qui sont réalisées uniquement dans le secteur public.

\* Pour la médecine, malgré une offre de soins plus diversifiée, le comportement de la population permet là aussi d'identifier deux bassins de santé. Le bassin caraïbe s'articule autour du CHU et du CH du Lamentin, ainsi que 7 autres établissements publics plus modestes que les deux précédents ( annexe n° : 6 ). Le CH du Lamentin exerce son attraction sur les communes du sud de ce bassin, mais toujours en deuxième position par rapport au CHU.

Ces différentes analyses permettent de dégager deux notions, qui sont l'incidence d'hospitalisation et la répartition des hospitalisations.

\* L'incidence d'hospitalisation correspond au nombre de séjours rapporté à la population totale du secteur géographique donné ( même code postal ) pour la médecine et la chirurgie et rapporté à la population des femmes de 15 à 44 ans pour l'obstétrique. Les données utilisées se sont basées sur le recensement de 1990, car en mai 1999 les chiffres du dernier recensement n'étaient pas encore disponibles. Cet indicateur est exprimé en nombre de séjours pour 10 000 habitants ( ou 10 000 femmes de 15 à 44 ans ). L'annexe n° : 7 permet de constater que l'incidence

d'hospitalisation du centre hospitalier du Lamentin est concentrée dans le centre et le sud de l'île.

\* La répartition des hospitalisations est définie comme étant le nombre de séjours concernés rapporté à l'ensemble des séjours décrits pour la même zone géographique et la même période. Le dénominateur peut faire référence soit à l'ensemble des établissements de soins de courte durée, soit aux établissements du même type ( public ou privé ). Cet indicateur est exprimé en pourcentage. Le centre hospitalier du Lamentin comptabilise onze zones où le pourcentage de courts séjours est compris entre 20 et 39 % et quatre zones où elle est comprise entre 40 et 59 % ( annexe n° : 8 ).

Les résultats du recensement de la population de 1999 étant actuellement connus, il pourrait être intéressant de confronter cette analyse réalisée sur la base du recensement de 1990 avec les résultats du recensement de 1999.

#### 2.2.1.2 Les résultats prometteurs du dernier recensement de la population

En moins de 20 ans, la population des départements français d'Amérique a augmenté de près d'un tiers. A la suite du recensement de 1999, la population comptait 422 000 habitants en Guadeloupe, 381 500 en Martinique et 157 000 en Guyane.

D'après les résultats du recensement de 1999, cette croissance continue mais avec un rythme plus faible. Elle est passée de + 1,13 % pour la période précédente à + 0,66 % en Martinique.

En reprenant la composition des bassins de santé en MCO de l'hôpital du Lamentin vu supra, on peut constater l'évolution de la population des différentes communes composant ce bassin.

Le tableau n° : 14 nous montre une augmentation globale de 13,1 % du bassin de la population du centre hospitalier du Lamentin en médecine, chirurgie et obstétrique, soit une augmentation en chiffres absolus de 16 096 personnes.

Ce chiffre explique vraisemblablement l'augmentation de certaines activités du centre hospitalier, malgré les nombreux handicaps vus supra qui logiquement auraient pu entraîner une baisse de fréquentation de la population concernée

Tableau n° : 14

Evolution de la population des communes faisant partie des bassins de santé en MCO du centre hospitalier du Lamentin ( Tableau élaboré à partir du recensement de la population 1999- Insee Martinique )

| Communes           | Population totale 1990 | Population totale 1999 | Pourcentage d'évolution |
|--------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| Les Anses-d'Arlets | 3 245                  | 3 477                  | + 7,2                   |
| Le Diamant         | 3 351                  | 3 963                  | + 18,3                  |
| Ducos              | 12 536                 | 15 292                 | + 22                    |
| Le François        | 18 559                 | 18 633                 | + 0,4                   |
| Le Lamentin        | 30 596                 | 35 951                 | + 17,5                  |
| Le Marin           | 7 267                  | 7 344                  | + 1,06                  |
| Rivière-Pilote     | 12 678                 | 13 117                 | + 3,4                   |
| Rivière-Salée      | 8 785                  | 12 332                 | + 40,4                  |
| Saint-Esprit       | 7 799                  | 8 238                  | + 5,6                   |
| Sainte-Luce        | 5 978                  | 7 807                  | + 30,6                  |
| Les Trois-Îlets    | 4 492                  | 5 176                  | + 15,2                  |
| Le Vauclin         | 7 769                  | 7 821                  | + 0,67                  |
| TOTAL              | 123 055                | 139 151                | + 13,1                  |
| TOTAL Martinique   | 359 572                | 381 427                | + 6,07                  |

On peut noter que la population de la commune de Rivière-Salée augmente de plus de 40 %, et celle de Sainte-Luce, autre commune voisine du Lamentin, de plus de 30 %. La population du Lamentin quand à elle augmente de plus de 18 %. Ces différents taux d'augmentation sont supérieurs au taux d'augmentation globale de la population.

D'une façon générale, la péri urbanisation se développe, les populations des grandes unités urbaines vont vivre dans une périphérie de plus en plus éloignée. Entre le recensement de 1990 et celui de 1999, Fort-De-France a perdu 6 % de sa population.

En Martinique, cette déconcentration de l'habitat autour de Fort-De-France ne bénéficie pas au nord de l'île, dont le relief est trop accidenté, mais plutôt au centre et au sud. Le sud voit croître sa population, mais à un rythme moins soutenu qu'auparavant, et le dépeuplement du nord se poursuit ( annexe n° : 9 ).

Dans l'île de la Martinique, l'excédent naturel ( excédent des naissances sur les décès ) est légèrement inférieur à celui observé entre 1982 et 1990 ( 3 650 contre 3 750 ).

Ces données correspondent à des perspectives qui pourraient être favorables au centre hospitalier dans sa démarche d'amélioration et de diversification d'offre de soins .

Cet atout naturel pourra être conforté par l'évolution des structures et celle des activités de l'hôpital.

## **2.2.2 b) Et aussi des structures et des activités :**

### **2.2.2.1 La réorganisation des blocs opératoires et des espaces disponibles pour l'ambulatoire**

L'installation de la chirurgie ambulatoire est prévue au premier étage d'un bâtiment de l'hôpital, le bâtiment Morestin ( annexe n° : 10 ). Cet espace sera réaménagé en fonction des normes requises pour la chirurgie ambulatoire.

A cet emplacement, les places seront réservées aux spécialités d'ORL, d'ophtalmologie, de petite chirurgie générale et de stomatologie .

Le personnel réservé à l'ambulatoire sera spécifique, et composé en priorité par ceux qui ne font pas la nuit. Il proviendra essentiellement de redéploiement.

Au niveau du bloc opératoire, l'évolution des connaissances en matière d'hygiène et l'apparition de nouvelles modalités de protection et d'emballage ont conduit à éviter la séparation des entrées et des sorties en salles d'opération.

En conséquence, le choix retenu pour le nouveau bloc opératoire au centre hospitalier du Lamentin est celui d'un bloc à circuit simple.

Les principes du bloc opératoire à circuit simple :

- le bloc doit être protégé par une zone filtre, personne ne peut y entrer sans passer par les vestiaires. Un sas de transfert pour les patients est prévu en entrée et en sortie du bloc, de même un sas de transfert pour les matériels et produits ;
- la salle d'opération doit être une salle « vide », comprenant un volume simple à parois lisses et pas de rangement dans la salle ;
- les matériels sales et contaminés sont « isolés » le plus en amont possible, les matériels sont mis dans des bacs étanches contenant une solution décontaminante et les déchets placés dans des sacs étanches.

Avec cette organisation, chacun des éléments est considéré comme étant « neutralisé » et peut emprunter le même circuit ( annexe n° : 11 ).

#### 2.2.2.2 Complétée par une organisation adaptée :

Cette organisation sera complétée par certains principes de fonctionnement qui sont le concept de non propriété et de partage du bloc opératoire, la gestion du personnel, la maîtrise du risque infectieux, la répartition de l'activité chirurgicale, la gestion quotidienne du bloc et la gestion du matériel.

La livraison du nouveau bloc opératoire est prévue aux environs du 15 septembre 2000. En attendant cette livraison, un bloc provisoire a été aménagé dans une zone voisine en juillet 2000.

L'emplacement du nouveau bloc est relié par un tunnel couvert, appelé familièrement « TGV », au bâtiment Morestin où est prévu l'installation de la chirurgie ambulatoire. Cette organisation devrait faciliter les liaisons entre les box de la chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire général.

La chirurgie de jour représente au centre hospitalier une soixantaine d'interventions par mois, soit environ 720 par an. En rapprochant ce chiffre des 3.300 entrées en chirurgie de 1999, il représente tout de même près de 22 % du total des entrées. Il est clair que la plupart de ces actes peuvent être réalisés en chirurgie ambulatoire, et ce dans des conditions compatibles avec les exigences de sécurité anesthésique.

Comme vu supra, le centre hospitalier du Lamentin comporte un certain nombre d'activités qui sont propices à l'ambulatoire ( ophtalmologie, gastro-entérologie, ORL, chirurgie générale et digestive, gynécologie-obstétrique, stomatologie ). Les consultations externes se trouvent actuellement au bâtiment Morestin et seront déplacées et installées en partie à l'emplacement de l'actuel bloc opératoire de gynécologie.

Tous ces transferts vont entraîner une organisation nouvelle, pour laquelle les responsables administratifs et médicaux font face en organisant un certain nombre de réunions de travail.

Au cours des séances de travail, il ressort trois axes à travers lesquels la direction devra s'engager :

- le management, adapté à la production d'activités organisées autour d'une très grande rigueur ;
- la dotation de ressources humaines au niveau de toutes les étapes de prise en charge du patient à opérer ;
- une comptabilité analytique et des tableaux de bord pour suivre cette activité.

Face au défi de l'ambulatoire au centre hospitalier du Lamentin, l'analyse des stratégies des différents acteurs peut se révéler instructive.

### **3 - FACE AU DEFI DE L'AMBULATOIRE, QUELLES SONT LES STRATEGIES DES DIFFERENTS ACTEURS :**

#### **3.1 A) LES ACTEURS INTERNES :**

##### **3.1.1 a) Les médecins :**

###### **3.1.1.1 L'ophtalmologie :**

Le chirurgien consulté estime que près de 90 % des actes sont possibles en ambulatoire, essentiellement les cataractes et les pterygions. Ces derniers sont faits actuellement en externes au niveau du bloc opératoire, avec une cotation spécifique. Les conditions pour réaliser ces actes sont qu'ils correspondent à une chirurgie non douloureuse et non hémorragique.

Principaux actes possibles :

- examens divers sous anesthésie générale ( nouveau-nés ; nourrissons) ;
- cataractes : représenteront les actes les plus importants dans le cadre de l'ambulatoire, sauf pour les personnes très âgées, avec un mauvais état général, ou habitant loin de l'hôpital ;
- strabismes pour les adultes ;
- chirurgie des paupières : ptôsis, tumeurs, ectropion, entropion, chirurgie plastique ;
- chirurgie de la conjonctive : ptérygion, tumeurs ;
- chalazion sous anesthésie générale pour les enfants.

Au niveau de ses attentes, il souhaiterait une meilleure prise en charge des patients, et une plus grande attractivité de l'hôpital. De même, un meilleur suivi des

évolutions générales dans son domaine d'intervention, que ce soit en métropole ou dans les cliniques privées ( ce qui implique une plus grande coopération entre les établissements de santé ). Des conditions de travail améliorées lui permettrait de mieux répondre aux demandes des patients.

Pour lui, l'aspect psychologique de la chirurgie ambulatoire est important.

Actuellement, ce chirurgien pense que son activité au bloc opératoire est intéressante, mais la chirurgie ambulatoire permettrait d'améliorer nettement le rendement actuel du service ophtalmologie en y doublant les activités.

En ce qui concerne ses relations avec les anesthésistes, celles ci sont bonnes, les surveillances étant limitées à cause des interventions qui sont courtes.

L'équipe d'ophtalmologistes est composée de deux chirurgiens, dont un est près de la retraite. En conséquence, ce chirurgien aimerait que l'équipe soit renforcée dans le futur.

Un des chirurgiens est praticien hospitalier à temps partiel au centre hospitalier du Lamentin, sa plus grosse activité se déroule à la clinique Saint-Paul.

Au niveau du matériel, l'acquisition d'un laser dans le futur au centre hospitalier du Lamentin serait intéressante pour réaliser une chirurgie réfractive. Seule la clinique Saint-Paul est en phase d'acquisition de ce laser, plusieurs ophtalmologistes se sont regroupés pour réaliser cet achat.

Dans le cadre de l'installation de la chirurgie ambulatoire, un effort particulier devra être fait pour l'achat de matériel adapté, actuellement le nombre de boîtes de cataractes par exemple est insuffisant.

Il conviendra de tenir compte des patients les plus défavorisés ou les plus fragiles qui devront être maintenus en hospitalisation traditionnelle ( personnes dialysées, diabétiques, qui habitent trop loin ou qui sont très âgées ). L'aspect service public de l'hôpital devra être sauvegardé.

Au niveau des autres établissements publics, il n'existe pas de chirurgie ambulatoire en ophtalmologie au CHU de La Meynard, et au centre hospitalier de Trinité il existe un service réduit d'ophtalmologie, à temps partiel.

Grâce à l'ambulatorio, il serait intéressant de différencier le centre hospitalier du Lamentin des autres établissements en matière d'ophtalmologie.

### 3.1.1.2 La gastro-entérologie :

Le médecin amené à faire des actes en gastro-entérologie est à temps plein et pratique une médecine polyvalente.

Les actes qu'il pratiquerait dans le cadre de l'ambulatorio seraient les colonoscopies sous anesthésie générale. Actuellement, il n'en pratique qu'environ quatre par semaine, en une matinée opératoire, et aimerait augmenter son activité.

Ses patients lui sont envoyés par les généralistes de la commune du Lamentin ou des communes limitrophes.

Auparavant, il pratiquait ses actes à la clinique Saint-Paul, et ne s'occupait pas de la gestion des patients. C'est l'anesthésiste qui décidait si le patient était apte à subir son opération dans le cadre de l'ambulatorio ou pas, d'où leur rôle très important dans ce domaine.

Il estime qu'au centre hospitalier du Lamentin, une personne ressource du bloc opératoire devrait organiser le planning et décider des jours d'intervention des différents opérateurs.

D'autre part, le problème du matériel mis à la disposition des opérateurs est important.

Pour lui, le staff dans le service comprenant l'assistante sociale, le psychologue, l'infirmière psychiatrique, le kinésithérapeute, la diététicienne, le médecin et le personnel paramédical permet de mieux gérer la rotation des lits et les problèmes des malades. C'est un plus que seul le service public peut offrir aux patients.

### 3.1.1.3 L' ORL :

L'un des médecins susceptibles de pratiquer l'ambulatoire en ORL pense que cette pratique permettrait de limiter les durées de séjour des patients à l'hôpital. En outre, il est intolérable que les patients habitant une commune lointaine soient obligés de venir la veille à l'hôpital. Or, il faut impérativement qu'ils soient à jeun le jour de l'intervention, ce qui n'est pas toujours respecté. En conséquence, l'ambulatoire pourrait répondre à ces deux points, et il adhère complètement à ce projet.

La chirurgie ambulatoire est aussi un moyen pour le malade de rejoindre rapidement sa famille, d'où un aspect social non négligeable. Il pourra bénéficier de soins dispensés par les infirmiers libéraux, et il existe un réseau compétent susceptible de prendre le relais.

Principaux actes possibles :

- adénoïdectomie ;
- intervention sur les sinus ;
- interventions sur la langue ;
- cavité buccale ;
- drainage permanent sinus maxillaires ;
- résection du cornet ;
- méatotomie inférieure et moyenne ;
- interventions endo-sinus maxillaires telles que kystes ou sinusites chroniques ;
- interventions de la face ( tumeurs faciales ) ;
- interventions du larynx ( polypes ou kystes des cordes vocales, pelage des cordes vocales, etc...) ;
- interventions sur les oreilles ( myringotomies ) ;
- tumeurs bénignes en général ;
- interventions sous sinusoscopie ( appareil de contrôle des sinus ) ;

Il estime qu'il existe une population importante concernée par les opérations au niveau pharyngée, en particuliers pour les adénoïdectomies.

Pour lui, il est important que le réseau des médecins de ville puisse suivre le malade tout en liaison avec l'opérateur.

Le centre hospitalier du Lamentin est le seul hôpital public pratiquant l'exploration des troubles de l'équilibre et la rééducation vestibulaire. Compte tenu de cet atout, il serait judicieux d'élargir les potentialités de l'ORL au CHL grâce à la chirurgie ambulatoire.

#### 3.1.1.4 La chirurgie générale et digestive :

L'un des deux chirurgiens de cette discipline estime qu'il existe dans l'île beaucoup de cas de hernies ombilicales ( inguinale ou crurale ) pour lesquels garder les malades 5 jours est inutile. Il estime qu'ils devraient être pris en charge en ambulatoire, quitte à ce qu'il les revoie quelques jours après.

L' hernie inguinale est une technique chirurgicale très pratiquée chez les anglo-saxons en ambulatoire, alors que le patient ressent des douleurs postopératoires conséquentes. Certains petits actes sont aussi possibles dans ce domaine, mais la frontière entre les actes pratiqués en externe et la chirurgie ambulatoire n'est pas toujours très claire.

L'une des difficultés rencontrées dans sa pratique est la confusion des malades entre le médecin opérateur et le médecin traitant. A la suite de l'opération, il demande aux malades de prendre contact avec son médecin traitant à la sortie de l'hôpital, et transmet un courrier accompagné du compte rendu opératoire au médecin traitant.

Autres actes possibles :

- kystes synoviaux ;
- tumeurs bénignes du sein ;
- tumeurs des parties molles de petite ou moyenne taille ( interventions sur sites périphériques ).

- biopsies ;
- excisions de lésions cutanées ;
- incision d'abcès ;
- circoncision de tendons.

Bien entendu, toutes ces interventions ne sont réalisables en ambulatoire qu'avec l'accord de l'anesthésiste, d'où leur rôle très important dans ce domaine.

Or, il existe depuis des années un conflit entre les anesthésistes et les chirurgiens, ce qui représentait un vrai problème. Certains anesthésistes refusaient les cas trop compliqués d'interventions sur des personnes âgées ou des enfants, d'où une chute très importante de l'activité opératoire. Celle-ci a heureusement fortement repris l'année 1999.

#### 3.1.1.5 La gynécologie-obstétrique :

Compte tenu du nombre élevé des IVG ( interruption volontaire de grossesse ) chirurgicales ( 475 en 1998, 532 en 1999 ) leur pratique en chirurgie ambulatoire ne serait pas possible car le système risquerait d'être bloqué. En conséquence, une organisation spécifique devra être mise sur pied pour les IVG.

Autres principaux actes possibles :

- ligature trompe voie basse et LT par cœlioscopie ;
- résection cervicale ;
- bartholinite ;
- tumorectomie du sein ;
- curetage biopsique ;
- coelio diagnostique ;
- cerclage ;
- curetage ou aspiration pour fausse couche ;
- HSC diagnostique ;
- HSC opératoire.

En réalité, le chirurgien estime que son équipe fait déjà de l'ambulatoire, mais pas de façon « stricto sensu ».

L'organisation actuelle au CHL est que le bloc de gynécologie obstétrique est autonome, et comprend 2 salles d'opération. Cette situation fait que les opérateurs en gynécologie ont peu de contacts avec les autres opérateurs, sauf dans certains cas de complication urétérale ou digestive.

Les contacts de l'équipe avec les anesthésistes sont globalement satisfaisants. Il aimerait qu'au niveau organisationnel on aille vers une sectorisation des anesthésistes, comme c'était le cas auparavant. L'effectif du service est globalement satisfaisant, car il y aura un nouveau médecin dans le service en novembre prochain.

Il lui manque des moyens pour la prévention et le domaine social, car il voudrait plus travailler dans le domaine de la PMI, de l'orthogénie et de la contraception pour les collégiens. Il y a un réel travail à faire dans ces différents domaines, en liaison avec les assistantes sociales, et il aimerait les approfondir.

Avec le regroupement des deux blocs opératoires, tout un programme de réorganisation devra être envisagé ( parmi les six salles prévues, une sera réservée aux césariennes ).

#### 3.1.1.6 La stomatologie :

Le chef de service en stomatologie est l'un des médecins les plus enthousiastes pour la création du service de chirurgie ambulatoire au CHL. Il voudrait qu'elle permette de réaliser des cas bénins de chirurgie ne nécessitant pas d'hospitalisation de longue durée. Un certain nombre d'actes réalisés actuellement pourraient être basculés sur l'ambulatoire, car ne nécessitant pas d'hospitalisation complète.

Principaux actes possibles :

- extractions dentaires ;

- kystes ;
- freins ;
- résection apicale.

Actuellement, l'équipe de stomatologie est composée de trois praticiens. Le chef de service fait partie de l'équipe de médecins ayant réalisé le projet de chirurgie ambulatoire du CHL. Il a une activité de chirurgie ambulatoire à la clinique Saint-Paul, et en connaît bien l'organisation et la pratique. Son vœu est de pouvoir réaliser les opérations qu'il pratique dans le privé au CHL. Il aimerait augmenter ses consultations et diversifier les actes pratiqués.

Il faut rappeler qu'en matière de PMSI, les séjours sont qualifiés de chirurgicaux s'ils contiennent un acte dit classant. Comme vu supra, en stomatologie, en dessous d'un certain nombre de dents, l'acte n'est pas classant et est intégré dans les actes médicaux ( à partir de 7 dents l'acte va dans un GHM chirurgical ).

En octobre, un spécialiste de la muqueuse buccale viendra faire une communication à l'équipe sur la pathologie buccale. Les praticiens de l'équipe inviteront les généralistes et les dentistes de la commune du Lamentin, pour les informer de leurs missions en pathologie buccale.

#### 3.1.1.7 L'anesthésie-réanimation :

Le médecin anesthésiste consulté estime que son problème actuel est que les normes anesthésiques ne sont pas suffisamment respectées, conformément au décret de 1994. D'après ce décret, les hôpitaux avaient jusqu'en 1997 pour une mise aux normes dans ce domaine, ce qui n'est pas le cas du centre hospitalier du Lamentin. De plus, la maintenance sur site est insuffisante en matière de qualité, le matériel est trop souvent en panne.

Pour lui, la chirurgie ambulatoire devrait permettre de pallier le déficit d'activité de certains secteurs de chirurgie, et pourrait être "la bouée de sauvetage " de l'hôpital, à moyen et long terme.

Il regrette que le personnel n'ait pas suffisamment d'activité, et ne soit pas habitué de travailler de façon optimale. Si on veut attirer du personnel compétent, il convient de se pencher sur la gestion de la motivation du personnel.

Il considère que les anesthésistes ne sont pas très aimés, et que lui même est taxé de "grande gueule". Néanmoins, il estime qu'il travaille dans l'urgence, dans des conditions pas toujours aux normes, alors que sa responsabilité civile et pénale est engagée. En conséquence, cela entraîne un stress permanent qu'il faut pouvoir gérer.

Il est motivé par deux exigences : l'information du patient et sa sécurité, et il estime que ses efforts sur ces deux points commencent à être payés.

L'ambulatoire serait l'occasion de mettre le centre hospitalier au niveau des normes chirurgicales et anesthésiques, avec le consentement éclairé des patients.

Quand l'ambulatoire tourne bien, cela veut dire que tout le reste tourne bien, l'ambulatoire représente une vitrine pour l'hôpital.

Un certain nombre de jeunes anesthésistes devront intégrer bientôt le centre hospitalier. Il voudrait qu'ils ne viennent pas dans un bateau qui coule, en conséquence il se bat pour que de meilleures conditions de travail leur soient offertes.

### **3.1.2 b) Le personnel paramédical :**

#### **3.1.2.1 La surveillante du bloc général :**

Actuellement, il existe au CHL une chirurgie de jour, où les patients arrivent le matin et repartent le soir accompagnés. Ils sont convoqués tous en même temps le

matin et sont opérés entre les opérations programmées, d'où une attente importante. Les interventions se font sous anesthésie locale, pas forcément dans des conditions optimales.

Dans ces conditions, elle estime que le CHL pratique du « faux ambulatoire ». La prise en charge anesthésique optimale impose la présence d'un IADE ( infirmier anesthésiste ) et une consultation anesthésique. Or, cela n'est pas forcément respecté dans la mesure où il existe un manque au niveau du personnel anesthésique.

Pour les IVG, elles sont faites sous anesthésie locale, et pas toujours en présence du médecin anesthésiste ( sont présents une IBODE ( infirmier de bloc opératoire diplômé d' Etat ) et le chirurgien ).

Les patients de chirurgie de jour représentent, comme vu supra, environ une soixantaine d'interventions par mois. Les conditions de leur accueil étant loin d'être satisfaisants, elle pense qu'il faudrait organiser une vraie chirurgie ambulatoire, avec toutes les conditions requises pour ce faire.

La chirurgie ambulatoire sera organisée dans les six salles d'opération, ce qui implique une organisation rigoureuse du tableau opératoire. Pour la salle de réveil, 9 postes sont prévus.

Elle attend du regroupement des deux blocs opératoires une nouvelle réorganisation qui permettrait d'aller de l'avant, et de pouvoir appliquer toutes les règles imposées au niveau de la réglementation des blocs opératoires et de la stérilisation.

Elle estime que le personnel est suffisant et motivé, et devrait adhérer à la politique de modernisation engagée de l'hôpital.

### 3.1.2.2 L'infirmière générale :

Au sujet du personnel paramédical, elle pense qu'il pourra faire face à la réorganisation du bloc opératoire et à l'instauration de la chirurgie ambulatoire. Pour l'instant, les redéploiements en matière de personnel ne sont pas encore pleinement

utilisés. Plutôt que de faire des actes externes, où le malade arrive à 7 heures et repart vers 16 heures, et de pratiquer du « faux ambulatoire », il conviendrait de respecter les normes et d'instaurer réellement la chirurgie ambulatoire.

Elle estime que tous les opérateurs ( anesthésistes, chirurgiens, paramédicaux ) devront se donner la main et collaborer un peu plus avec les services extérieurs au bloc ( brancardiers, laboratoire, service de radiologie ). Il faut une véritable prise de conscience de tous, et plus de rigueur au niveau des horaires.

Concernant le retour du malade à son domicile, il faudra faire preuve de vigilance pour assister la famille le mieux possible. Une assistante sociale devra être attachée à ce service, afin de compléter l'équipe.

L'infirmière générale a commencé un travail de réflexion avec les soignants de toutes les catégories au niveau de la prise en charge du malade en chirurgie ( brancardiers, aides soignants des urgences, infirmiers, IBODE et aides soignants des deux blocs opératoires, techniciens de radiologie ).

Ce travail est réalisé en concertation avec le président de la CME ( commission médicale d'établissement ) et se fait parallèlement à l'analyse et la réflexion engagées par ce dernier sur le devenir des deux blocs opératoires réunis.

### **3.1.3 c) Le président de la CME :**

Le président de la CME aimerait que la chirurgie ambulatoire puisse fonctionner au CHL, mais il se pose des questions sur sa faisabilité.

Pour y arriver, il faudrait un type de management adapté, qui passerait par une plus grande rigueur dans les processus de prise en charge. Cela suppose des moyens et une gestion très stricte des équipements. Au niveau des moyens humains, élément stratégique, il faut du personnel formé à ce type d'activité.

Or, il existe un déficit au niveau organisation et communication au CHL. Ces éléments le laisse dubitatif face à la perspective de l'ambulatoire.

Mais malgré cela, il souhaiterait que son application soit effective, car elle représenterait un atout stratégique pour le centre hospitalier du Lamentin.

Le déficit de communication entre les anesthésistes et les chirurgiens montre les difficultés actuelles à surmonter, liées apparemment à certains anesthésistes.

Il estime que les IBODE et les IADE pourront relever ce défi, car ils sont compétents. Néanmoins, les IADE estiment qu'ils ne sont pas suffisamment entendus au niveau de la direction.

La réussite de cette entreprise passe par la volonté de la direction et celle des anesthésistes. Le pool actuel des anesthésistes est en pleine réorganisation, certains d'entre eux s'en vont, l'hôpital en recrute d'autres.

Le statut d'un certain nombre d'opérateurs doit évoluer, deux d'entre eux sont en passe d'être nommés chefs de service. Ils représentent les chirurgiens qui sont les plus motivés à la perspective de la chirurgie ambulatoire.

Il pense que la future organisation de l'ambulatoire au CHL devrait s'inspirer de celle existant à la Clinique Saint-Paul.

Le président de la CME est l'un des principaux auteurs du projet chirurgical présenté lors des négociations avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

Actuellement, il est à l'animateur de réunions régulières regroupant tous les partenaires du bloc opératoire, dans la perspective du fusionnement des deux blocs. A travers elles, sont abordés les différents points à respecter pour réaliser une chirurgie moderne, comportant un certain nombre d'étapes indispensables.

Parallèlement, il a organisé une réunion sur la chirurgie ambulatoire avec les principaux acteurs concernés, afin de définir les perspectives de cette nouvelle activité. Il est clair qu'il faut rapprocher le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire de celui de la chirurgie classique, seule une réorganisation efficace de cette dernière permettra l'instauration de l'ambulatoire. Un des impératifs, par exemple, est d'avoir un programme opératoire 8 jours à l'avance. D'autre part, les brancardiers devront être rattachés au bloc opératoire, et non plus dans un service à part.

La livraison du nouveau bloc opératoire sera opérationnelle à la mi-septembre 2000. On peut estimer que le président de la CME est l'âme véritable de ce projet, et qu'il est particulièrement actif pour l'évolution de la chirurgie et l'installation de la chirurgie ambulatoire au CHL.

#### **3.1.4 d) Le directeur général :**

Pour le directeur général, la chirurgie ambulatoire est un objectif conforme à la gestion d'un hôpital, car il permet une rotation rapide du malade, une densité de l'activité élevée et l'utilisation optimale de la structure.

D'ailleurs, cet objectif a été vite perçu par le secteur privé. Actuellement, les pouvoirs publics recommandent à l'hôpital ce mode d'organisation. Pour y parvenir, cela représente un véritable challenge dans le cadre de l'hôpital de jour ou la chirurgie ambulatoire, car ils impliquent une réduction du temps et une optimisation des services et des prestations.

Ce projet est un véritable défi pour l'hôpital au niveau organisationnel, car il entraîne la mise en place de protocoles, des réponses rapides aux besoins, les circuits et cheminements du malade maîtrisés, etc... C'est un projet structurant pour l'hôpital, lui permettant de tourner le dos à l'obsolescence et d'aller vers l'hôpital entreprise.

Le centre hospitalier du Lamentin a les atouts nécessaires pour répondre à ce défi car il possède un certain nombre de spécialités chirurgicales consommatrices de ce type de prise en charge, face à une file d'attente élevée.

Alliée à ces conditions optimales, il faudrait une équipe de médecins anesthésistes très motivée. C'est la question d'actualité, à laquelle il faudra répondre pour y arriver.

## **3.2 B) LES ACTEURS EXTERNES :**

### **3.2.1 a) Les médecins de ville et les malades :**

Un certain nombre d'opérateurs du CHL ont des contacts réguliers avec les médecins généralistes de la commune du Lamentin et des communes avoisinantes.

Dans la mesure où certains opèrent dans des cliniques privées, une partie de leurs malades proviennent aussi de généralistes situés dans la capitale ou dans des communes environnantes. La Martinique étant petite, les distances n'ont pas beaucoup d'importance en matière de provenance des malades ( sauf pour les malades originaires des communes les plus éloignées à l'extrême nord ou à l'extrême sud ).

Il existe déjà un réseau informel au niveau des généralistes pour la chirurgie ambulatoire, mais qui gagnerait à être plus structuré et renforcé.

L'observatoire de la santé de la Martinique a procédé à un sondage dans le cadre des états généraux de la santé, en janvier et février 1999, auprès de 1500 personnes âgées de 15 à 74 ans. Selon ce sondage, les obstacles à l'accès aux soins sont très nombreux. Selon les réponses, on peut les répartir en deux groupes, ceux qui peuvent s'observer dans n'importe quelle région française, et ceux qui sont plus spécifiques à la Martinique.

Les problèmes du premier groupe sont essentiellement financiers : prix des médicaments, soins coûteux, niveau de remboursement de la sécurité sociale, non généralisation des mutuelles ; ou d'ordre relationnel : pas assez d'informations sur les droits, les structures, pas assez de communication entre soignants et soignés.

Les problèmes plus spécifiques à l'île sont le manque de certains spécialistes, le manque de plateaux techniques, les délais d'attente ( pour un rendez-vous ou lors de la consultation ), le manque de compétence de certains professionnels, le manque de confiance de certains avec comme résultat la nécessité d'aller en métropole pour

se faire soigner. La mauvaise organisation des urgences et le déséquilibre géographique de l'offre de soins ont été aussi rapportés.

En ce qui concerne l'information des malades, il est clair que ces derniers sont très peu informés des avantages de la chirurgie ambulatoire. Comme vu supra, un sondage réalisé à ce sujet a démontré un manque d'information de la population.

Seul, un certain nombre de personnes connaît les avantages de la chirurgie ambulatoire. Néanmoins, on peut considérer que le phénomène de bouche à oreille d'une part, et celui d'un plus grand recours des généralistes à cette pratique d'autre part, explique le développement rapide de l'ambulatoire dans le secteur privé.

### **3.2.2 b) Le secteur privé : le cas de la clinique Saint-Paul :**

Le dynamisme du secteur privé en matière de chirurgie ambulatoire représente un modèle pour le secteur public. La clinique Saint-Paul en particulier est intéressante dans son évolution en la matière.

La clinique Saint-Paul a été le premier établissement privé à demander en 1993 dix places de chirurgie ambulatoire, compte tenu du fait que la carte sanitaire n'était pas saturée. Il leur avait été accordé la création de 5 places et la transformation de 5 lits en places, d'où une création nette de 5 places.

Cette décision avait déclenché un recours de l'union hospitalière, qui trouvait cette décision contestable dans la mesure où le besoin de lits en chirurgie était déjà couvert. Ce recours a été rejeté le 27 mai 1994, car le besoin en chirurgie ambulatoire n'était pas couvert.

La clinique Saint-Paul a procédé à une demande d'extension de 4 places supplémentaires en 1998. Ces places lui ont été accordées par la tutelle, car l'activité ambulatoire de la clinique se déroulait dans de bonnes conditions. Le CROSS a donc émis un avis favorable à ce sujet, mais l'ARH a négocié cette création de 4 places par la suppression de 4 lits de chirurgie.

La visite de cet établissement privé est enrichissante en la matière. En effet, elle permet de constater que la chirurgie ambulatoire ne requiert pas de moyens complexes, et qu'elle est fondée sur des règles de bases rigoureuses.

Détenant 14 places autorisées, la clinique a pu y rajouter 4 places supplémentaires grâce à la fermeture du service le soir et les week-end ( si l'on multiplie 14 places par 365 jours, cela fait un potentiel de 5 110 ; en divisant ce nombre par les jours ouvrables ( 365 jours moins les week-end et les jours fériés ), il est possible de rajouter des places pour atteindre le nombre d'actes autorisés).

Les box sont répartis en deux emplacements situés de part et d'autre d'un bâtiment au premier étage, séparés par un patio comportant une fontaine et des massifs fleuris, ce qui constitue un environnement agréable.

Les box sont de couleurs pasteltes, claires et reposantes à l'œil. Ils sont fermés par des rideaux, ce qui préserve l'intimité des patients. Les règles de sécurité sont respectées, car les arrivées de fluides médicaux sont prévues dans les emplacements réservés au retour du patient après l'opération. Un poste d'observation où se trouve une infirmière permet d'avoir une vue générale sur l'ensemble des box. Dans chaque box se trouvent un lit pour le malade et un fauteuil pour un accompagnant. Un des emplacements comprend 8 box, l'autre 10 box.

Les horaires sont compris entre 7 heures le matin et 16 heures 30 ou 17 heures 30, les malades étant convoqués à 6 heures 45. Par précaution, un lit d'homme et un lit de femme est gardé en réserve dans les services de soins, en cas de besoin si une complication survenait en ambulatoire.

Les anesthésistes ont rédigé un passeport pour la chirurgie ambulatoire, remis par le chirurgien opérateur au malade, qui comporte toutes les informations et recommandations utiles à sa prise en charge en ambulatoire. Le patient s'engage à respecter les consignes de la chirurgie ambulatoire et son accord est requis. Tous ces documents doivent compléter le dossier médical classique du malade, un dossier incomplet entraînant l'annulation de la programmation du jour pour le malade.

Le suivi du patient est effectué par chaque infirmière affectée à son emplacement, qui contacte le malade la veille et s'assure que toutes les conditions pour effectuer la chirurgie ambulatoire sont respectées ( consignes du chirurgien, de

l'anesthésiste, examens effectués, être à jeun à partir de minuit, accompagnement obligatoire par un adulte si le malade est un enfant de moins de 12 ans, etc...). De même, elle rappelle le patient le lendemain de l'opération, pour s'assurer de son état de santé et compléter son suivi.

A l'arrivée du patient, l'infirmière travaille à partir de la fiche de l'unité de soins, vérifie que le dossier du malade est complet, s'occupe des éventuelles prémédications, prises de tensions, instructions des médecins. Elle a l'ordre de passage des malades au bloc opératoire.

La surveillante IBODE responsable du programme du bloc opératoire gère aussi celui de la chirurgie ambulatoire, en liaison avec les opérateurs. Dans une matinée opératoire, les malades programmés en ambulatoire sont les premiers à passer au bloc. Un maximum de 20 patients peuvent être pris en charge dans une matinée opératoire.

Le rôle du médecin anesthésiste est prépondérant, car c'est lui qui confirme la prise en charge ou non du malade en ambulatoire par une fiche de liaison. C'est lui aussi qui permet la sortie du malade, et qui est appelé en cas de problème.

Les moyens matériels dont disposent la clinique Saint-Paul au niveau du bloc opératoire sont tout à fait comparables à ceux du CHL, ces derniers sont même plus sophistiqués sur certains points. Les moyens humains du CHL sont plus importants que ceux de la clinique.

Ce qui ressort de cette visite c'est l'organisation rigoureuse du bloc opératoire, basée sur une programmation faite à l'avance et centralisée qui impose les jours et les ordres de passage aux différents opérateurs. Il fonctionne comme une machine bien rodée et particulièrement efficace.

### **3.2.3**

#### **c) Les pouvoirs publics : l'ARH :**

Le docteur Jérôme Dreyfus, à l'agence régionale pour l'hospitalisation, a été un des participants lors de l'élaboration du SROS 1999/2004 à réfléchir sur les alternatives à l'hospitalisation.

Pour lui, le constat de l'ARH est que les cliniques privées font autant d'actes chirurgicaux ( quantitativement ) que le secteur public, alors que le nombre de lits installés est très inférieur et représente moins de 30 % de l'ensemble global.

Ce phénomène démontre qu'en matière d'attractivité, celle du secteur public est « émoussée » face à celle du secteur privé. En outre, dans le secteur public existe le phénomène de lits installés non utilisés, avec un taux d'occupation chez certains établissements bien inférieur au secteur privé.

L'intérêt de l'ARH pour l'ambulatoire est d'abord une réaction face à l'inégalité d'accès aux soins de la population entre le secteur public et le secteur privé. D'autre part, l'ambulatoire permet de réduire l'occupation des lits d'hospitalisation et demande moins de moyens que l'hospitalisation classique.

Il reconnaît que le mode de rémunération actuel n'est pas très favorable aux hôpitaux publics, mais il pense qu'il va évoluer, notamment par le biais des coûts par pathologie.

Les nouvelles techniques opératoires et d'anesthésie correspondent mieux aux critères de l'ambulatoire, les patients sont moins exposés aux risques des infections nosocomiales, qui représentent une des préoccupations des patients qui se rendent à l'hôpital et qui veulent y restent moins longtemps.

Dans un souci de modernisation de l'hôpital, il vaut mieux investir au niveau des soins et des plateaux techniques plutôt que dans le domaine de l'hôtellerie, qui coûte cher. Avec l'ambulatoire, plus de patients sont soignés qu'en hospitalisation classique. En effet, le taux de rotation est plus élevé, car selon la pathologie une place voit défiler 2 à 3 fois plus de patients qu'un lit d'hospitalisation. Par ce biais, l'accessibilité à l'offre de soins est améliorée.

Le rôle de l'ARH est donc d'inviter les hôpitaux à la modernisation de leur prise en charge et leur fonctionnement. Ils devraient faire de la communication au niveau interne, pour modifier les pratiques des médecins et former leur personnel, tout en améliorant leurs structures, avec des blocs opératoires opérationnels.

La fermeture de la clinique Pasteur devrait modifier la répartition de l'offre de soins dans l'île. Cette clinique était en retard car elle avait une activité plus liée à la petite chirurgie et ne pratiquait pas l'ambulatoire. Or, 80 % de ses activités pouvaient

être pratiquées en ambulatoire. Certains médecins étaient présents dans cette clinique et sont au CHL. Ces derniers devraient s'engager dans des pratiques modernisées pour l'avenir.

En ce qui concerne le devenir des lits de la clinique Pasteur, le scénario le plus vraisemblable est le rachat des autorisations de ses lits par les cliniques Saint-Paul et Sainte-Marie. Il faut signaler que la fermeture de cet établissement s'est déroulée dans un contexte tendu et médiatisé, le personnel de Pasteur ayant occupé l'ARH à deux reprises.

Toutefois, à la date du 1<sup>er</sup> septembre 2000, il semblerait que l'on soit arrivé au consensus suivant, la majorité du personnel est repris par les deux autres cliniques et 8 personnes dans des organismes publics à vocation sociale. Le tribunal de commerce de la Martinique devra confirmer fin septembre 2000 la reprise de la moitié des lits de la clinique Pasteur par chacune des deux autres cliniques.

Si ce scénario est retenu, les repreneurs n'auront pas d'activité sur l'actuel site de Pasteur, mais procéderont au regroupement et à la conversion de ces lits, dont une partie sera transformée en places d'ambulatoire. Cela veut dire que le potentiel de chirurgie ambulatoire de ces deux établissements privés va augmenter, car l'outil sera plus important. Le risque est que tout un pan d'activités glisse du public au privé si le secteur public ne réagit pas.

Dans le cadre de la reconstruction programmée de l'hôpital dans un délai de cinq ou six ans, il ne faudrait pas attendre l'ouverture du nouvel hôpital pour procéder à la modernisation de ses techniques opératoires, c'est maintenant qu'il faut agir.

Il est important que le centre hospitalier du Lamentin se positionne dans ce domaine, il serait le premier établissement public à faire de l'ambulatoire, ce qui lui permettrait d'avoir un fonctionnement optimal pour son futur établissement.

## 4 - CONCLUSION :

La chirurgie ambulatoire représente l'avenir de la chirurgie et les hôpitaux qui la pratiquent s'engagent résolument dans la voie de la modernité. Comme sur le territoire national, ce type de chirurgie n'est pas très développé à la Martinique, et est pour l'instant réalisé uniquement dans deux cliniques privées.

Le centre hospitalier du Lamentin est un hôpital qui sort de sa léthargie et qui malgré un certain nombre de faiblesses comporte de nombreux atouts. Il bénéficie d'un environnement porteur, tant au niveau de son bassin d'attraction qu'au niveau de ses moyens matériels et logistiques.

La création de huit places de chirurgie ambulatoire étant autorisé par la tutelle, il conviendra d'être vigilant au niveau des demandes d'autorisation. Pour l'installation des lits et places, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, la période de dépôt des demandes est du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril, et du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre selon l'article 712 du code de la santé publique. Il faudra donc tenir compte de ces deux fenêtres pour réaliser le dossier de demande des huit places de chirurgie ambulatoire préalablement à leur installation.

Pour rentabiliser de façon optimale les futures installations de chirurgie ambulatoire et aussi de chirurgie de façon générale, le directeur pourrait s'appuyer sur le système des cliniques ouvertes, selon l'article L 714-36 ( ordonnance du 24 avril 1996 ) du code de la santé publique.

Cet article autorise les hôpitaux publics autres que les centre hospitaliers régionaux à faire fonctionner une structure médicale en faisant appel à des médecins, chirurgiens, spécialistes ou sage-femmes autres que ceux qui exercent leur activité dans l'établissements sous certaines conditions. Cette possibilité peut être une ouverture très enrichissante et constructive pour le CHL, et lui permettrait une activité maximale et une amélioration de sa productivité.

En écoutant les différents acteurs impliqués dans le projet de chirurgie ambulatoire, il est clair que tous aspirent à son instauration au centre hospitalier du Lamentin et croient en son avenir. Même si leurs préoccupations diffèrent sur certains points, on peut noter sur l'essentiel une convergence indéniable.

La reconstruction du centre hospitalier du Lamentin sur un nouveau site en 2006 est un challenge qu'il convient d'engager dès maintenant. La chirurgie ambulatoire est un des moyens de l'aborder dans des conditions optimales, et il est fondamental que tous les acteurs, que ce soit la direction de l'hôpital, l'ensemble des médecins ou le personnel paramédical, puissent œuvrer ensemble dans ce sens.

Mais au-delà de l'hôpital, l'ensemble des décideurs en la matière, qu'ils soient hors ou dans l'hôpital, doivent engager leur responsabilité de façon à créer un véritable projet porteur pour le centre hospitalier du Lamentin.

## **5 - BIBLIOGRAPHIE:**

### **ARTICLES**

OLIVIER Aurélie “ Où en est la chirurgie ambulatoire ? ” - Gestions hospitalières - Mai 1998 N°: 376 - pages 352-353

Bulletin de l'observatoire de la santé de la Martinique “ La santé vue par les Martiniquais - Résultats du sondage réalisé auprès de la population dans le cadre des Etats généraux de la santé “ - Avril 1999 - N°: 22

BAZIN Guy ( docteur ) “ Faut-il séparer le patient ambulatoire du patient hospitalisé ?” – Techniques hospitalières – N° spécial bloc opératoire – Juin 1999 – N°: 637 – pages 68 – 72

LEBLANC Nicolas, DAULHAC Claude, ACHARD Liliane, GATEAU Roselyne ( docteurs )  
“ La chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers sous dotation globale “ – Gestions hospitalières – Juin/Juillet 1999 – N°: 387

DEMONT Fabrice ( docteur ), FRANK Marie “ La chirurgie ambulatoire dans le PMSI – N° spécial de Technologie Santé – Novembre 1999 – N° : 39 – pages 79 – 82

BUSSON Olivier, DOUSSIN Anne, SOURTY LE GUELLEC Marie-Jo “ Estimation du développement de la chirurgie ambulatoire – L'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales “ – Questions d'économie de la santé – Mai 2000 - CREDES- N°: 30

### **REVUES**

Populations légales “ Recensement de la population 1999 “ - INSEE Martinique

ANTIANE( revue économique des Antilles-Guyane ) – INSEE Antilles-Guyane – Mai 2000 – N°: 44 – pages 13-18

## **OUVRAGE**

SAREQUI Michel “ Guide de l’ambulatoire “ – Editions ENSP – 1998

## **DOCUMENTS INTERNES AU CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN**

EURO CONSEIL SANTE “ Projet d’Etablissement du CHL ( Projet médical – Projet de soins infirmiers – Projet social – Projet du système d’information ) “ - Décembre 1997

PIERRE-LOUIS ( docteur ) “Avant-projet de mise en place de 10 lits de chirurgie ambulatoire au CH du Lamentin “ – Janvier 1999

DOSSIER DE PRESSE “ Projet de regroupement hospitalier – Centre hospitalier général du Lamentin / Centre hospitalier spécialisé de Colson “ – Conférence de presse du jeudi 1<sup>er</sup> avril 1999

HOSPICONSEIL ( Société d’études et de conseils hospitaliers ) “ Restructuration du bloc opératoire principal du CHL – Etude de faisabilité et programme technique détaillé “ – Avril 1999

PLAN DIRECTEUR INTERMEDIAIRE 1999/2003 – Centre hospitalier du Lamentin – Février 1999

CHOUT Roger ( Président de la CME du CHL ) “ Projet médical – Projet de chirurgie “ - Mars 2000

RAPPORT DE GESTION – Exercice 1999 – Centre hospitalier du Lamentin – Juin 2000

## **DOCUMENTS ARH OU AUTRES INSTANCES**

GROUPE THEMATIQUE “Alternatives à l’hospitalisation complète “ – Document préparatoire à l’élaboration du SROS 1999 – 2004 – Décembre 1998

ARH “ La carte sanitaire de la Martinique 1999 – 2003 – Les indices “ - Décembre 1998

CGSS et ELSM Martinique – SROSS 1999-2004 – Thème “ Alternatives à l’hospitalisation complète - Document d’orientation stratégique “ – Avril 1999

DIRSS – Services Statistiques “ Région sanitaire Antilles-Guyane “ – Avril 1999

ARH “ Approbation du projet d’établissement du centre hospitalier du Lamentin” – Juin 1999

ARH “ Le schéma régional d’organisation sanitaire de la Martinique 1999 – 2004 “ –  
Juillet 1999

### **TRAVAUX UNIVERSITAIRES**

FERRERO Alain “ Anesthésie et chirurgie ambulatoire comme modèle d’évaluation de la performance et de l’adaptation du système de soins “ – Ecole nationale de la santé publique-  
Mémoire de médecin inspecteur de la santé – 1999

MERLE Philippe “ Faire le choix de la chirurgie ambulatoire à l’hôpital public “ – Ecole  
nationale de la santé publique – Mémoire de directeur d’hôpital – 1999