

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : 11 et 12 décembre 2001

**ANALYSE DU DÉVELOPPEMENT DE LA
CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHU DE
TOULOUSE : DE L'ORIENTATION
STRATÉGIQUE AUX MODALITÉS DE
MISE EN OEUVRE.**

Sébastien MASSIP

REMERCIEMENTS

A Monsieur Daniel Moinard, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, qui a su, par l'intérêt porté à ce mémoire, me motiver pour mener à bien sa réalisation.

A Monsieur Didier Bouvet, Directeur de Cabinet de la direction générale du C.H.U. de Toulouse, qui a bien voulu m'associer étroitement à son action, me permettant ainsi de faire l'apprentissage de mon futur métier dans des conditions idéales et privilégiées.

A Madame Marie-Hélène Douchez, Professeur de Droit, responsable du DESS Droit de la Santé de l'Université des Sciences Sociales de Toulouse, qui a bien voulu diriger ce mémoire et m'accorder du temps pour son élaboration.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	10
PREMIÈRE PARTIE : CONCEPT ORGANISATIONNEL ORIGINAL, LA CHIRURGIE AMBULATOIRE CONNAÎT EN FRANCE UN ESSOR TARDIF, INÉGAL ET FORTEMENT CONTRAINT.....	12
TITRE I : UN CONCEPT ORGANISATIONNEL ORIGINAL.....	13
CHAPITRE 1 : UNE DÉCISION MÉDICALE SPÉCIFIQUE.....	13
SECTION 1 : Spécificité du raisonnement médical	13
§ 1 - La sélection du patient, préalable à la chirurgie ambulatoire.....	13
§ 2 - Le choix de réaliser l'acte : cinq critères spécifiques à la chirurgie ambulatoire....	16
SECTION 2 : Spécificité dans la recherche du consentement.....	18
§ 1 - La recherche du consentement en chirurgie ambulatoire : une nécessité	18
§ 2 - La valeur du consentement en chirurgie ambulatoire : des spécificités.....	19
CHAPITRE 2 : UNE ORGANISATION SPÉCIFIQUE	20
SECTION 1 : Les principes d'organisation.....	20
§ 1 - Le parcours du patient	20
§ 2 - La qualité du séjour du patient	21
SECTION 2 : L'espace et les hommes.....	23
§ 1 - Une configuration architecturale dédiée	23
§ 2 - Un personnel parfaitement organisé	25

TITRE II : UNE ACTIVITÉ LONGTEMPS CARACTÉRISÉE EN FRANCE PAR UN RETARD STRUCTUREL MAJEUR.....	26
CHAPITRE 1 : UN DÉVELOPPEMENT TARDIF ET INÉGAL.....	27
SECTION 1 : Éléments de comparaison internationale.....	27
§ 1 - Le développement de la chirurgie ambulatoire à l'étranger :.....	27
§ 2 - La portée des comparaisons internationales.....	30
SECTION 2 : Éléments de comparaison nationale.....	34
§ 1 - Une répartition inégale et hétérogène	34
§ 2 - La région Midi-Pyrénées, reflet de la situation nationale ?.....	36
CHAPITRE 2 : UN DÉVELOPPEMENT SOUS CONTRAINTE.....	39
SECTION 1 : L'état des lieux : exemple du C.H.U. de Toulouse	40
§ 1 - Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire.....	40
§ 2 - La non conformité des structures de chirurgie ambulatoire	45
SECTION 2 : Facteurs explicatifs.....	46
§ 1 – L'inadaptation du financement de la chirurgie ambulatoire	46
§ 2 - La chirurgie ambulatoire, un marché de soins imparfait.....	48
 DEUXIEME PARTIE : SUSCITÉ PAR LES NOUVEAUX ENJEUX DU SYSTÈME HOSPITALIER FRANÇAIS, LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHU DE TOULOUSE DOIT DÉSORMAIS S'INSCRIRE DANS LE CADRE D'UNE ORIENTATION STRATÉGIQUE	52

TITRE I : UNE OPPORTUNITÉ POUR RELEVER DES DÉFIS MAJEURS.....53

CHAPITRE 1 : DE L'IMPÉRATIF DES RESTRUCTURATIONS A LA RÉMANENCE DE LA NOTION DE RÉSEAU.....	53
---------------------------------------------------------------------------------------------	----

SECTION 1 : Chirurgie ambulatoire et restructurations.....	53
§ 1 - La chirurgie ambulatoire peut contribuer à optimiser le système hospitalier	54
§ 2 - la chirurgie ambulatoire, optimum de second rang pour un CHU.....	56

SECTION 2 : Chirurgie ambulatoire et réseaux	59
§ 1 - La chirurgie ambulatoire, ou comment concrétiser la notion de réseau	60
§ 2 - Les limites de la réflexion : difficultés et incertitudes.....	62
CHAPITRE 2 : LE SOUCI DE LA CRÉDIBILITÉ	64
SECTION 1 : La chirurgie ambulatoire, une application de la théorie du « capital réputationnel » ?	64
§ 1 - L'introduction de la qualité dans la discipline chirurgicale.....	65
§ 2 - La promotion de techniques chirurgicales innovantes.....	68
SECTION 2 : La chirurgie ambulatoire, une nouvelle conception du patient	70
§ 1 - Des attentes fortes de la part des patients	70
§ 2 - Du malade disponible au « client de passage ».....	71
TITRE II : UNE ORIENTATION STRATÉGIQUE	74
CHAPITRE 1 : L'INSERTION DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT	74
SECTION 1 : Le contexte	74
§ 1 - Une impulsion forte	74
§ 2 - La chirurgie ambulatoire et la reconfiguration du CHU	75
SECTION 2 : Le bilan avant mise en fonctionnement	78
§ 1 - L'organisation de la structure	78
§ 2 - Les difficultés de mise en fonctionnement.....	82
CHAPITRE 2 : VERS UN PÔLE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE ?	86
SECTION 1 : Les principes et leurs illustrations potentielles	86
§ 1 - La notion de pôle au CHU de Toulouse	86
§ 2 - Chirurgie ambulatoire et pôle : les scénarii envisageables.....	88
SECTION 2 : Les conditions et leurs déclinaisons	90
§ 1 - Une pincée d'économie, une once de réglementation.....	90
§ 2 - Un soupçon d'organisation, une bonne dose de motivation	93
CONCLUSION	95

Liste des sigles utilisés

ACA : Anesthésie et Chirurgie Ambulatoires
AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
AG : Anesthésie Générale
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASA : *American Society of Anesthesiologists*
CCLIN : Comité de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CM : Catégorie Majeure
CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic
CMA : CoMorbidity Associée
CME : Commission Médicale d'Établissement
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COM : Contrat d'Objectif et de Moyens
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES : Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
CROSS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CTIN : Comité Technique des Infections Nosocomiales
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DIM : Département d'Informatique Médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ENSP : École Nationale de la Santé Publique
FAS : Forfait d'Accueil et de Suivi
FANP : Forfait d'Activité Non Programmée
FE : Forfait d'Entrée
FIMO : Fonds d'Investissement et de Modernisation des établissements
FFM : Forfait pour Frais de petit Matériel
FIV : Fécondation In Vitro
FMC : Formation Médicale Continue
FSE : Forfait de Sécurité et d'Environnement
FSO : Forfait de Salle d'Opération
GHM : Groupe Homogène de Malades

HC : Hospitalisation Complète
HPDD : Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée
IAAS : *International Association for Ambulatory Surgery*
IDE : Infirmière Diplômée d'État
ISA : Indice Synthétique d'Activité
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OQN : Objectif Quantifié National
OQR : Objectif Quantifié Régional
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Une rapide présentation de la structure d'accueil peut être utile pour appréhender le contexte dans lequel fut réalisé ce mémoire. Ce travail est par ailleurs le résultat d'une commande passée par le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, Monsieur Daniel MOINARD, lors d'un premier stage effectué au CHU durant le premier trimestre 2001.

❖ *Présentation des Hôpitaux de Toulouse*

Le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse est composé de six établissements dispersés sur l'ensemble du département de la Haute-Garonne : au centre de Toulouse, l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques et l'hôpital La Grave ; aux pieds de la chaîne des Pyrénées (Salies-du-Salat), le centre de rééducation « La Fontaine Salée » ; au sud-est de Toulouse, le site de Rangueil-Larrey ; en périphérie de Toulouse (Nord-Ouest), l'établissement de Purpan.

Plus de 11 500 personnes travaillent dans le « quatrième CHU de France ». La pyramide des âges de cet établissement révèle un fort vieillissement de la population de ses agents (soit un âge moyen du personnel de 43 ans et trois mois).

Le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse réalise une forte activité de proximité qui s'explique essentiellement par deux types de facteurs : d'une part, l'importance du bassin de population couvert (de l'ordre de 800 000 habitants) ; d'autre part, l'absence d'hôpitaux généraux de taille suffisante dans l'environnement immédiat pour prendre en charge une part significative de cette activité. Le CHU est en effet la seule structure publique de soins sur la ville de Toulouse, les hôpitaux généraux les plus proches se situant à près de 50 kilomètres de l'agglomération toulousaine.

Cette offre publique est en concurrence directe avec de nombreuses cliniques privées - neuf cliniques sur la seule ville de Toulouse - qui ont déjà commencé leur restructuration et mis en œuvre une véritable politique de réseau.

Bénéficiant d'une forte notoriété auprès de la population du département, certains de ces établissements disposent d'un plateau technique lourd leur permettant de concurrencer le CHU dans des disciplines jugées rentables. La chirurgie est l'une des disciplines sur lesquelles le CHU est particulièrement concurrencé.

A l'activité de proximité, caractérisée notamment par les services d'urgences, vient s'ajouter une mission de recours qui implique un dispositif hospitalo-universitaire lourd, coûteux et fortement sophistiqué.

Cette mission, liée à la spécificité d'un CHU, conditionne fortement les attentes des acteurs de santé. Elle implique notamment l'engagement du CHU dans la politique des réseaux de soins sur des activités ciblées : périnatalité, oncologie, pathologies vasculaires, diabétologie, maladie d'Alzheimer et prise en charge de la douleur. Elle exige aussi une organisation parfaite de son activité de proximité afin d'optimiser l'allocation des ressources destinées à la mission de recours.

❖ **Présentation de la commande**

La commande passée par le Directeur Général reposait sur un constat et suggérait une présentation des solutions.

- un constat : le CHU de Toulouse enregistre un retard certain dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Cette observation impliquait la réalisation d'une analyse comparative (internationale et nationale) autant qu'un exposé des facteurs susceptibles d'expliquer le retard des établissements publics de santé dans la pratique de cette alternative à l'hospitalisation.

- des propositions : l'analyse des spécificités de la chirurgie ambulatoire devait logiquement conduire à intégrer les solutions envisageables dans une logique de stratégie d'établissement. Le choix de la direction générale d'insérer l'objectif du développement de la chirurgie ambulatoire dans son nouveau projet médical confirme ce parti pris.

INTRODUCTION

Historiquement, la chirurgie est longtemps restée fondée sur des méthodes invasives et donc particulièrement éprouvantes pour le patient. Jusqu'à la deuxième moitié du XIXème siècle, les interventions, à défaut d'anesthésie, entraînaient des douleurs atroces pour le patient. Les délais de récupération étaient longs et les risques de complications élevés. La chirurgie ne pouvait qu'être associée à une durée longue de prise en charge.

Cependant, l'idée de substituer à l'hospitalisation complète une prise en charge chirurgicale de très courte durée (une journée) est relativement ancienne. En ce sens, la chirurgie ambulatoire n'est pas une pratique nouvelle : en 1909, à Glasgow, le Docteur Nicoll décrit une série de 7 000 interventions ambulatoires en chirurgie pédiatrique, avec retour des enfants le soir à leur domicile. Ce type de pratique sera dès lors identifiée sous le vocable de « chirurgie ambulatoire ».

Selon une conférence de consensus réunie en mars 1993, la chirurgie ambulatoire recouvre *« l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'explorations, programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son admission »*.

La chirurgie ambulatoire ne peut être assimilée à la seule « chirurgie d'un jour ». Si la définition peut varier selon les pays quant aux types d'interventions ou au nombre d'heures passées à l'hôpital ¹, la chirurgie ambulatoire est un concept autant qu'une pratique : elle implique une réflexion organisationnelle, thérapeutique et architecturale toujours centrée sur la prise en charge du patient. Il s'agit enfin d'une alternative à l'hospitalisation qui renouvelle en profondeur et prétend faire progresser la chirurgie.

Reconnue comme véritable alternative à l'hospitalisation traditionnelle depuis les décrets du 2 octobre 1992, la pratique de la chirurgie ambulatoire connaît un développement encore limité et inégal en France : il existe actuellement un déséquilibre d'activité entre le secteur privé et le secteur public puisque 30% des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire dans le secteur privé contre 5% seulement dans le service public hospitalier.

¹ Par exemple, le droit français a reconnu la chirurgie ambulatoire sous une forme plus restrictive qu'aux Etats-Unis : la durée de prise en charge doit être inférieure à 12 heures en France (contre 24 en Amérique du Nord).

Bien que suscitant un intérêt croissant, ce mode de prise en charge se heurte à un certain nombre de blocages qui entravent son développement. La chirurgie ambulatoire exige en effet une sélection rigoureuse des patients, la définition d'une organisation spécifique, le respect de normes techniques contraignantes, une individualisation des installations, une coordination étroite avec la médecine de ville,...

La région Midi-Pyrénées n'échappe pas à ce constat.

Fortement concurrencé sur la discipline chirurgicale par de nombreux établissements privés, le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse tente aujourd'hui de combler son retard quantitatif et qualitatif en matière de chirurgie ambulatoire :

- un retard quantitatif : le faible nombre d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire par rapport au potentiel ambulatoire existant au CHU plaide en faveur d'une nouvelle orientation dans la prise en charge des patients.

- un retard qualitatif : en l'absence d'unités individualisées, la chirurgie ambulatoire s'est progressivement installée dans une situation de non conformité au regard des textes réglementaires.

Afin de pallier ces insuffisances, le choix de la direction générale a consisté à mettre en place une unité intégrée, transversale et multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. Les caractéristiques de cette organisation révèlent la prégnance de la logique des restructurations initiées dans cet établissement de santé à travers son nouveau projet médical : la fin des hôpitaux «miroirs » (services doublons), le souci de mutualiser les ressources mais aussi la volonté de répondre à une réelle demande des patients à l'égard des alternatives à l'hospitalisation. Il est particulièrement significatif que la création de cette unité de chirurgie ambulatoire soit inscrite dans le projet médical adopté le 21 mai 2001. Le développement de la chirurgie ambulatoire a bien été perçu au CHU de Toulouse comme un des éléments de sa stratégie d'établissement.

**PREMIERE PARTIE : CONCEPT ORGANISATIONNEL ORIGINAL, LA
CHIRURGIE AMBULATOIRE CONNAIT EN FRANCE UN ESSOR
TARDIF, INEGAL ET FORTEMENT CONTRAINT.**

TITRE I : UN CONCEPT ORGANISATIONNEL ORIGINAL

Évoluant dans un environnement médical hautement technologique, la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré sur le malade.

Ce concept est mis au point à partir d'une double démarche. D'une part, la chirurgie ambulatoire implique une sélection stricte des actes et des patients, cette sélection illustrant ainsi les spécificités du raisonnement médical en chirurgie ambulatoire. D'autre part, la pratique de la chirurgie ambulatoire nécessite l'existence d'un cadre structurel centré sur les notions de qualité et de sécurité. Elle nécessite par conséquent des structures spécifiques, intégrant un environnement architectural propre et une organisation optimale.

CHAPITRE 1 : UNE DECISION MEDICALE SPECIFIQUE

SECTION 1 : Spécificité du raisonnement médical

En chirurgie ambulatoire, la décision d'accomplir un acte médical ne peut être prise sans une réflexion médicale antérieure : la sélection du patient pour cette modalité de prise en charge. Ce préalable est suivi du choix de réaliser l'acte médical, choix déterminé en fonction de plusieurs critères. A chacune de ces deux étapes du raisonnement médical, le médecin peut renoncer à intervenir en ambulatoire.

§ 1 - La sélection du patient, préalable à la chirurgie ambulatoire

Le patient doit remplir les conditions d'une prise en charge en ambulatoire. Certains critères de la prise en charge sont d'ordre médical, d'autres sont d'ordre psychosocial (ce qui constitue une autre originalité de la chirurgie ambulatoire).

A/ Les critères médicaux

Les deux critères médicaux principaux sont l'âge du patient et l'existence de pathologies associées.

1 - l'âge du patient

Il n'existe pas d'âge limite réglementaire pour la pratique d'une intervention chirurgicale en ambulatoire.

Toutefois, la chirurgie ambulatoire pose plusieurs problèmes aux âges extrêmes de la vie.

D'une part, la réalisation d'une intervention en ambulatoire est déconseillée sur un enfant âgé de moins de six mois en raison du risque, lié à l'anesthésie, de mort subite inexplicquée. La fréquence de cet événement est de 1 / 2 000 enfants opérés.

D'autre part, chez les personnes âgées, les risques post-interventionnels sont plus importants dans la mesure où l'isolement familial (relativement fréquent pour cette partie de la population) ne facilite pas le suivi post-opératoire.

2 - l'existence de pathologies associées

Certaines pathologies associées constituent des contre-indications formelles à l'intervention chirurgicale ambulatoire. C'est le cas de l'infarctus récent ou de l'insuffisance respiratoire chronique grave. L'hypertension artérielle est également une contre-indication à la chirurgie ambulatoire, mais d'une force moindre : les individus souffrant d'une telle pathologie sont étroitement contrôlés au cours de la période post-opératoire. Une tension élevée peut donner lieu à un transfert en hospitalisation complète.

Une classification établie par l'*American Society of Anesthesiologists* (ASA) distingue cinq type de patients :

- les patients de type ASA I : patients n'ayant pas d'autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical ;
- les patients de type ASA II : patients souffrant d'une perturbation modérée d'une grande fonction vitale ;
- les patients de type ASA III : patients souffrant d'une perturbation grave d'une grande fonction vitale ;
- les patients de type ASA IV : patients en situation de risque vital imminent ;
- les patients de type ASA V : patients moribonds.

La chirurgie ambulatoire n'est envisageable que pour les patients de type 1, de type 2 ou de type 3 stabilisés.

Aux critères médicaux, la décision de prise en charge en ambulatoire doit combiner également des facteurs psychosociaux.

B/ Les critères psychosociaux

1 - l'importance du contexte psychosocial

En chirurgie ambulatoire, les critères socioenvironnementaux ont une importance particulière en raison des modalités organisationnelles de ce type de prise en charge. Ainsi, l'appréciation psychosociale peut porter sur les conditions de déroulement du suivi post-opératoire. Il s'agit de s'assurer notamment que le patient ne se retrouve pas seul chez lui à la sortie de l'unité. Ainsi, dans les pays anglo-saxons, le patient doit être impérativement accompagné à son domicile par une personne adulte, responsable, en bonne santé et disponible. Cette personne est également chargée d'assister l'opéré la première nuit suivant l'intervention.

Par ailleurs, appréciée selon la nature de l'intervention, la distance entre le domicile et l'établissement de soins reste un critère sélectif pour le suivi post-opératoire. A ce titre, il est recommandé que le trajet n'excède pas une heure de route. Il s'agit cependant d'une simple recommandation : l'impossibilité de fournir une réponse univoque explique l'absence de réglementation en ce domaine. Plusieurs facteurs doivent en effet être pris en compte, tels que l'état général du patient, son environnement psychosocial, la pathologie traitée, le risque et le type de complication possible, la qualité des correspondants médicaux,

Enfin, le patient doit disposer d'un téléphone et des coordonnées du chirurgien qui l'a opéré.

2 - discrimination ou confort du patient ?

L'idée de « sélection des patients » peut apparaître comme un obstacle au développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public hospitalier. En particulier, le contexte psychosocial est un critère discriminant, dont l'application peut aller à l'encontre des principes d'égalité ou d'universalité du service public hospitalier : la chirurgie ambulatoire recrute en effet des patients qui ne vivent pas seuls et qui disposent d'un niveau socioculturel suffisant leur permettant de prendre en charge leurs suites opératoires.

Cependant, cette sélection ne porte pas sur l'accès au service public mais sur l'accès à un mode particulier de prise en charge en fonction de critères bien établis. En outre, l'appréciation du contexte psychosocial doit permettre de s'assurer de la sécurité et du confort du patient à son domicile. Une sélection bien menée permet par conséquent de réduire considérablement les risques de complications.

§ 2 - Le choix de réaliser l'acte : cinq critères spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Outre les caractéristiques des patients – qui constituent la grille de sélection pour la chirurgie ambulatoire, la décision de pratiquer une intervention sur le mode ambulatoire dépend de la nature de l'intervention. Contrairement aux pays anglo-saxons, il n'existe pas en France de liste des interventions pouvant être réalisées en ambulatoire.

A/ La nature des interventions

Les spécificités de la détermination de l'intervention en ambulatoire résident dans un certain nombre de contre-indications. La prise en charge en ambulatoire est en effet choisie pour des interventions diagnostiques ou thérapeutiques ne présentant pas de risque postopératoire prévisible.

Cinq critères sont généralement utilisés pour décider ou non d'une intervention en ambulatoire :

- le risque algique doit être limité ;
- le risque hémorragique doit être minime ;
- la durée d'intervention doit être courte (soit moins de 90 minutes) ;
- le risque thromboembolique doit être faible ;
- les paramètres physiologiques vitaux (respiratoire, cardio-vasculaire, neurologique,...) ne doivent pas être modifiés.

B/ Les disciplines concernées

Les indications sont multiples et, comme le signale le tableau suivant, concernent toutes les disciplines chirurgicales : chirurgie générale, orthopédique, plastique, ophtalmologique,...

Les endoscopies – qui peuvent entrer dans le champ de la chirurgie ambulatoire selon la définition retenue par l'AFCA - semblent avoir pleinement profité des progrès en anesthésie (anesthésie vigile) et des innovations technologiques (laser par exemple).

1 - tableau n°1 : les principales techniques ou indications médicales en chirurgie ambulatoire

Spécialités	Indications et techniques
EXAMENS ENDOSCOPIQUES	Laryngoscopie en suspension Coelioscopie, cystoscopie, Côlonoscopie Arthroscopie du genou
O.R.L.	Otoplastie, rhinoplastie, polype, fracture du nez Incision de phlegmon, dilatation oesophagienne Amygdalectomie adulte pour certains ORL
ORTHOPÉDIE	Kyste arthro-synovial, canal carpien Maladie de Dupuytren, Syndactylie, Ténolyse Réduction de fractures, de luxations... Ablation de matériel d'ostéosynthèse, d'exotose
STOMATOLOGIE	Extractions dentaires multiples Canine incluse, Germectomie
UROLOGIE	Circoncision Dilatation urétrale, Méatotomie
OPHTALMOLOGIE	Sonde bi-canaliculaire Hernie de l'iris, ablation d'éponge Entropion, pterygion, Strabisme, cataracte Dacryo cysto rhinostomie Certains ptosis
GYNÉCOLOGIE	Curetage, Conisation du col IVG
CHIRURGIE GÉNÉRALE	Sutures de plaies, de tendons, chirurgie plastique de surface,... Exérèses cutanées avec ou sans greffe, kyste sacro-coccygien Biopsies diverses, adénome du sein, prothèse mammaire Ablation de corps étrangers, Hernie, éveinage unilatéral, Chiva

Source : Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé, 1997.

2 - la répartition des actes réalisés en chirurgie ambulatoire

Les actes réalisés en chirurgie ambulatoire sont moins lourds qu'en hospitalisation complète et leur liste évolue au rythme des progrès des techniques chirurgicales.

Malgré l'absence de données statistiques précises sur la nature des interventions réalisées actuellement en ambulatoire, de nombreuses sources s'accordent pour souligner l'importance de l'activité endoscopique au sein des structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Cette activité représenterait environ 35 % des interventions réalisées en chirurgie ambulatoire. La typologie des actes de chirurgie ambulatoire serait donc la suivante : ORL 16% ; orthopédie 13% ; cardio-vasculaire 8% ; peau et chirurgie plastique 7% ; stomatologie 5% ; urologie 5% ; ophtalmologie 4% ; gynécologie-obstétrique 4% ; pneumologie 3%.

SECTION 2 : Spécificité dans la recherche du consentement

§ 1 - La recherche du consentement en chirurgie ambulatoire : une nécessité

En matière de chirurgie ambulatoire comme dans d'autres domaines, le patient doit donner son consentement à la réalisation de l'acte médical, ce qui implique nécessairement une information médicale de qualité.

A/ L'obligation de recherche du consentement du patient

Cette obligation est particulièrement étendue en matière de chirurgie ambulatoire. Dans la mesure où la chirurgie ambulatoire est nécessairement programmée, l'urgence vitale, qui peut être une hypothèse d'impossibilité de recherche du consentement, n'intervient pas.

B/ L'obligation d'information du patient

Le mouvement jurisprudentiel général en matière d'obligation d'information médicale du patient se retrouve en chirurgie ambulatoire. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale ; le patient doit être informé des actes qu'il va subir et des risques normalement prévisibles. L'information devient même, comme nous le verrons plus loin, l'un des principes essentiels de l'organisation d'une structure de chirurgie ambulatoire.

Cependant, l'idée de la pré-constitution d'une preuve écrite de la réalisation de l'obligation d'information semble devoir être rejetée : une systématisation de la formule du consentement par écrit va à l'encontre des impératifs de rapidité et d'efficacité de la prise en charge liés à la chirurgie ambulatoire.

§ 2 - La valeur du consentement en chirurgie ambulatoire : des spécificités

En droit médical, le médecin émet une proposition de soins à l'intention du patient. Si le patient donne son consentement aux soins, la décision médicale est formée et l'acte médical peut être réalisé.

En chirurgie ambulatoire, deux spécificités amènent à écarter ce schéma général dans lequel le consentement aux soins suffit à former la décision médicale :

A/ La sélection des patients

Le consentement doit nécessairement être replacé dans le contexte particulier de la prise de décision en chirurgie ambulatoire : la sélection du patient est en effet une étape préalable indispensable au consentement aux soins. Le consentement à une proposition d'acte chirurgical réalisé en ambulatoire sans sélection préalable du patient traduirait une faute médicale majeure – amoindrissant considérablement la valeur de ce consentement.

B/ La nécessaire réitération du consentement du patient

Sans réitération du consentement, l'acte chirurgical pratiqué en ambulatoire ne peut être pratiqué. Toutefois, cette réitération est moins formelle que la première expression du consentement. La présence du patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire au jour et à la date prévus et sa volonté de subir l'acte chirurgical sont une forme de réitération du consentement initial. Il ne s'agit pas de simples actes d'exécution de la décision médicale mais d'une véritable revitalisation du consentement initial.

CHAPITRE 2 : UNE ORGANISATION SPÉCIFIQUE

Dans tous les pays où la pratique de la chirurgie ambulatoire a reçu une consécration juridique, les textes qui encadrent cette activité mettent au jour l'importance de ses spécificités organisationnelles. Ainsi, en France, le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 indique que « *les structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique* ».

Ces impératifs organisationnels se traduisent ainsi par un encadrement strict du parcours du patient, une configuration architecturale dédiée et un personnel parfaitement organisé.

SECTION 1 : Les principes d'organisation

§ 1 - *Le parcours du patient*

A/ Un parcours encadré

Dans tous les systèmes hospitaliers qui ont encouragé le développement de la chirurgie ambulatoire, des règles rigoureuses encadrent le parcours du patient de la phase préopératoire jusqu'à sa sortie. L'exemple des conditions posées par le décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 illustre cette volonté d'encadrer le séjour du patient en chirurgie ambulatoire.

1 - la consultation préopératoire

Cette consultation s'impose à la fois pour le chirurgien et pour l'anesthésiste quelques jours avant l'intervention. Le chirurgien pose l'indication opératoire et propose le statut ambulatoire à son patient. Le médecin anesthésiste, après examen du patient, accepte ou non ce statut.

2 - l'anesthésie

Anesthésie générale, locale ou loco-régionale, l'anesthésie ambulatoire ne nécessite pas une surveillance médicale de 24 heures. Elle doit garantir aux patients les mêmes conditions de sécurité qu'une anesthésie classique. Ainsi, le réveil est étroitement surveillé. Il s'effectue dans une salle de réveil équipée pendant une durée suffisante. Celle-ci est de deux à trois

heures pour une anesthésie de moins de trente minutes et de quatre à six heures pour une anesthésie de plus de trente minutes ou avec intubation.

L'unité d'anesthésie doit garantir l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné. Cette obligation vise à faciliter les décisions d'examen médicaux voire les décisions de transfert du patient vers des services d'hospitalisation complète.

3 - la sortie

La décision de sortie relève du chirurgien et du médecin anesthésiste. La sortie n'est envisageable qu'en présence d'une personne qui doit raccompagner et surveiller le patient à son domicile pendant 48 heures et à laquelle ont été transmises les recommandations nécessaires. En l'absence de cette personne, le patient est nécessairement hospitalisé. Le lendemain de l'intervention, les patients sont systématiquement contactés par téléphone.

B/ Une organisation formalisée

Toute structure de chirurgie ambulatoire doit établir son règlement intérieur : celui-ci précise les horaires d'ouverture de la structure et les principes généraux du fonctionnement médical ; il détermine les activités de chaque personnel de la structure, les présences et permanences de ce même personnel.

Le règlement intérieur doit également régir les consultations et le planning opératoire prévisionnel (nécessairement coordonné avec le bloc opératoire), ainsi que l'organisation des soins aux différentes étapes (*pré, per* et *post* opératoire) et dans l'hypothèse de complications ; il contient enfin des dispositions relatives à la communication du dossier médical, au médecin traitant, à la coordination des unités de soins et de l'équipe administrative.

Il peut enfin comporter des indicateurs de suivi de l'activité et une liste d'actes retenus par l'établissement en chirurgie ambulatoire.

§ 2 - La qualité du séjour du patient

A/ Accueil et information

Un environnement calme, un accueil approprié, l'accompagnement des membres de la famille le plus loin possible dans les soins, une attitude compréhensive et à l'écoute de

l'ensemble du personnel contribuent à diminuer l'anxiété du patient pris en charge en ambulatoire.

1 - l'accueil des accompagnants

En matière de chirurgie ambulatoire, le problème de l'accueil des accompagnants revêt un caractère particulier.

Deux modèles « types » peuvent être envisagés. Dans un premier modèle, les accompagnants ne sont qu'accueillis au sens strict ; ils ne jouent qu'un rôle de soutien au patient sans contact avec le personnel médical. Selon une autre conception, les accompagnants jouent un rôle actif dans la décision médicale. Le médecin pourra notamment les mobiliser pour mieux comprendre le contexte social dans lequel vit le patient ; une information pourra également leur être donnée sur les risques de complication pouvant survenir durant la postcure.

2 - l'information du patient

L'information est devenue un critère fondamental dans l'appréciation de la qualité de la prise en charge. Le patient en ambulatoire est considéré comme un partenaire responsable. L'information qu'il reçoit doit être précise, accessible et loyale. Il doit être informé des actes qu'il va subir et des risques normalement prévisibles. Cette information, écrite et orale, doit être formalisée à toutes les étapes : connaissance de la date et de l'heure de rendez-vous de la consultation préopératoire et de l'intervention chirurgicale ; informations sur la nature de l'acte opératoire, sur l'anesthésie et sur les consignes à suivre *pré* et *post* opératoire. Tous ces renseignements peuvent être regroupés sur un seul document écrit : le carnet de soins ambulatoires.

Par un entretien de 20 minutes avec le patient et sa famille, l'infirmière vérifie que le patient a bien compris les informations qui lui ont été données auparavant par le chirurgien et l'anesthésiste. Elle lui fait visualiser le déroulement de la journée d'hospitalisation, lui apporte des informations nécessaires au suivi postopératoire, répond aux questions posées, établit le recueil de données et un diagnostic infirmier s'il y a lieu.

La structure doit naturellement répondre à une exigence de tenue du dossier médical.

Enfin, chaque patient doit recevoir un bulletin de sortie avant son départ de la structure.

B/ Dignité du patient

« *Le respect de l'intimité et de la dignité* » du patient doit être garanti (décret n°92-1102 du 2 octobre 1992). Cette obligation peut être remplie par l'aménagement d'espaces spécifiques

adaptés. Plus largement, le respect de la dignité du patient passe aussi par une meilleure association à la décision médicale.

SECTION 2 : L'espace et les hommes

La chirurgie ambulatoire impose par la spécificité de son activité une configuration architecturale précise et une codification impérative du nombre et de la qualification des personnels médicaux et soignants.

§1 - Une configuration architecturale dédiée

La spécificité de l'organisation des structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires se retrouve essentiellement à quatre niveaux.

Tout d'abord, ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées. Elles disposent de moyens en propre. Enfin, elles bénéficient pendant leur fonctionnement de l'exclusivité sur les locaux qui leur sont affectés.

La chirurgie ambulatoire impose par la spécificité de son activité une individualisation des structures. Cette situation n'exclut pas une certaine diversité des centres qui réalisent de la chirurgie ambulatoire.

A/ L'individualisation des structures

1 - la règle des trois unités

Les structures doivent présenter une unité de lieu et assurer, sur un même site hospitalier, l'ensemble de la prestation fournie : accueil et séjour des patients ; organisation, préparation et mise en œuvre des protocoles de soins ; surveillance et repos nécessaires à chaque patient ; décontamination, stockage et entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients.

L'unité de lieu se double d'une unité de temps et d'action. Les horaires d'ouverture de la structure d'ACHA ne peuvent excéder 12 heures. Au cours de cette durée d'ouverture, « *les locaux affectés à chaque unité de soins qui compose la structure ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité* ».

2 - dérogation pour le secteur opératoire

Il est possible de déroger à la règle de l'unité de lieu sous deux conditions : d'une part, la règle de l'unité de temps et d'action doit être respectée ; d'autre part, cette dérogation ne peut concerner que le seul secteur opératoire (salles d'intervention, salle de réveil).

Par conséquent, même communs « dans l'espace avec la chirurgie ambulatoire », les blocs restent individualisés dans le temps : au cours d'un même planning opératoire, il n'est pas possible de mélanger les patients relevant de l'ambulatoire et ceux relevant d'une hospitalisation complète.

3 - un modèle classique à cinq zones

Cinq catégories d'espaces peuvent être distinguées au sein des structures de chirurgie ambulatoire : *la zone d'accueil*, premier lieu de contact du patient et de l'accompagnant avec la structure ; *la zone dite « patient »* composée généralement de vestiaires, de douches, d'une salle d'attente et d'une salle de consultation ; *la zone opératoire*, qui doit être physiquement délimitée et signalée : ce secteur doit en effet assurer certaines fonctions très spécifiques telles que la préparation médicale du patient aux actes opératoires, la réalisation des actes opératoires, un laboratoire destiné à effectuer des analyses rapides et un lieu pour la stérilisation (la présence d'une salle d'induction est particulièrement utile dans le cas d'anesthésie loco-régionale) ; *la zone de réveil*, logiquement située près du bloc opératoire et près d'une salle de repos qualifiée de salle de surveillance post interventionnelle ; enfin, *la zone du personnel*.

B/ La typologie des structures de chirurgie ambulatoire

Trois types de structures peuvent être distinguées selon la nature de leur activité et les modalités de leur organisation :

1 - les centres indépendants

Ce sont les premières structures à émerger simultanément au concept américain de chirurgie ambulatoire à la fin des années 1970. Aux États-Unis, l'important développement des *freestanding surgical facilities* – ceux-ci réalisent près de 20% des actes chirurgicaux en ambulatoire - a nécessité l'instauration d'un système d'accréditation spécifique à ces structures.

Les centres indépendants sont parvenus à trouver leur pleine expression dans des domaines de chirurgie très spécialisés. En France, par exemple, ces centres se sont concentrés sur un créneau particulièrement étroit d'activités : chirurgie de la main (Strasbourg et Angers), ophtalmologie (Nice et Saint-Jean-de-Luz), gastro-entérologie (Marseille et Reims). Totalement détachés d'un établissement de soins, ils ont un fonctionnement autonome, sont en général le fruit d'initiatives privées et sont relativement peu nombreux. En France, leur création doit logiquement s'accompagner de l'établissement de conventions avec une ou plusieurs structures d'hospitalisation.

2 - les centres satellites

Situés dans une enceinte hospitalière, ils constituent la majorité des centres ambulatoires. Fonctionnant de façon indépendante, ils ont une activité généraliste, recouvrant l'ensemble des spécialités allant parfois de l'endoscopie digestive à la chirurgie ophtalmologique.

Ces structures présentent de nombreuses caractéristiques qui permettent de répondre au mieux à la spécificité du mode de prise en charge en ambulatoire : transfert rapide d'un patient dans la structure d'hospitalisation classique adjacente, souplesse de gestion, facilité de formation des personnels de chirurgie ambulatoire dans les unités classiques.

3 - les centres intégrés

Également localisés dans une structure hospitalière, ils constituent plutôt un secteur d'activité : la chirurgie ambulatoire est intégrée à l'activité hospitalière. Les expériences tendent à démontrer qu'il est particulièrement difficile pour un établissement public de disposer de moyens spécifiques (locaux d'accueil, secrétariat, personnel exclusif) à cette activité.

En général, les salles d'opération sont communes aux deux types d'activité ambulatoire et traditionnelle. Ces centres sont généralistes, pratiquent une chirurgie « rapide » et font parfois l'objet de polémique en matière sécuritaire.

§ 2 - Un personnel parfaitement organisé

A/ Composition

Doivent être présents au minimum et de façon permanente un médecin qualifié et un infirmier pour cinq malades accueillis, un médecin anesthésiste-réanimateur et deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

L'anesthésiste joue un rôle essentiel dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, assurant une véritable prise en charge pré, per et postopératoire.

B/ Coopération

1 - interne

Par son activité, la chirurgie ambulatoire suppose une coordination étroite entre tous les acteurs : l'administration, les médecins et le personnel soignant, afin d'assurer une programmation rigoureuse des interventions et de prévoir l'éventualité de complications.

2 - externe

Le médecin traitant doit naturellement être informé de l'entrée de son patient en unité de jour. Connaissant le patient, le médecin généraliste peut apporter des renseignements sur le milieu social et/ou la personnalité du patient. Il peut également donner son avis sur l'inclusion (ou non) en ambulatoire. Il est par ailleurs destinataire, le jour même de l'intervention, d'un compte-rendu opératoire nécessaire pour assurer un suivi postopératoire du patient lors de son retour à domicile.

TITRE II : UNE ACTIVITE LONGTEMPS CARACTERISEE EN FRANCE PAR UN RETARD STRUCTUREL MAJEUR

Officialisée comme structure alternative à l'hospitalisation avec la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, la chirurgie ambulatoire a connu un développement tardif en France, et ce contrairement aux pays anglo-saxons où cette pratique est apparue, dès les années 70, comme contribuant à la maîtrise des dépenses hospitalières.

L'essor de la chirurgie ambulatoire est par ailleurs limité et inégal en France : il existe en effet un déséquilibre d'activité entre le secteur public et le secteur privé puisque 30 % des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire dans le secteur privé contre 5 % seulement dans le secteur public. Bien que suscitant un intérêt croissant, ce mode de prise en charge se heurte à un certain nombre de blocages qui entravent son développement.

La région Midi-Pyrénées n'échappe pas à ce constat : il existe certes un réel potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public, mais de nombreux obstacles s'opposent à la mise en place d'une organisation spécifique de cette pratique au sein des hôpitaux publics.

CHAPITRE 1 : UN DEVELOPPEMENT TARDIF ET INEGAL

SECTION 1 : Éléments de comparaison internationale

La chirurgie ambulatoire n'a pas connu partout la même évolution. A l'exception de la Grande-Bretagne, la chirurgie ambulatoire connaît un démarrage tardif en Europe. Elle se développe à la fin des années 80 essentiellement pour des raisons économiques de maîtrise des coûts hospitaliers. Sa croissance s'opère également de façon plus lente qu'aux États-Unis.

Bien qu'il soit particulièrement difficile d'établir des comparaisons internationales, certaines études permettent de comparer les pratiques de chirurgie ambulatoire de plusieurs pays en neutralisant les différences de définition. La France apparaît alors dans une situation médiane, caractérisée par un développement relativement lent de la chirurgie ambulatoire.

§ 1 - Le développement de la chirurgie ambulatoire à l'étranger :

A/ Vue d'ensemble : l'étude de l'IAAS

Une étude réalisée par l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire (IAAS) a comparé en 1996 et 1997 le taux d'ambulatoire pratiqué par différents pays pour 18 interventions fréquentes – ce qui permet de donner une idée juste de l'état des pratiques.

1 - en Europe

En Europe, les pays qui ont le plus développé cette pratique sont le Royaume-Uni et le Danemark, avec des taux supérieurs à 60% selon cet indicateur. On estime qu'en Angleterre, 50% de la chirurgie programmée est réalisée en ambulatoire. Un tel

développement reflète une volonté réelle des pouvoirs publics, qui veulent par ce biais diminuer les listes d'attente.

La France, avec un taux à 35%, est dans une position moyenne, au même titre que la Finlande (34%) ou l'Espagne (33%).

Enfin, des pays comme le Portugal (12%) ou le Luxembourg (19%) ont un taux de prise en charge moins développé.

2 - en Amérique du Nord

C'est en dehors de l'Europe que l'on trouve les valeurs les plus élevées de cet indicateur (92% aux Etats-Unis, 85% au Canada, 70% en Nouvelle Zélande et 58% en Australie). En Amérique du Nord, où l'activité de chirurgie ambulatoire a réellement pris naissance, au cours des années 1970, 75% des hôpitaux possèdent déjà un secteur de chirurgie ambulatoire où sont effectués plus de la moitié des actes chirurgicaux. Le gouvernement canadien souhaitait qu'en 1997 65% des actes chirurgicaux soient pratiqués en ambulatoire. Aux Etats-Unis, certains actes ne sont remboursés que s'ils sont pratiqués en ambulatoire.

B/ Une évolution fortement différenciée : tentative de typologie

L'analyse du développement de la chirurgie ambulatoire permet d'identifier au sein de la « zone OCDE » trois groupes de pays :

1 - le recours généralisé à la chirurgie ambulatoire : États-Unis, Canada, Angleterre

La chirurgie ambulatoire apparaît tout d'abord aux *États-Unis*, dans les années 1960, avec la mise en place de deux programmes officiels de chirurgie ambulatoire dans des centres hospitaliers de Californie (1962) et de Washington (1966). Les premiers centres indépendants de chirurgie ambulatoire sont ouverts à Providence (Rhode Island) en 1968 et à Phénix (Arizona) en 1970.

Cette alternative connaît un rapide essor : dix centres de chirurgie ambulatoire sont recensés en 1975, 150 en 1983, 838 en 1986 et 1 700 en 1992. Parallèlement, le nombre d'interventions réalisées en ambulatoire passe de 2,6 millions en 1979 à 11 millions en 1990.

Au *Royaume-Uni*, le *National Health Service* (NHS) définit la « *day patient surgery* » dès le milieu des années 1970. Encouragée par la réforme du NHS visant à y introduire des formes encadrées de concurrence entre services de santé, la chirurgie ambulatoire se développe

rapidement : le taux de croissance des interventions pratiquées en ambulatoire, de l'ordre de 7% entre 1973 et 1983, atteint 15% par la suite. Depuis 1985, la pratique de la chirurgie ambulatoire est soumise aux « *Guidelines of the Royal college of Surgeons for day-case surgery* ».

Au *Canada*, le gouvernement a favorisé dès le début des années 1970 le développement de la chirurgie ambulatoire. Cette alternative à l'hospitalisation s'étend rapidement notamment au Québec : aujourd'hui, la plupart des hôpitaux québécois mettent en place des programmes de chirurgie ambulatoire.

2 - la montée en charge de la chirurgie ambulatoire : Espagne, Portugal, Pays-Bas, Allemagne

La chirurgie ambulatoire ou « *cirurgia mayor ambulatoria* » débute en 1990 à Barcelone dans une optique d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux. Une commission *ad hoc* est rapidement chargée par le Ministère espagnol de la Santé de l'élaboration d'un guide relatif à l'ambulatoire et d'un manuel concernant les unités à créer. La description des activités ainsi qu'une liste des conditions à satisfaire pour que les patients soient acceptés en unités de jour tendent à faciliter la création de véritables centres de chirurgie ambulatoire.

Relativement récent, le développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit au *Portugal* dans le cadre d'une stratégie de réforme globale du système de santé impulsée par le Ministère de la Santé. Cette stratégie de changement est actuellement expérimentée dans quelques hôpitaux publics.

Les *Pays-Bas* sont depuis quelques années très actifs en matière de chirurgie ambulatoire. En 1993, près de 25% des interventions chirurgicales sont déjà réalisées en ambulatoire.

Officialisée en *Allemagne* au début des années 90, la chirurgie ambulatoire connaît aujourd'hui un développement important. En 1993, la part des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire est de 18,6%.

Avec un taux de 20% (part des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire), la *France* s'inscrit dans cette position intermédiaire.

3 - le projet de développement de la chirurgie ambulatoire

Dans plusieurs pays, le développement de la chirurgie ambulatoire n'en est qu'à l'état de projet car de nombreux facteurs s'opposent à la diffusion de cette alternative :

- les systèmes de financement et d'assurance sont peu incitatifs.

En *Belgique* ou en *Suisse*, le système de financement freine l'essor de la chirurgie ambulatoire. Près de 10% du coût de l'acte chirurgical pratiqué en ambulatoire est à la charge du patient alors que l'acte chirurgical classique est remboursé intégralement par l'État et les assurances.

- il n'existe pas de plan d'action global.

Au *Luxembourg*, la chirurgie ambulatoire est restée au stade expérimental. Il n'existe ni réglementation, ni statistiques spécifiques.

En *Suède*, cette alternative apparaît à la fin des années 80 mais son développement est encore embryonnaire au milieu des années 90 : ainsi, en 1995, seuls trois hôpitaux comportaient un service spécifique de chirurgie ambulatoire. Il n'existait pas à cette date de service autonome, l'activité de jour se concentrant fortement dans les services traditionnels de chirurgie. Le rapport Dagmar 50 (1990) avait pourtant montré le potentiel de développement de cette alternative à l'hospitalisation.

§ 2 - La portée des comparaisons internationales

La reconnaissance tardive de la pratique de la chirurgie ambulatoire place la France dans une position intermédiaire parmi les pays de la zone OCDE : bien après les pays anglo-saxons et l'Allemagne, mais avant la Suède ou la Suisse.

Cependant, la portée de cette comparaison est nécessairement limitée par les différences d'approche de la chirurgie ambulatoire.

Enfin, le développement de la chirurgie ambulatoire répond à des motivations différentes d'un pays à l'autre : doit être soulignée ici l'importance des facteurs organisationnels dans certains pays (essentiellement les pays anglo-saxons). Par conséquent, si des facteurs médicaux ont pu contribuer au développement des procédures chirurgicales en ambulatoire, les disparités observées entre les trois grandes catégories de pays sont liées avant tout à des incitatifs d'ordre économique.

A/ Les limites des comparaisons internationales

1 - des définitions différentes

La définition retenue par les pays anglo-saxons de la chirurgie ambulatoire recouvre un champ plus large que la conception française. Ainsi, aux États-Unis et au Canada, les

explorations fonctionnelles font partie de la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, aux États-Unis, la « *one day surgery* » est véritablement une « chirurgie d'un jour », pratiquée sur 24 heures contre 12 heures en France. Ces différences ont une incidence directe sur le codage des actes : les disparités observées entre pays peuvent en effet correspondre à une distorsion de l'information par « translation » d'un système de codage à l'autre.

2 - des comparaisons difficiles

Les différences culturelles et institutionnelles compliquent certaines comparaisons. Ainsi, les facteurs qui peuvent expliquer les disparités entre les États-Unis et la France sont multiples : caractéristiques de l'offre, différences de cultures (préférence des patients, par exemple), spécificités des systèmes de protection sociale, type d'incitations financières mises en place, niveaux de remboursement des prestations, ... mais aussi pratiques médicales. Par exemple, le taux de circoncisions réalisées en ambulatoire semble plus important en France au cours des premières années de vie. En fait, les circoncisions non motivées médicalement sont réalisées aux États-Unis au cours des premiers jours de vie – donc durant l'hospitalisation en suite de couche.

B/ Impératifs organisationnels et incitations financières

Ce sont des motivations d'ordre économique et politique liées aux diverses difficultés structurelles des systèmes de santé qui ont impulsé le développement de la chirurgie ambulatoire dès le début des années 70 dans les pays anglo-saxons² : désengorgement des lits aux États-Unis, réduction des listes d'attente et difficulté de recrutement du personnel infirmier en Grande-Bretagne et au Canada. Pour chacun de ces pays, le rôle des incitations financières fut particulièrement déterminant dans le développement des pratiques de chirurgie ambulatoire.

1 - les impératifs organisationnels

Aux *Etats-Unis*, deux motivations sont à l'origine du développement de cette alternative : le besoin de désengorger les lits hospitaliers, problème important dans ce pays dès la fin des années 1960, et la nécessaire réduction des coûts hospitaliers, nécessité apparue plus tardivement, dans le contexte économique et social des années 1980.

² Les justifications macro-économiques de la « nécessaire » maîtrise des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE sont relativement connues : l'évolution de la part de ces dépenses dans le Produit Intérieur Brut a fortement contribué à réduire la *soutenabilité* de la politique budgétaire dans ces pays.

En *Grande-Bretagne*, deux préoccupations autres que financières ont motivé son essor : le problème des listes d'attente en chirurgie d'une part, et la difficulté de recrutement du personnel infirmier d'autre part.

Enfin, dès la fin des années 1970, dans un contexte de maîtrise des dépenses hospitalières, *les gouvernements canadiens* mettent en place un certain nombre de mesures visant à arrêter la construction de nouvelles structures hospitalières, à fermer les lits hospitaliers ou parfois certains hôpitaux. Cette restructuration hospitalière s'inscrit pleinement dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses de santé. Trois objectifs sont alors fixés au développement de la chirurgie ambulatoire : maximiser l'efficacité avec laquelle les ressources en lits d'hospitalisation sont utilisées ; favoriser le maintien de la personne dans son milieu naturel ; accroître l'accessibilité à des services chirurgicaux pour certaines catégories de patients.

2 - les incitations financières

Le rôle des incitations financières est fondamental dans le processus de développement de la chirurgie ambulatoire. L'exemple des pays anglo-saxons est particulièrement significatif à cet égard.

Le développement de la chirurgie ambulatoire aux *États-Unis* tient essentiellement aux incitations financières mises en place dans ce pays au cours des années 1980.

D'une part, au regard des problèmes de financement des dépenses de santé, les organismes payeurs publics et privés ont vu dans la chirurgie ambulatoire un moyen de maîtriser les dépenses et ont par conséquent encouragé sa diffusion. Dans un premier temps, de nombreux organismes payeurs, et notamment *Medicare*, remboursaient uniquement 80% des honoraires des chirurgiens si l'intervention chirurgicale était réalisée de façon traditionnelle (c'est-à-dire avec hospitalisation), alors que la totalité des frais était remboursée si l'acte était réalisé en ambulatoire. Dans un second temps, *Medicare*, les mutuelles médicales et particulièrement les « *Health Maintenance Organizations* » (HMO) ont établi une liste d'interventions qui devaient être pratiquées uniquement en ambulatoire pour être remboursées. *Medicare* rembourse aujourd'hui environ 2 200 interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire, ces procédures étant classées en huit groupes de remboursement variant de \$295 à \$883 par intervention.

D'autre part, l'instauration par *Medicare* du paiement prospectif à l'hôpital en 1983 (*Prospective Payment System*) a également impulsé le développement de la chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'un système de remboursement fixe basé sur le diagnostic principal du

patient concerné. Lorsque le remboursement prévu (*ex-ante*) pour un diagnostic donné paraissait faible, l'hôpital préférait substituer la chirurgie ambulatoire à la chirurgie traditionnelle, le remboursement de la chirurgie ambulatoire étant fonction des frais réels occasionnés. Un système de paiement prospectif a par ailleurs été mis en place à la fin des années 1980 pour la chirurgie ambulatoire.

Ces diverses mesures ont été fortement encouragées par les employeurs qui voyaient leurs cotisations annuelles auprès des compagnies d'assurance augmenter sans cesse. Le résultat est particulièrement sensible : alors que dans les années 1970, 35% seulement des organismes payeurs couvraient la chirurgie ambulatoire, dans les années 1980 ils sont plus de 96%.

Au *Royaume-Uni*, le développement de la chirurgie ambulatoire a été principalement initié par la volonté des pouvoirs publics de réduire les listes d'attente en chirurgie et de pallier la difficulté de recrutement du personnel infirmier. Dès 1967, le Ministère de la Santé anglais cherchait à promouvoir la chirurgie ambulatoire, considérée comme un moyen d'enrayer le problème des listes d'attente. En 1985, la chirurgie ambulatoire est officiellement approuvée par le *Royal College of Surgeons of England* comme étant un élément important des soins chirurgicaux, estimant que près de 50% des actes chirurgicaux pourraient être réalisés en ambulatoire (variable selon les spécialités), et établit un guide de recommandations qui est régulièrement évalué (sur les moyens requis, la durée maximale de l'opération, les actes possibles,...).

Toutefois, et malgré ce dispositif, la progression du nombre de patients admis en chirurgie ambulatoire reste lente : 17% seulement de l'ensemble des cas traités en 1986. Cette évolution s'explique principalement par le mode de financement des hôpitaux du *National Health Service (NHS)* avant 1991 : ces établissements fonctionnaient en effet sur la base d'un budget annuel fixé indépendamment du nombre de cas traités. Il s'agissait dès lors d'être le plus efficient à l'intérieur de ce budget. Dans de telles conditions, les hôpitaux étaient peu enclins à adopter la chirurgie ambulatoire, craignant, à travers la possibilité de traiter un plus grand nombre de cas, un dépassement du budget qui leur était alloué. Depuis avril 1991, l'introduction de mécanismes de marché dans le système de santé anglais permet une diffusion plus rapide des pratiques de chirurgie ambulatoire. La réforme mise en place consiste en effet à mettre les hôpitaux en concurrence. Chaque administration sanitaire de District (*District Health Authorities*) opère comme « acheteur » de services hospitaliers et passe ainsi des contrats avec des hôpitaux en tenant compte du rapport « qualité – prix ». Par conséquent, les revenus des hôpitaux dépendent directement du volume de prestations qu'ils négocient avec les administrations sanitaires de Districts. Les hôpitaux sont donc incités à proposer les pratiques les plus efficaces : l'obtention de

revenus supplémentaires dépend notamment des nouveaux contrats obtenus grâce aux places libérées par la chirurgie ambulatoire. Les hôpitaux sont ainsi davantage encouragés à développer la chirurgie ambulatoire.

Au *Canada*, le gouvernement fédéral a instauré dès 1977 un nouveau mode de financement des alternatives à l'hospitalisation. Parallèlement, le « *Canadian Institute for Health Information* » (CIHI) a mis au point une méthode nationale de classification des actes pratiqués en ambulatoire, nommée « *Day procedure Groups* » (DGP). La plupart des provinces ont établi des politiques de bonne pratique en matière de chirurgie ambulatoire. Il existe néanmoins de fortes disparités entre les différentes provinces canadiennes dans ce domaine, cette situation s'expliquant à la fois par des différences en matière d'incitation financière pour la chirurgie ambulatoire et par l'absence de structures adaptées dans certaines provinces. Le Québec est l'une des premières provinces à avoir amorcé le « virage ambulatoire », cette décision étant liée à l'importance des dépenses hospitalières (7 points de plus que la moyenne des provinces canadiennes).

SECTION 2 : Éléments de comparaison nationale

§ 1 - Une répartition inégale et hétérogène

Deux types d'inégalités liées au développement de la chirurgie ambulatoire sont particulièrement marquées en France : les inégalités régionales d'une part ; les inégalités entre secteur public et secteur privé d'autre part.

A/ L'hétérogénéité de la répartition géographique

Les régions françaises sont inégalement pourvues en places de chirurgie ambulatoire. Ces places se concentrent principalement dans les régions urbaines. La carte ci-dessous, qui illustre la densité de places de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants, décrit deux grandes catégories :

1 - les régions les mieux équipées

La région Ile-de-France et les régions du Sud de la France apparaissent comme les plus favorisées. Ainsi, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Languedoc-Roussillon concentrent 43% de la capacité totale d'accueil de chirurgie ambulatoire en France. Les

régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Corse sont également bien équipées, disposant entre 9,7 places et 11,9 places de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants. En 1998, les services médicaux des trois principaux régimes d'assurance maladie de deux régions, Rhône Alpes et Ile de France, ont ainsi mis en évidence que la chirurgie ambulatoire demeurerait inégalement répartie et sous-utilisée. Ce mode de prise en charge est développé par 85% des structures franciliennes et 65% des structures rhodaniennes.

2 - les régions sous-équipées

Quatre régions apparaissent sous-équipées : l'Est de la France (Alsace, Franche-Comté et Lorraine) et la région Centre. Ces régions disposent seulement de 3,8 à 6,3 places de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants.

Le contraste régional est important : le nombre de places d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoires pour 100 000 habitants varie de 6 pour l'Alsace à 20 pour des régions comme Provence-Alpes-Côte-d'Azur ou Ile-de-France.

B/ La domination du secteur privé

En France, la prédominance du secteur privé dans le domaine de la chirurgie ambulatoire peut être illustrée de deux façons :

1 - la concentration des places installées dans le secteur privé

Près de 85% des places installées de chirurgie ambulatoire se trouvent concentrées dans le secteur privé, le secteur public ne détenant que 15% de la capacité totale d'accueil.

Dans le secteur privé, les établissements à but lucratif possèdent plus de 90% des places autorisées. Seulement 6% des places sont concentrées dans les établissements à but non lucratif et non PSPH et 2% dans les établissements à but non lucratif PSPH.

Certaines régions sont totalement dépourvues de places de chirurgie ambulatoire dans le secteur public (Corse, Franche-Comté), le secteur privé détenant à lui seul toute la capacité d'accueil. En 1998, en Auvergne, le secteur privé non participant au service public hospitalier représentait plus de 95% des places. Le potentiel existe pourtant : pour la même région Auvergne, une étude du service médical de l'Assurance-Maladie et des services déconcentrés de l'État, menée en 1999 à partir des caractéristiques des Groupes Homogènes de Malades, montrait que 7 224 séjours d'hospitalisation complète auraient pu relever d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire substitutive, notamment en ophtalmologie.

2 - l'activité est largement plus soutenue dans le secteur privé

Sur les trois millions d'interventions MCO effectuées en ambulatoire, 6% des interventions sont pratiquées dans le secteur public et 32% pour le secteur privé.

79% du nombre de K ambulatoires sont réalisées dans le secteur privé et 21% dans le secteur public. Enfin, le nombre de venues dans le secteur public reste environ plus de 10 fois inférieur au nombre de venues dans le secteur privé.

Les professionnels de santé se sont orientés beaucoup plus rapidement vers ce mode de prise en charge dans le secteur privé que dans le secteur public où 61% de l'ensemble des places de chirurgie ambulatoire sont concentrées dans les centres hospitaliers universitaires. Le secteur public, qui réalise des interventions complexes, est du fait de son activité moins concerné par la chirurgie ambulatoire que le secteur privé. Ce dernier, réalisant des interventions moins lourdes a pu, plus facilement, transférer une partie de son activité chirurgicale vers la chirurgie ambulatoire.

C/ La dimension des structures : un critère fortement évolutif

La majeure partie des places est concentrée dans de petites structures. En 1999, la taille moyenne nationale d'une structure d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoires est de sept places autorisées et six places installées. Près de 80% des structures ont en effet moins de 10 places. Ce constat s'impose pour le secteur privé comme pour le secteur public.

Le secteur public est cependant caractérisé par une proportion importante des structures de plus de 20 places par rapport au secteur privé. Cette différenciation peut être liée au poids des CHU/CHR dans la répartition des places de chirurgie ambulatoire au sein du service public hospitalier.

§ 2 - La région Midi-Pyrénées, reflet de la situation nationale ?

Au 1^{er} janvier 1999, la région Midi-Pyrénées dispose de 340 places d'anesthésie chirurgie ambulatoire recensées au travers des autorisations, et réparties sur 40 établissements publics et privés³.

³ Ces 340 places représentent 6,5% de la capacité d'hospitalisation en chirurgie (soit 5 212 lits et places autorisées pour la région Midi-Pyrénées).

Les caractéristiques essentielles de la pratique de la chirurgie ambulatoire en France se retrouvent dans la région Midi-Pyrénées : marquée par une inégale répartition géographique, cette activité est majoritairement pratiquée dans des structures de petite taille, au sein du secteur privé, et en dépit d'une avancée certaine de grosses structures publiques tel que le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse sur le « marché » de la chirurgie ambulatoire.

A/ une répartition géographique inégale

Comme l'indique la cartographie des places de chirurgie ambulatoire ⁴, tous les secteurs sanitaires sont pourvus mais inégalement équipés en places de chirurgie ambulatoire.

Le secteur 1 de la Haute-Garonne (Toulouse et son agglomération) apparaît le mieux équipé, totalisant 199 places autorisées, soit 60% de la capacité totale d'accueil, pour une population représentant 38% de l'ensemble de la région.

B/ Le retard des établissements publics de santé

1 - le secteur privé exerce une indéniable prédominance

Sur les 340 places autorisées, 33 structures privées de la région totalisent 260 places de chirurgie ambulatoire (soit 76% des autorisations délivrées à cette date), contre 78 places dans 6 structures publiques et 2 dans une structure privée participant au service public hospitalier. Une structure privée dispose de 2 places d'anesthésie ambulatoire exclusivement.

Tableau n°5 : concentration des places de chirurgie ambulatoire de Midi-Pyrénées dans le secteur privé

	Places autorisées	Places installées
33 structures privées	260	245
6 structures publiques	78	19
1 participant au SPH	2	2
Total	340	266

Source : rapport du groupe de travail ARH « chirurgie anesthésie ambulatoire » février 1999.

⁴ Cette cartographie est présentée en annexe II.

L'offre est exclusivement privée dans l'Aveyron, le Gers, les Hautes-Pyrénées et le Tarn-et-Garonne. Le secteur public est prédominant dans le Lot (5 places sur 7), et l'Ariège (13 places sur 16, dont 11 sont localisées au Centre hospitalier de Foix). Le secteur privé domine dans le Tarn (33 places sur 36) et la Haute-Garonne (158 places sur 205). Au total, les établissements publics de santé accusent un retard certain : 16 structures comportant un service de chirurgie n'ont pas d'autorisation en chirurgie ambulatoire.

Or, un développement de la chirurgie ambulatoire au seul profit du secteur privé pose le problème du choix des patients. Il n'y a plus d'égalité des usagers si seuls ceux qui ont recours au secteur privé peuvent opter pour une intervention ambulatoire.

2 - cette prédominance du secteur privé doit être cependant relativisée

L'effet de rattrapage du Service Public Hospitalier sur le secteur privé semble se heurter à un phénomène, bien connu des économistes, de « courbe d'apprentissage » : il existe toujours un décalage temporel entre l'apparition d'une innovation et son appropriation par les agents économiques. Les « agents pionniers » dans l'utilisation de cette innovation bénéficient d'une avancée considérable, voire d'un gain irréversible, sur les agents « suiveurs ».

L'analyse du développement de la chirurgie ambulatoire dans la région Midi-Pyrénées se prête à l'analyse. En effet, les établissements privés se sont portés vers ce mode de prise en charge plus rapidement que le secteur public, en majorité lors de la procédure de reconnaissance de l'existant (réforme hospitalière de 1991) qui n'exigeait pas la conversion concomitante de lits d'hospitalisation complète. Au contraire, les autorisations acquises par le secteur public sont beaucoup plus récentes, ce qui explique que 30% seulement d'entre elles ont été mises en œuvre.

Par ailleurs, le déséquilibre ainsi constaté est susceptible d'évoluer en raison de l'intérêt croissant que les établissements publics portent à ce mode de prise en charge. Il convient ainsi de souligner le poids du Centre Universitaire de Toulouse en matière de places de chirurgie ambulatoire au sein de la région : seule structure publique sur l'agglomération toulousaine, il concentre en effet près de 40% des places autorisées de chirurgie ambulatoire sur la commune de Toulouse ; au niveau régional, il représente 18% de ces places.

Enfin, l'analyse de l'activité réelle de chirurgie ambulatoire permet également de relativiser la prédominance du secteur privé : sur la totalité des actes réalisés en chirurgie ambulatoire,

44% seulement sont des actes de chirurgie réellement substitutive, les autres concernant essentiellement des actes diagnostiques.

C/ Des structures de petite taille

Les places de chirurgie ambulatoire se concentrent dans des structures de petite taille essentiellement : 45% des établissements détiennent entre 2 et 5 places, totalisant 47 places (14% des autorisations).

Tableau n°6 : répartition des structures de chirurgie ambulatoire selon le nombre de places

De 2 à 5 places	18 structures
De 5 à 10 places	13 structures
De 10 à 19 places	5 structures
20 places et plus	4 structures

Source : rapport du groupe de travail ARH « chirurgie anesthésie ambulatoire » février 1999.

Cependant, le critère de la taille est fortement évolutif : 35% de l'ensemble des places autorisées sont concentrées sur 4 établissements de 20 places ou plus, implantées à Toulouse ou son agglomération. Il s'agit des trois plus importantes cliniques de l'agglomération (Saint Jean de Languedoc, Les Cèdres et L'Union totalisent 68 places) et du CHU de Toulouse (47 places autorisées).

CHAPITRE 2 : UN DÉVELOPPEMENT SOUS CONTRAINTE

La région Midi-Pyrénées n'échappe pas au constat d'un développement tardif, limité et inégal de la chirurgie ambulatoire. Cette alternative suscite néanmoins un intérêt croissant pour une structure publique tel que le CHU de Toulouse. L'activité de chirurgie de très courte durée existe au sein du CHU, mais l'existence de nombreux obstacles n'avait pas permis jusqu'à maintenant de constituer une organisation spécifique, répondant ainsi aux exigences de fonctionnement technique posées par le décret de 1992. Un tel paradoxe explique la situation de non conformité des structures de chirurgie ambulatoire. Comme l'illustre l'exemple du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, la chirurgie ambulatoire s'est développée de manière relativement « contrainte » en France.

SECTION 1 : L'état des lieux : exemple du C.H.U. de Toulouse

Seule structure publique d'offre de soins sur l'agglomération toulousaine, le CHU de Toulouse est également l'un des rares hôpitaux de la région à avoir développé une activité de chirurgie de très courte durée, sans avoir cependant constitué une organisation spécifique et entièrement dédiée à la chirurgie ambulatoire.

Or, l'analyse de la pratique de la chirurgie ambulatoire dans chacun des services concernés a fait apparaître de nombreux dysfonctionnements qui sont autant de facteurs de non conformité au regard de la réglementation.

§ 1 - Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire

A/ Au niveau régional : les spécialités concernées par le potentiel ambulatoire

Une étude effectuée en mars 1999 et menée par un groupe de travail sous l'égide de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de Midi-Pyrénées a mis au jour une liste des séjours comportant un acte de type ambulatoire déclinés par spécialités.

1 - méthodologie retenue

Afin d'appréhender le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire au sein des structures existantes, il fut décidé de recueillir les informations à partir des seules données communes (le PMSI) et d'utiliser le Catalogue Des Actes Médicaux (CDAM) comme instrument de classification.

Un groupe composé de praticiens exerçant dans divers établissements, soit une vingtaine d'experts, a donc été chargé, par concertation écrite, de sélectionner puis de valider les actes réalisables en ambulatoire dans leur spécialité. Dix spécialités ont été prises en compte, représentées pour chacune d'entre elles par des professeurs d'université, coordonnateurs de diplômes d'études spécialisées et praticiens de secteur libéral et /ou public. Ces spécialités sont la chirurgie vasculaire, traumatologique et orthopédique, urologique, ophtalmologique, l'O.R.L., la stomatologie, la gynécologie obstétrique, la pneumologie, la gastro-entérologie et l'anesthésie réanimation.

2 - résultats

Les séjours avec un acte « *de type ambulatoire* » représentent 49% de l'activité toutes disciplines confondues des établissements. Ils correspondent à un tiers de l'activité globale Médecine-Chirurgie-Obstétrique des établissements publics.

51% des séjours comportant un acte « *de type ambulatoire* » ont une durée inférieure à trois jours. Ce pourcentage est de 40 pour le secteur public.

Seuls 24,9% des séjours comportant un acte « *de type ambulatoire* » sont déclarés en C.M.24 (date d'entrée = date de sortie). Ce pourcentage est de 14,8 dans le secteur public.

Cette proportion est à rapprocher de la chirurgie ambulatoire réellement substitutive mesurée dans les Groupes Homogènes de Malades chirurgicaux de la CM 24 qui ressort à :

- * 16,1% tous établissements confondus ;
- * et à 11% pour les établissements publics.

Le développement possible des prises en charge en ambulatoire actuellement enregistrées en C.M.24 se situe dans une fourchette de progression de +32% à +71% pour l'ensemble de la région. La part des séjours en chirurgie-anesthésie ambulatoire pourrait atteindre 33 à 43% du total de la chirurgie. Le secteur public représente un quart de l'activité régionale.

Pour le secteur public, le potentiel de développement se situe dans une fourchette de progression de +53 à +109% des séjours actuellement déclarés en C.M.24. Ce potentiel représente 57 à 76% des séjours d'une durée inférieure à 3 jours. Au total, la part des séjours en chirurgie ambulatoire pourrait atteindre 23 à 31% du total de la chirurgie publique.

3 - sur l'ensemble de la région, la « spécialité » la plus fréquente est la gastro-entérologie

Cette spécialité comprend une grande part d'actes d'explorations nécessitant une anesthésie ambulatoire et qui ne sont pas substitutifs d'une activité d'hospitalisation complète. En gastro-entérologie, entre 31 et 33% des patients peuvent éventuellement relever d'une prise en charge en ambulatoire.

Les spécialités les plus fréquentes qui viennent ensuite, permettant de structurer une offre ambulatoire :

- l'ophtalmologie, entre 12 et 15%, tous établissements confondus ;
- la gynécologie obstétrique, entre 12 et 13% ;
- l'orthopédie-traumatologie, entre 7 et 12%.

Les spécialités « gynécologie-obstétrique » et « orthopédie-traumatologie » sont les plus concernées par le développement de l'ambulatoire dans le secteur public ; l'absence de certains spécialistes en ophtalmologie et en ORL dans de nombreux centres hospitaliers explique ces variations.

B/ Au niveau du CHU : activité réalisée et activité réalisable

En 1999, une étude réalisée par le service de l'informatique médicale du CHU de Toulouse a permis de mesurer l'activité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires et son potentiel de développement en utilisant une liste d'actes établie initialement au Québec puis validée par vingt-trois chirurgiens et médecins de l'établissement. Une liste de 454 actes pouvant être réalisés en ambulatoire au CHU a été ainsi établie.

*1 - constitution de la base de données*⁵

Les séjours correspondant aux codes de ces actes ont été extraits de la base de données du PMSI, puis « apurés » en fonction de la présence de certains facteurs associés : l'état clinique du patient, une situation contrevenant à la notion de programmation (urgence par exemple) ;... . Certains séjours ont été ainsi écartés de l'analyse :

- les séjours correspondant à des GHM avec complications et morbidités associées ou à des complications et morbidités associées sévères ;
- les séjours comportant un passage initial aux urgences ;
- les séjours de plus de trois jours, ces prises en charge ne pouvant probablement pas être converties en ambulatoire.

Au total, 12 395 séjours ont été retenus, affectés dans 245 GHM.

Enfin, le dispositif mis en place a traité des informations telles que les caractéristiques du patient, les données médicales et les données médico-économiques (GHM avant et après).

2 - résultats obtenus

Les actes qui sont déjà réalisés en moins de 24 heures représentent 33% des séjours extraits de la base. Ces séjours ambulatoires se répartissent dans 53 GHM, mais 5 GHM représentent plus de 58% du total.

⁵ Cette méthode peut être rapprochée de la méthodologie retenue par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) dans le cadre du logiciel « Ambu V1.0 ».

Sur les 4 084 séjours ambulatoires, 2 766 appartiennent à la série des GHM 7xx, qui sont reconnus comme chirurgicaux par le PMSI. Les autres relèvent de l'anesthésie ambulatoire. Pour 99% de ces séjours, le mode d'entrée et le mode de sortie sont le domicile.

Les actes déjà réalisés en ambulatoire concernent plus largement les patients de sexe féminin, les sujets jeunes, originaires de Midi-Pyrénées et plus particulièrement du département de la Haute-Garonne. Une chute considérable de l'activité ambulatoire est observée pendant les mois de juillet et août, avec un effet de report partiel sur le mois de septembre. Les séjours « ambulatoire actuel » font apparaître un diagnostic associé pour un tiers d'entre eux, et deux actes classants ou plus pour un cinquième.

tableau n°7 : caractéristiques des séjours ambulatoires actuels et ambulatoires potentiels

		Ambulatoire « actuel »	Ambulatoire « potentiel »	Effectif	Degré de signification (p)
Sexe	Féminin	35,6 %	64,4 %	6 473	<10-4
	Masculin	30,1 %	69,9 %	5 922	
Age	0 à 15 ans	37,3 %	62,7 %	1 703	<10-4
	16 à 34 ans	35,3 %	64,7 %	2 920	
	35 à 64 ans	33,9 %	66,1 %	5 063	
	65 ans et +	25,8 %	74,2 %	2 709	
Régions	Midi-Py.	33,3 %	66,7 %	10 923	<0,11
	Languedoc	29,6 %	70,4 %	804	
	Aquitaine	31,4 %	68,6 %	379	
	Autres	30,1 %	69,9 %	289	
Départs	Hte-Garonne	37,3 %	62,7 %	7 420	<10-4
	Limitrophes	27 %	73 %	3 343	
	Autres	25,1 %	74,9 %	1 632	
Diagn. associé	Aucun	64,4 %	71,9 %	8 606	
	Un ou plus	35,6 %	28,9 %	3 789	
Acte classant	Unique	80,7 %	63 %	8 532	
	Deux ou plus	19,3 %	37 %	3 863	
Total		29,0 %	71,0 %	12 395	

Source : Direction de l'Informatique Médicale, 1999, « Analyse du potentiel ambulatoire au CHU de Toulouse ».

4 - détail par discipline médico-chirurgicale

Le détail par discipline médico-chirurgicale concernée permet de constater que la part de la prise en charge ambulatoire varie de 1 à 6 selon les disciplines. Les taux élevés observés en hépato-gastro-entérologie sont liés aux examens endoscopiques réalisés avec anesthésie et à l'existence d'une structure dédiée à l'activité ambulatoire. De même, en gynécologie-obstétrique, où l'on retrouve également les interventions non plastiques sur le sein et les interruptions volontaires de grossesse. L'orthopédie et l'andrologie ne disposaient de structures dédiées à l'activité de chirurgie ambulatoire que pour la chirurgie pédiatrique. En revanche, les autres secteurs à fort potentiel de développement (ophtalmologie, ORL, stomatologie, vasculaire) souffraient à l'époque d'un défaut de structure adaptée.

Tableau n°8 : pourcentage d'activité réalisée en ambulatoire selon la discipline chirurgicale

	Ambulatoire « actuel »	Ambulatoire « potentiel »	Effectif total
Hépatogastro-entérologie	58,9	41,1	1 665
Gynécologie-obstétrique	53,2	46,8	2 073
Andrologie	48,8	51,3	640
Hémato-cancérologie	35,0	65,0	117
Chirurgie plastique	30,3	69,7	406
Orthopédie	29,8	70,2	1 448
Neurologie	26,2	73,8	286
Ophtalmologie	21,4	78,6	1 993
Néphro-urologie	13,7	86,3	262
Cardiologie et vasculaire	13,0	87,0	1 757
ORL et stomatologie	10,9	89,1	1 326
Total	23,9	76,1	12 395

Source : DIM, 1999, « Analyse du potentiel ambulatoire au CHU de Toulouse ».

§ 2 - La non conformité des structures de chirurgie ambulatoire

Longtemps, au CHU de Toulouse, les rares services intéressés par la chirurgie ambulatoire ont demandé la création d'une ou deux places qui se sont trouvées intégrées aux services d'hospitalisation traditionnelle, sans structure bien identifiable. Dans ce cadre relativement « flou », quelques patients bénéficiaient ponctuellement d'une chirurgie en hospitalisation de jour. Cette situation correspondait par ailleurs davantage à un souhait personnel qu'à une volonté délibérée des praticiens de développer ce type d'approche des soins.

A/ L'absence d'individualisation

Les places de chirurgie ambulatoire sont longtemps restées disséminées au sein des services d'hospitalisation traditionnelle. Le cadre de cette prise en charge est resté relativement flou, les places elles-mêmes n'étant pas toujours clairement identifiées comme exclusivement dédiées à une prise en charge ambulatoire de certains patients devant subir un acte chirurgical.

L'unité de lieu, de temps et d'action n'était donc pas respectée : les circuits de prise en charge ambulatoire et ceux de prise en charge en hospitalisation complète restaient communs et les patients continuaient à être confondus au sein de la structure de soins.

Par conséquent, une confusion s'est progressivement installée :

- une pratique « clandestine » de la chirurgie ambulatoire a perduré dans le cadre de l'hospitalisation complète, engendrant un surcoût relativement important pour le patient/assuré social et une sous-utilisation des places autorisées.
- des actes relevant en toute rigueur de la chirurgie ambulatoire étaient réalisés dans le cadre d'une consultation. Or, les contraintes imposées aux structures de consultation sont bien moins exigeantes que celles appliquées aux structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire. De plus, cette confusion a des effets négatifs en termes de valorisation de l'activité par le PMSI.

B/ Les autres manquements

Sans individualisation des structures, il est difficile de respecter les normes de personnels posées par les textes. Le personnel était donc généralement commun avec celui de l'hospitalisation classique, sans être précisément affecté aux patients ambulatoires présents dans le service.

Parmi les autres manquements, l'inexistence de documents obligatoires (règlement intérieur) et l'absence de procédure d'évaluation caractérisaient également la pratique de la chirurgie ambulatoire.

SECTION 2 : Facteurs explicatifs

Bien que suscitant un intérêt croissant, la chirurgie ambulatoire se heurte à un certain nombre de blocages qui entravent son développement. Cette situation connaît de multiples raisons : une sélection rigoureuse des patients, la définition d'une organisation spécifique irréprochable, des normes techniques contraignantes, une individualisation des installations entraînant des investissements importants, une coordination étroite avec la médecine de ville, un taux de conversion des lits jugé pénalisant... .

Mais ce sont surtout deux obstacles, propres au service public, qui contraignent le développement de la chirurgie ambulatoire.

D'une part, une structure de chirurgie ambulatoire place le patient au cœur d'une organisation pluridisciplinaire ; or, cette organisation est peu répandue dans le secteur public très cloisonné.

D'autre part, la valorisation de l'activité ambulatoire en points I.S.A. est largement inférieure à celle enregistrée en chirurgie complète, ce qui pénalise l'hôpital au moment de l'allocation du budget.

§ 1 – L'inadaptation du financement de la chirurgie ambulatoire

A/ Le budget global, frein à l'essor de la chirurgie ambulatoire

Dans le cadre du système de financement par dotation globale ⁶, une activité supplémentaire au sein de l'hôpital public ne se traduit pas par l'octroi de crédits supplémentaires pour y faire face, sauf si des dotations complémentaires sont expressément prévues au titre du financement d'actions prioritaires ou spécifiques.

⁶ Les économistes utiliseraient davantage l'expression de « budget contraint à prix fixes »... .

Par conséquent, dans une enveloppe budgétaire globale fixe, le développement d'une activité nouvelle ne peut se faire qu'au détriment d'une autre activité et par transfert de moyens, essentiellement en personnels. Toute activité nouvelle ne peut donc apparaître que par restructuration interne de services de l'hôpital. Le taux de change relatif à la création de places de chirurgie ambulatoire va dans le sens d'une restructuration de ce type.

Cependant, les opérations de transfert d'activité et de moyens sont toujours risquées. La substitution peut ne pas réussir : l'activité nouvelle peut en effet finir par se surajouter à l'activité ancienne qui finalement subsistera. Par ailleurs, le principe de fongibilité des enveloppes budgétaires publiques et privées ne s'applique pas dans les faits : au sein d'une région les deux enveloppes restent indépendantes, les transferts de ressources sont donc impossibles même si l'hôpital devait gagner des parts de marché en chirurgie ambulatoire au détriment du secteur privé.

B/ Une valorisation inadéquate au sein du PMSI

1 - exposé du problème

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) qui sert de base à l'allocation des ressources aux établissements publics de santé depuis 1985 et aux établissements privés participant au service public depuis 1990 valorise mal la chirurgie ambulatoire.

Les résumés de sorties standardisés (RSS) relatifs aux prises en charge en ambulatoire font l'objet d'une valorisation moindre en points ISA (indice synthétique d'activité) que les séjours en hospitalisation complète. Ainsi, l'avant-dernière classification du PMSI valorisait le Groupe Homogène de Malades (GHM) 51 « *interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie* » à hauteur de 879 points ISA contre seulement 311 points ISA pour le GHM « *ambulatoire avec acte opératoire des opérations de l'œil* ».

2 - conséquences

Cette sous valorisation pose un véritable problème dans la mesure où le budget des établissements est calculé partiellement au regard de leur activité mesurée en points ISA. Les acteurs concernés sont alors tentés de garder artificiellement leurs patients pour la nuit. La dernière version de la classification GHM permet cependant une meilleure description de l'activité ambulatoire : au sein de la CM 24, ont été isolés les groupes d'actes correspondant à une pratique ambulatoire fréquente.

§ 2 - La chirurgie ambulatoire, un marché de soins imparfait

Le retard de la France en matière de chirurgie ambulatoire s'explique à la fois par la présence de freins aussi nombreux du côté de la demande que du côté de l'offre. S'agissant d'une problématique relevant de l'économie de la santé, il paraît logique de commencer par l'examen des difficultés affectant l'offre de chirurgie ambulatoire : sur le marché des biens et services de soins, l'apparition d'une nouvelle capacité d'offre génère une demande qui ne se serait probablement pas manifestée sans cela (« *principe de la demande induite* »).

A/ Une offre peu développée

La chirurgie ambulatoire suppose un profond changement organisationnel et culturel auxquels ni les praticiens hospitaliers ni les soignants ne sont préparés. Plus généralement, c'est le mode de fonctionnement de l'hôpital public lui-même qui constitue un obstacle au développement de cette pratique.

1 - des implications organisationnelles mal ressenties

L'obligation de respecter le « *taux de conversion* » de lits en places est assimilé à un véritable « traumatisme » parmi les personnels.

La chirurgie ambulatoire est partie intégrante des alternatives à l'hospitalisation. Elle doit donc être considérée comme « substitutive » : l'ouverture de places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires est conditionnée à la fermeture d'un nombre de lits largement supérieur. Un taux de conversion fixe au niveau national ce « change » création de places / fermeture de lits.

Or, l'hôpital public reste encore largement pensé et organisé à partir de la notion fondamentale de « lits ». Par exemple, le dénombrement des lits est encore le moyen le plus utilisé pour évaluer la taille d'un établissement à une époque où la qualité et l'étendue du plateau technique sont pourtant devenus essentiels. De même, l'importance d'un service se mesure souvent en nombre de lits. Un patient hébergé rassure et justifie le service hospitalier conventionnel. La suppression de lits reste toujours synonyme de perte de pouvoir pour les chefs de service. Cette mesure de conversion, mal vécue par le monde hospitalier, constitue par conséquent un obstacle au développement de la chirurgie ambulatoire.

En outre, et face au *problème du dégagement des urgences*, l'introduction des alternatives à l'hospitalisation revêt une image relativement négative. Ces alternatives sont en effet perçues par le personnel médical et soignant comme stériles, voire contre-productives dans la mesure où elles diminuent le nombre de lits susceptibles de dégager les Services d'Accueil des Urgences sans proposer d'autres solutions aux difficultés de placement des malades après leur passage dans les SAU.

Finalement, la chirurgie ambulatoire se heurte à la sacralisation du lit et peut aller parfois à l'encontre des nécessités de fonctionnement des hôpitaux publics.

Plus généralement, *le mode de fonctionnement de l'hôpital public* n'est pas favorable à une organisation pluridisciplinaire, pourtant indispensable à la pratique de la chirurgie ambulatoire.

L'obstacle majeur au développement de cette pratique dans le secteur public réside dans la logique d'organisation de l'hôpital par services. Cette logique a abouti à une véritable balkanisation dès les années 1970 : la multiplication des unités a fait progressivement de l'hôpital un système complexe, relativement peu lisible et caractérisé par une juxtaposition de fonctions qui s'ignorent délibérément. La segmentation des professions a par conséquent engendré la constitution de « castes » au sein de l'hôpital et la parcellisation des tâches constitue un véritable obstacle à la mobilité des personnels et à leur compréhension réciproque. L'absence de fonds culturel commun, le cloisonnement des professions et la séparation verticale des tâches sont autant de facteurs explicatifs de l'ignorance réciproque entre les diverses catégories de personnels – ignorance qui trouve sa traduction dans un certain mépris à l'égard de fonctions considérées comme « subalternes ».

Or, la chirurgie ambulatoire impose de remettre en cause cette logique puisqu'elle exige une collaboration entre les spécialités, nécessite des relations transversales et suppose une démarche organisationnelle transversale fédérant l'ensemble des acteurs concernés. Un rapport relatif à « la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public », réalisé à l'initiative de la Fédération Hospitalière de France et publié en octobre 2000, souligne ainsi que « *la chirurgie ambulatoire est (...) un facteur de décroisonnement des services (...). L'ensemble des autorités sanitaires et hospitalières doit maintenant étendre et amplifier les mesures incitatives au développement de cette activité au sein du secteur public* ». ⁷

⁷ Rapport sur la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public. *Le déclin de la chirurgie publique est-il irréversible ?* Groupe de travail animé par le docteur G. Renou.

2 - une formation inadaptée

Le personnel médical n'apparaît pas comme réellement demandeur, n'ayant aucune motivation à développer la chirurgie ambulatoire : perte de lits, abandon de prestige aux médecins anesthésistes, perte de contrôle et d'influence sur les équipes paramédicales,...

L'inadéquation de la formation aux nécessités du contexte ambulatoire renforce les résistances des praticiens et accroît les réticences des médecins traitants, amenés à assumer une surveillance postopératoire et très souvent désarmés pour le traitement de la douleur. Ainsi, le suivi postopératoire d'un patient ayant subi une intervention chirurgicale en ambulatoire constitue pour le médecin traitant une lourde responsabilité à assumer. Il suppose en effet une disponibilité plus importante, des réponses à des appels d'urgence le jour ou la nuit. En particulier, les complications immédiates risquent fortement d'être en relation directe avec l'anesthésie (ce qui n'est pas le cas après une hospitalisation). Il est donc important que le médecin de ville soit informé du type d'anesthésie subie par son patient.

Cependant, actuellement, les médecins généralistes n'ont pas de formations aux techniques anesthésiques et il est rarement établi de compte-rendu anesthésique transmis au patient après sa sortie. Finalement, un tel suivi pose le problème de partage de responsabilités entre le médecin traitant et l'équipe chirurgicale et la nécessité d'une communication optimale entre les deux producteurs de soins que sont la médecine de ville et la médecine hospitalière.

B/ Une demande peu exploitée

1 - asymétrie et défaut d'information

Dans sa grande majorité, le public ignore la possibilité de cette pratique. Par rapport à certains pays, peu d'efforts sont réalisés pour inciter les patients à choisir une alternative plutôt qu'un mode de prise en charge traditionnel : il n'existe pas d'approche marketing (contrairement aux pays anglo-saxons), la presse se fait peu l'écho de cette nouvelle modalité de prise en charge et la nécessaire banalisation de l'acte qu'elle entraîne est un obstacle non négligeable à la médiatisation de la chirurgie ambulatoire.

2 - comportements non rationnels

Les patients peuvent ressentir une certaine méfiance par rapport à la chirurgie ambulatoire. Cette résistance psychologique de nature culturelle peut constituer un véritable frein. La

fermeture le soir et en fin de semaine des services de chirurgie ambulatoire, l'idée de se retrouver seul chez soi en cas de complications, l'absence de surveillance médicale ou paramédicale 24 heures sur 24 ou encore le risque d'une hospitalisation imprévue sont les principaux éléments à l'origine de l'angoisse des patients. Plus généralement, la prise en charge en ambulatoire n'est pas conseillée à un malade qui souhaite être totalement dirigé par le système de soins et qui craint de ne pouvoir assumer seul les consignes postopératoires.

3 - courbe de préférence et dynamique institutionnelle

L'analyse micro-économique des préférences de certains patients peut mettre au jour le souci de récupérer un « retour sur investissement », mais cette volonté ne traduit en réalité qu'un comportement d'épargne myope : certains patients / cotisants ne comprendraient pas ne pas pouvoir recouvrer une partie de leurs cotisations en ne bénéficiant plus d'une hospitalisation traditionnelle.

Ce comportement est qualifié de « myope » car le raisonnement de ces patients reste fondé sur la seule prise en compte de leur revenu courant et de leurs cotisations à un instant t_0 , sans aucune prise en considération de l'évolution de leur revenu permanent. Un tel comportement est par ailleurs contraire au principe de non affectation des ressources issues des cotisations de sécurité sociale.

Dans un contexte de consumérisme médical, le risque existe cependant de voir se multiplier de tels comportements, partiellement entretenus en outre par quelques dysfonctionnements institutionnels : certaines mutuelles persistent par exemple à exiger une nuit d'hospitalisation pour assurer le remboursement des prestations à leurs adhérents. Une telle dynamique engendre nécessairement des situations d'abus de biens publics, lesquelles sont préjudiciables à l'essor de la chirurgie ambulatoire ⁸.

⁸ De telles situations dépassent par ailleurs le seul cadre de la chirurgie ambulatoire et rejoignent d'autres thématiques telle que l'évolution du taux d'occupation par exemple.

DEUXIEME PARTIE : SUSCITE PAR LES NOUVEAUX ENJEUX DU SYSTEME HOSPITALIER FRANÇAIS, LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHU DE TOULOUSE DOIT DESORMAIS S'INSCRIRE DANS LE CADRE D'UNE ORIENTATION STRATEGIQUE

TITRE I : UNE OPPORTUNITE POUR RELEVER DES DEFIS MAJEURS

Le développement de la chirurgie ambulatoire peut devenir une opportunité pour l'hôpital public de répondre aux principaux enjeux auxquels il est actuellement confronté : la nécessaire recomposition du tissu hospitalier, l'intégration dans des réseaux, la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, Cette nouvelle modalité de prise en charge peut en effet être conçue comme un moyen pour l'hôpital public de relever le défi de sa modernisation. L'exemple du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse illustre cette opportunité.

CHAPITRE 1 : DE L'IMPÉRATIF DES RESTRUCTURATIONS A LA RÉMANENCE DE LA NOTION DE RÉSEAU

SECTION 1 : Chirurgie ambulatoire et restructurations

L'objectif de diminution globale des coûts de santé imposé depuis plusieurs années par la situation financière dans laquelle se trouve le système de santé français place les professionnels de santé publique face à des enjeux de recomposition du paysage sanitaire. Si de nombreuses incertitudes persistent sur l'impact réel du développement de la chirurgie ambulatoire sur la maîtrise des dépenses de santé, cette alternative permet cependant de répondre à deux exigences fortes en termes de restructurations : la réduction du nombre de lits d'une part, et la diminution des dépenses de personnels d'autre part. Le respect d'un « taux de change » (transformation de lits en places) conditionne la réalisation de telles restructurations : la chirurgie ambulatoire n'a de réel fondement que si elle se substitue à la chirurgie traditionnelle.

D'autres opportunités renforcent par ailleurs l'intérêt de la chirurgie ambulatoire pour un Centre Hospitalier Universitaire, faute pour celui-ci de posséder les solutions les plus adaptées pour remédier au déclin de la chirurgie publique ou pour concentrer ses ressources sur la seule mission de recours : dans cette perspective, la chirurgie ambulatoire apparaît alors seulement comme un optimum de second rang.

§ 1 - La chirurgie ambulatoire peut contribuer à optimiser le système hospitalier

A/ Le principe

1 - optimiser les capacités en lits

Le système hospitalier français souffre notamment de surcapacités en lits. A titre de comparaison, il existe en Angleterre deux fois moins de lits hospitaliers qu'en France, pour une population égale à la nôtre. La proportion du nombre de médecins par habitant suit d'ailleurs les mêmes ordres de grandeur. Au final, le système de santé anglais est tout autant efficace que le système français, voire plus performant, comme le montre la plupart des indicateurs de santé. Or, parce qu'il rationalise nettement plus l'offre de soins, le *National Health System* (NHS) est beaucoup moins coûteux que notre système : les Anglais ne dépensent que 7% de leur Produit Intérieur Brut pour leur santé alors que ces dépenses en France atteignent près de 10% du Produit National, celui-ci étant sensiblement identique au PIB anglais. La différence de coût entre les deux systèmes est très importante.

Depuis quelques années, le gouvernement français a décidé de réagir en incitant les établissements de santé à réduire leur nombre de lits. Les hôpitaux publics sont les premiers visés, étant donné l'excédent de lits dont ils font manifestement preuve. Ainsi, le décret n°97-703 du 29 mai 1997 relatif au retrait de certaines autorisations accordées aux établissements de santé a fixé des objectifs précis en matière de capacités des hôpitaux français. Les capacités des services de chirurgie sont évidemment concernées. Le texte fixe ainsi un taux d'occupation de référence de 60% en moyenne pendant trois années civiles en ce qui concerne l'hospitalisation complète de l'ensemble des services de soins. Chaque année, l'ARH calcule pour chaque établissement de santé le taux d'occupation des lits pour chacune des disciplines concernées. Lorsque le taux d'occupation est inférieur à 60%, le directeur de l'ARH peut faire procéder sur pièces et sur place à une enquête médicale et administrative. Cette enquête comporte l'analyse de l'activité de la structure en cause en tenant compte notamment des caractéristiques des patients qui sont hospitalisés, des spécialités et éventuellement de la nature des activités de soins qui y sont exercées, des données du PMSI, ainsi que d'éventuelles interruptions de fonctionnement. A la suite de cette enquête, la commission exécutive de l'ARH peut éventuellement retirer totalement ou partiellement l'autorisation des lits en cause.

Face à ces contraintes, la chirurgie ambulatoire peut apparaître comme une opportunité de supprimer les lits sous-occupés dans les hôpitaux publics. Les surcapacités sont surtout

relevées pour les services de chirurgie, dont le taux d'occupation se situe très souvent en dessous du seuil de 60% fixé par les textes.

Il est vrai toutefois que l'analyse de cette situation doit être différenciée selon les établissements publics : pour le CHU de Toulouse, le taux d'occupation moyen en chirurgie est de 81%. L'idée d'une sous-occupation des lits de chirurgie doit donc être relativisée pour cet établissement.

De fait, l'objectif d'un accroissement de l'activité de chirurgie ambulatoire en vue de rationaliser la gestion des lits de chirurgie perd de sa portée ; il retrouve cependant un intérêt en matière de management du personnel.

2 - optimiser la gestion des ressources humaines

Les dépenses de personnels représentent en moyenne près de 70% du budget d'un hôpital. La chirurgie ambulatoire peut se révéler comme un outil de rationalisation des ressources humaines.

Parce qu'elle permet une autre organisation des soins, la chirurgie ambulatoire donne à l'hôpital public l'opportunité de renouveler sa gestion des ressources humaines et de procéder aux restructurations nécessaires à la réduction des dépenses de personnels.

La chirurgie ambulatoire permet tout d'abord une organisation du temps de travail plus satisfaisante, sans services de nuit ou de week-end : soit 12 heures par jour et cinq jours sur sept⁹. Le programme opératoire connu une semaine à l'avance autorise une meilleure gestion prévisionnelle du personnel du bloc opératoire.

Le rôle des personnels de consultation est par ailleurs revitalisé, le contact avec le patient est plus humain et les soins davantage personnalisés ; cette valorisation de la relation directe avec le patient est essentielle à l'hôpital public en général, et dans un Centre Hospitalier Universitaire en particulier, dans la mesure où les malades hospitalisés pour des opérations relevant de la « petite chirurgie » sont souvent relativement négligés par le personnel paramédical, lequel a tendance à s'occuper davantage des patients dont la santé est plus gravement affectée.

⁹ L'Unité de Chirurgie Ambulatoire ouverte le 10 septembre au CHU de Toulouse fonctionne ainsi du lundi au vendredi, de 7 heures à 19 heures.

B/ La condition

La contribution de la chirurgie ambulatoire à l'optimisation du système hospitalier est conditionnée par une exigence forte : cette activité doit être réellement substitutive. L'essor de cette alternative doit donc se traduire par la transformation de lits d'hospitalisation traditionnelle en places de chirurgie ambulatoire.

Comme le prévoit le décret du 31 mai 1999, il s'agit d'une condition indispensable pour toute demande d'ouverture de places en chirurgie ambulatoire : toute transformation devra s'accompagner d'un engagement portant sur l'évolution des volumes respectifs d'activité des deux types de structures hospitalières. Si cet engagement n'est pas respecté, lors du renouvellement de l'autorisation, il sera procédé à une réduction supplémentaire du nombre de lits « classiques ». L'arrêté du 31 mai qui complète le décret précise que le respect de l'engagement est apprécié à partir d'un indicateur « constitué par le rapport entre le nombre de séjours correspondant à une activité de chirurgie ambulatoire alternative à l'hospitalisation complète (numérateur) réalisés dans des places autorisées en anesthésie ou chirurgie ambulatoires d'une part, et le nombre total de séjours réalisés dans ces places (dénominateur) d'autre part ». Lorsque l'établissement s'engage sur une valeur de l'indicateur supérieure à 40%, une réduction de 2 lits par place créée est opérée. Cette réduction n'est plus que de 1,5 lit si l'engagement est supérieur à 50% et de 1 lit pour un engagement supérieur à 55%. L'établissement de santé est tenu d'informer l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) sur le suivi de cet indicateur, celle-ci disposant de mesures de contrôle du respect de l'engagement.

Ce dispositif vise ainsi à concilier la politique de développement de la chirurgie ambulatoire et la politique de maîtrise des dépenses hospitalières.

Cependant, si elle est obligatoire, la condition tenant au respect du taux de change est également relativement pénalisante pour les établissements dynamiques : le mécanisme est en effet contraignant pour des structures qui utilisent au mieux leurs capacités d'hospitalisation et qui sont dans l'impossibilité de fermer des lits pour les transformer en places.

§ 2 - la chirurgie ambulatoire, optimum de second rang pour un CHU

Par « optimum de second rang », l'analyse économique entend décrire une situation non strictement optimale mais efficiente par défaut. La chirurgie ambulatoire apparaît nettement comme un optimum de second rang à l'hôpital public, surtout pour un CHU : le développement de cette pratique suscite un intérêt certain dans la mesure où les solutions

adaptées à un problème récurrent (en l'occurrence, la fin progressive de la chirurgie à l'hôpital) n'ont pas encore été prises.

A/ La chirurgie ambulatoire peut-elle sauver la chirurgie publique ?

Hier activité traditionnelle et reconnue du secteur public, la chirurgie semble progressivement « quitter » les murs de l'hôpital pour se développer plus largement dans le cadre du secteur privé. De 1981 à 1993, le nombre d'entrées en chirurgie enregistrées dans le secteur privé a progressé chaque année en moyenne de 6,53% alors que cette évolution se limitait pour la même période à un symbolique taux de +0,78% annuel dans le secteur public.

Or, l'ensemble des missions de service public qui incombent à l'hôpital exigent le maintien et le développement d'une activité de chirurgie multidisciplinaire et performante sous toutes ses formes, qu'il s'agisse d'hospitalisation complète ou d'hospitalisation de jour. Le développement de la chirurgie ambulatoire, par les implications organisationnelles qu'il implique, peut contribuer au maintien d'une telle activité.

1 - le CHU de Toulouse est fortement concurrencé sur le créneau chirurgical

L'examen de la répartition des parts de marché au sein de la région Midi-Pyrénées laisse apparaître une forte concurrence, voire une prédominance des établissements privés à but lucratif sur les disciplines chirurgicales. Seule structure publique d'offre de soins sur l'agglomération toulousaine, le CHU représente ainsi près de 40% des parts de marché en chirurgie ; les huit cliniques privées effectuant des actes de chirurgie concentrent 60% de ces parts de marché. Ce dernier chiffre est plus important encore si l'on intègre dans les calculs des parts de marché l'activité réalisée par la clinique « Les Cèdres », dont la capacité en lits fait de cet établissement privé à but lucratif la première clinique ... en Europe !

L'analyse de cette répartition serait incomplète sans une étude qualitative des actes effectués dans chacune des structures de soins.

Le CHU est le seul établissement à proposer, sur un bassin de population de 800 000 habitants, un pôle des Urgences fondé sur deux Services d'Accueil des Urgences (SAU) localisés dans les deux sites les plus importants du CHU. Or, la chirurgie d'urgence exige le maximum de compétences et une gamme complète de spécialités pour faire face à la complexité et à la gravité des pathologies observées. La prise en charge des urgences chirurgicales est logiquement coûteuse et difficile à organiser. L'imprévu y règne et la disponibilité y est une exigence permanente.

En outre, la lourdeur des actes de chirurgie est plus importante au CHU que dans les établissements privés de l'agglomération ¹⁰. Ce constat vaut pour l'ensemble de la chirurgie, toutes spécialités confondues, à l'exception toutefois de la chirurgie cardiaque.

A l'inverse, les cliniques ont adopté une activité chirurgicale programmée, organisée et surtout valorisée. La fragmentation de la chirurgie s'effectue au détriment de l'hôpital public.

2 - le développement de la chirurgie ambulatoire peut contribuer à sauver la chirurgie publique

La chirurgie ambulatoire est une chirurgie multidisciplinaire et performante : son essor permet donc le maintien de diverses activités chirurgicales et, surtout, transforme la perception par le patient de l'acte chirurgical traditionnellement effectué en milieu hospitalier. Enfin, la chirurgie publique a tout à gagner à investir davantage le champ de la chirurgie programmable. Il s'agit incontestablement d'un facteur d'amélioration du recrutement des patients et d'un facteur d'amélioration de l'organisation des activités.

Son intérêt doit donc être parfaitement perçu par les établissements publics de santé : un développement tardif de cette alternative au sein du service public hospitalier ferait perdre à celui-ci un atout certain dans sa concurrence avec le secteur privé sur le « créneau » de la chirurgie. L'analyse de la répartition des parts de marché en chirurgie dans la région Midi-Pyrénées confirme cette hypothèse. En ce sens, la diffusion des pratiques de chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux publics est une condition fondamentale pour assurer à la discipline chirurgicale son caractère de « marché contestable ». La concentration de l'exercice chirurgical dans le secteur privé pose naturellement le problème du choix des patients. Le principe d'égalité des usagers disparaît si seuls ceux qui ont recours au secteur privé peuvent bénéficier d'une prise en charge chirurgicale, l'accès au secteur privé étant lui-même fonction du pouvoir monétaire des patients...¹¹.

Il est cependant nécessaire de relativiser l'impact du développement de la chirurgie ambulatoire sur la pérennité de la chirurgie à l'hôpital en rappelant que l'évolution de cette discipline dépend également d'autres facteurs : l'existence de statuts médicaux inadaptés et

¹⁰ Il est ainsi courant de dire que la clinique la plus importante d'Europe (clinique des Cèdres) a fortement investi le « marché » des opérations de la colonne vertébrale (hernies essentiellement). Or, un examen plus approfondi de l'activité de neurochirurgie en Midi-Pyrénées révèle l'excellence du CHU en craniotomie... .

¹¹ Ou comment le risque de disparition de la lettre C dans la traditionnelle expression « MCO » annonce une menace forte sur la pérennité du principe d'universalité du service public hospitalier à la française.

rigides, une réglementation qui freine l'innovation, un tissu hospitalier fortement hétérogène, mais aussi la difficile conciliation des missions de service public imposées aux seuls établissements publics de santé.

B/ Répondre à la mission de proximité

Développer la chirurgie ambulatoire peut également être perçu par un CHU comme une opportunité pour répondre au mieux à sa mission de proximité et pouvoir, par voie de conséquence, se positionner efficacement sur sa mission de recours. Tout CHU est en effet confronté à la difficile mais néanmoins nécessaire conciliation des deux missions qui lui sont confiées par les textes : une mission de recours (pôles spécialisés médico-chirurgicaux, réanimation, soins intensifs, plateau technique lourd) et une mission de proximité (urgences, secteur ambulatoire). Cette conciliation est indispensable au bon fonctionnement et à l'image d'un CHU. Il est relativement fréquent de constater que, dans une telle structure, des patients atteints de pathologies banales ou mineures (dont une partie est susceptible de relever de la chirurgie ambulatoire) sont parfois négligés au profit des patients souffrant des pathologies les plus lourdes. Mieux organiser la mission de proximité par une prise en charge adaptée, sur le mode de la chirurgie ambulatoire, permettrait de remédier à cette situation.

Or, l'une des particularités du CHU de Toulouse réside dans l'existence d'une très forte activité de proximité du fait de l'importance du bassin de population qu'il couvre (800 000 habitants) et de l'absence d'hôpitaux généraux de taille suffisante dans son environnement immédiat pour prendre en charge une part significative de cette activité. Pour le CHU de Toulouse, la création d'une véritable unité de chirurgie ambulatoire peut donc traduire la volonté de répondre à l'obligation de soins de proximité. Elle apparaît bien alors comme un optimum de second rang dans la mesure où la véritable solution à ce dilemme n'est pas prévue par la législation hospitalière actuelle : l'institution hospitalo-universitaire ne saurait en effet abandonner l'obligation réglementaire de soins de proximité au profit de la seule mission de recours....

SECTION 2 : Chirurgie ambulatoire et réseaux

La mise en place d'un véritable partenariat avec le secteur libéral est l'un des enjeux essentiels auxquels l'hôpital public doit aujourd'hui faire face. Ce partenariat doit aboutir à la création d'un véritable réseau ville-hôpital permettant une prise en charge globale et

continue du patient et, *de facto*, le repositionnement du médecin généraliste dans l'équipe de soins.

Or, la chirurgie ambulatoire est une nouvelle modalité de prise en charge qui ne modifie pas que l'environnement interne de l'hôpital. Elle engendre également une modification des liens entre l'établissement de santé et son environnement externe, notamment à l'égard de la médecine dite «de ville ». La problématique de la chirurgie ambulatoire s'inscrit donc pleinement dans la réflexion relative aux réseaux sanitaires, à la prise en charge médico-sociale des patients et à la place de la médecine de ville par rapport à l'hôpital public.

§ 1 - La chirurgie ambulatoire, ou comment concrétiser la notion de réseau

A/ Définitions et approche sanitaire du concept

« Ensemble de lignes ou d'éléments qui communiquent ou s'entrecroisent de façon plus ou moins complexe et régulière » selon le Larousse, le mot « réseau » vient de *rétis* (filet). Il s'agit d'un ensemble d'éléments ou de personnes reliés entre eux et communiquant en vue d'une action commune. Cette définition de base s'est considérablement enrichie : le mot a pris une certaine vogue dans les années soixante pour désigner toute forme d'organisation ou de coordination relationnelle souple et ouverte ; le terme a donc pris une acception plus large. Utilisé d'abord dans le génie civil et militaire au service de l'aménagement du territoire, il a gagné ensuite bien d'autres champs. On parle aujourd'hui de réseau pour ce que l'on nommait hier partenariat, réciprocité, coopération, échange, convention,... Ainsi, on parle de réseau pour les routes comme en informatique, mais aussi pour caractériser un lien informel ou formel entre des personnes, et, actuellement dans le monde sanitaire et social, les expériences de réseaux sont nombreuses.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 prévoit que « les établissements publics et privés assurant le service public hospitalier peuvent participer en collaboration avec les médecins traitants et avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation des soins coordonnés au domicile des malades ». Mais ce sont les ordonnances du 24 avril 1996 qui assurent la consécration juridique de la notion de réseaux de soins. L'article L. 6121-5 du Code de la Santé Publique dispose : « en vue de mieux répondre aux besoins de la population, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins ou à certaines pathologies. Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance

de soins de proximité et de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale ». La circulaire de mars 1998 concernant la préparation des SROS de deuxième génération insiste sur la nécessité d'harmoniser la médecine de ville et l'hôpital : les travaux menés dans les régions font ainsi une large part aux complémentarités ville / hôpital et aux réseaux de soins. L'exemple de la région Midi-Pyrénées illustre cette démarche : le SROS 1999 – 2004 encourage en effet la promotion de soins de proximité et de qualité par la mise en œuvre de réseaux régionaux de soins pour la prise en charge des urgences, de la périnatalité ou de la cancérologie.

B/ La fin de la frontière « établissement de soins / médecine de ville »

Nous avons déjà vu que la chirurgie ambulatoire exigeait une forte coopération entre le médecin généraliste et l'équipe hospitalière. Le médecin traitant doit en effet être informé de l'entrée de son patient en unité de jour. Connaissant le patient, le médecin généraliste peut apporter des renseignements sur le milieu social et/ou la personnalité du patient. Il contribue au recueil des informations nécessaires à la décision préopératoire. Il peut également donner son avis sur l'inclusion (ou non) en ambulatoire. Il est par ailleurs destinataire, le jour même de l'intervention, d'un compte-rendu opératoire nécessaire pour assurer un suivi postopératoire du patient. En effet, il organise le suivi du patient à son retour à domicile, assure la surveillance, prend les décisions requises et coordonne l'action des paramédicaux. Le médecin généraliste est ainsi associé à la mise au point préopératoire et au suivi postopératoire : la chirurgie ambulatoire offre au médecin traitant la possibilité d'assurer la continuité des soins du patient.

La chirurgie ambulatoire incite donc à une pratique de la médecine qui ignore la frontière entre l'établissement de soins et la médecine de ville. Elle dépasse l'organisation actuelle du système de santé, qui juxtapose des professionnels isolés, pour aboutir à des actions véritablement coordonnées et structurées sous la forme de réseaux : prise en charge globale du patient, continuité du service, orientation facile dans le système, disponibilité des divers prestataires de soins, décloisonnement sanitaire et social,...

Certaines cliniques privées de la région Midi-Pyrénées qui ont fortement investi le champ de la chirurgie ambulatoire ont ainsi choisi de constituer un véritable réseau avec des cabinets de médecins généralistes. C'est par exemple le cas de la Clinique de l'Union, qui effectue près de 50% des actes chirurgicaux en ambulatoire, et qui va même jusqu'à inviter le médecin traitant à assister à l'intervention s'il le souhaite.

Le CHU de Toulouse, qui a déjà fortement investi le champ des réseaux régionaux de soins, peut ainsi saisir l'opportunité du développement de la chirurgie ambulatoire pour s'engager dans un réel partenariat avec la médecine ambulatoire par la création d'un véritable réseau ville-hôpital.

§ 2 - Les limites de la réflexion : difficultés et incertitudes

Cependant, l'établissement de relations étroites entre les praticiens hospitaliers et les médecins de ville dans le but d'assurer un meilleur suivi des patients opérés en ambulatoire et une continuité des soins reste difficile à mettre en œuvre.

A/ Difficultés de mise en place

Deux types de difficultés peuvent être recensées :

1 - des obstacles culturels

Il existe des comportements de méfiance réciproque entre médecins de ville et équipe hospitalière. D'un côté, les praticiens préfèrent voir leurs patients en consultation postopératoire plutôt que d'instaurer une liaison avec le médecin traitant. De l'autre, les médecins généralistes se heurtent à deux difficultés : ils doivent concilier le principe d'indépendance et leur éventuelle intégration dans un réseau d'une part ; ils rencontrent un problème de lisibilité en matière de responsabilité médicale d'autre part. Ne recevant pas de formations spécifiques aux techniques anesthésiques, ils craignent d'être dans l'impossibilité d'assumer d'éventuelles complications postopératoires.

Le médecin généraliste reste avant tout attaché à la conception d'un exercice solitaire et individuel de la médecine, difficilement conciliable avec des pratiques collectives.

2 - une limite commune à l'ensemble des réseaux

L'absence de fongibilité des enveloppes, en confortant une situation de cloisonnement entre les acteurs de santé, rend difficile le financement des réseaux. La logique transversale des réseaux est en effet difficilement conciliable avec l'absence de fongibilité entre les différentes enveloppes financières. Cette situation pose des difficultés en termes de financement des structures de fonctionnement des réseaux associant établissements hospitaliers et médecins libéraux. Comment financer des équipements communs avec des sources différentes, ARH d'un côté, Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville de l'autre ?

Établissements de santé et professionnels libéraux obéissent à des logiques et à des arbitrages différents : l'établissement de santé doit opérer un choix entre, d'une part, le financement d'une partie du coût de fonctionnement des réseaux, sans assurance du retour sur investissement et, d'autre part, le financement de ses propres services, pourvoyeurs de points ISA. Les médecins libéraux, de leur côté, bénéficient du concours financier des établissements de santé tout en se défiant du risque « d'hospitalocentrisme ».

B/ Incertitudes relatives au coût indirect

La difficulté d'appréciation de l'intérêt économique du développement de la chirurgie ambulatoire porte principalement sur l'estimation des économies éventuellement réalisées sur les coûts indirects de cette prise en charge :

1 - plusieurs études démontrent l'existence d'économies potentielles sur les coûts indirects

Mieux adaptée au confort des patients, la chirurgie ambulatoire permettrait en effet de réaliser des économies sur les coûts indirects telles que la diminution des arrêts de travail et une meilleure productivité à la reprise du travail. Une étude du Docteur Foucher, spécialiste de la chirurgie de la main à Strasbourg, démontre que la chirurgie ambulatoire diminue la durée d'arrêt de travail. Celle-ci est de 23 jours en ambulatoire contre 34 jours dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.

2 - ces résultats sont infirmés par d'autres études

L'analyse de la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie (CPAM) de Lyon ¹² démontre par exemple que la durée de l'arrêt de travail apparaît similaire quel que soit le mode de prise en charge. Cette durée dépend étroitement de la discipline concernée.

Mais surtout, l'économie ne sera effective pour l'organisme payeur que si la surveillance et les soins postopératoires dispensés en ville après la sortie donnent lieu à une facture d'un montant inférieur à celle qui aurait résulté du prix du séjour dans l'établissement. Or, pour un établissement sous dotation globale, la prise en charge en ambulatoire constitue toujours un surcoût pour l'Assurance Maladie car des soins postopératoires préalablement inclus dans la

¹² « Chirurgie ambulatoire et chirurgie classique : évaluation médico-économique de 161 patients randomisés », étude de B. Fantino, 1996.

dotation globale sont désormais externalisés vers la ville et facturés en plus. La prise en charge en chirurgie ambulatoire induit un transfert de charges de l'intra-hospitalier vers l'extra-hospitalier. La surveillance et l'hébergement postopératoires étant externalisés, de nombreux recours au médecin traitant, aux laboratoires d'analyses et aux services paramédicaux lors du retour à domicile peuvent s'avérer fort coûteux.

Le coût potentiel de ces recours est double : d'une part, ils risquent de remettre en cause les économies dégagées à l'hôpital ; d'autre part, ils peuvent grever des dispositifs locaux de suivi de la chirurgie ambulatoire.

Ainsi, il ne paraît pas inconcevable de tester le suivi de la chirurgie ambulatoire dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Or, le CHU de Toulouse assume l'intégralité des dépenses de ce dispositif : l'adjonction de nouveaux recours aux équipes paramédicales, provoquée par l'essor de la chirurgie ambulatoire, ne pourrait que grever une situation déjà relativement fragile.

Par conséquent, le coût social final d'une prise en charge alternative, même confronté aux différents coûts directs, peut faire apparaître le partenariat ainsi créé comme un système générateur de dépenses relativement importantes. Un tel coût peut remettre en cause la constitution des réseaux initiés par le développement de la chirurgie ambulatoire.

CHAPITRE 2 : LE SOUCI DE LA CRÉDIBILITÉ

Par la rigueur et l'organisation qu'elle implique, la chirurgie ambulatoire participe à la diffusion de l'excellence et de la qualité. Cette alternative influe sur la notoriété d'un établissement de santé et contribue à son « capital réputationnel ». Elle permet de répondre aux exigences nouvelles d'évaluation des soins et d'assurance-qualité, pour lesquelles la chirurgie ambulatoire est un domaine d'élection.

Le concept de chirurgie ambulatoire étant par ailleurs un concept d'organisation entièrement centré sur le patient il représente à ce titre une opportunité forte de modernisation du fonctionnement hospitalier.

SECTION 1 : La chirurgie ambulatoire, une application de la théorie du « capital réputationnel » ?

Le titre de cette section est volontairement provocateur : une théorie macro-économique directement issue des travaux d'économistes néoclassiques dans le domaine de la politique

budgétaire peut apparaître difficilement transposable au raisonnement qui anime l'ensemble de l'économie de la santé... .

Cependant, le développement de la chirurgie ambulatoire peut, sous certains aspects, se prêter à l'analyse : c'est le pari tenu dans cette section, à travers l'exemple du CHU de Toulouse. L'expression de « capital réputationnel » désigne l'ensemble des données déterminant la crédibilité d'une politique, d'un instrument ou d'une organisation. Il s'agit autant de l'image de marque que des mesures adoptées en vue d'asseoir cette crédibilité.

Or, par l'ingénierie organisationnelle qu'elle implique, la chirurgie ambulatoire contribue fortement à la notoriété de la structure d'accueil.

Génératrice de synergies qualitatives, la chirurgie ambulatoire permet en effet de relever le défi posé par l'amélioration de la qualité à l'hôpital. En participant à la promotion de techniques chirurgicales innovantes, la chirurgie ambulatoire incite l'hôpital public, et plus précisément les CHU qui ont vocation à être de véritables référents dans ce domaine, à l'emploi et à la diffusion de nouvelles techniques.

Ces deux enjeux - qualité et promotion de techniques innovantes - participent pleinement de l'image de marque d'un établissement de santé.

§ 1 - L'introduction de la qualité dans la discipline chirurgicale

La chirurgie ambulatoire représente en effet une opportunité pour l'hôpital public de faire face à l'enjeu de l'amélioration de la qualité des soins. Ses exigences sont plus fortes que dans les services d'hospitalisation traditionnelle : nécessité du « zéro défaut » dans la réalisation de l'acte ambulatoire, respect strict des horaires pour permettre la sortie du patient le jour même, rendant hautement nécessaire la mise en place de protocoles de qualité.

A/ Une chirurgie génératrice de synergies qualitatives

La chirurgie ambulatoire a un caractère pédagogique et structurant. Trois exemples permettent d'illustrer le potentiel qualitatif que cette alternative est susceptible de générer. D'une part, la chirurgie ambulatoire implique une organisation optimale du passage du patient dans l'unité, cette organisation nécessitant une maîtrise forte des flux. D'autre part, elle impose une programmation de l'acte chirurgical, laquelle assure une gestion plus

efficace des stocks du bloc opératoire. Enfin, parce que la durée de séjour est fortement réduite, cette pratique chirurgicale contribue à la réduction du risque d'infection nosocomiale.

1 - maîtriser les flux : la chirurgie ambulatoire comme structure de production

La métaphore de l'atelier de production permet d'appréhender la nécessité de maîtriser la gestion des flux en matière de chirurgie ambulatoire. Dans un processus de production de soins, la fonction « lancement » consiste en l'établissement du planning opératoire. Dans le cas de la chirurgie ambulatoire, ce planning est fortement intégré à l'environnement : alors que le planning opératoire est initié dès l'entrée dans le bloc, en chirurgie ambulatoire le lancement débute à l'entrée de la structure et se termine à la sortie du patient. Les lancements doivent être par ailleurs cadencés afin d'assurer un suivi régulier du flux jusqu'à la sortie du patient.

La fonction « ordonnancement » est effectuée à l'intérieur des locaux et selon les temps nécessaires à chacune des opérations. Les flux sont ainsi logiquement connus à tous les niveaux.

Une telle connaissance suppose donc l'existence d'une fiche « suiveuse » ou fiche patient, informatisée et susceptible de recueillir tous ces temps. Des études statistiques devraient par conséquent sortir de l'analyse de ces fiches des temps moyens autorisant des calculs prévisionnels (durée de chacune des phases, par exemple). Le recensement des événements survenus durant le passage du patient dans la structure de chirurgie ambulatoire serait également facilité.

2 - gérer plus efficacement les stocks du bloc opératoire : la chirurgie ambulatoire comme planification des besoins matières

Généralement, de par la nature des services qui sont rendus dans les établissements de santé, l'absence de certaines fournitures médicales peut avoir des conséquences sur la capacité à offrir des soins de qualité. Cette affirmation est particulièrement vraie dans le cas du bloc opératoire dont l'utilisation importante de fournitures qui lui sont exclusives l'empêche de combler les ruptures potentielles en puisant dans les réserves d'autres unités de soins. Pour ce service, il est donc indispensable que le matériel nécessaire soit disponible au bon moment, au bon endroit et en quantité suffisante afin que les opérations s'y déroulent normalement.

Or, pour prévenir toutes ruptures de stocks au bloc opératoire, les gestionnaires sont traditionnellement tentés d'augmenter le niveau des stocks, provoquant de fait une hausse des coûts de stockage. Dans le cas spécifique du bloc opératoire, cette pratique entraîne

des frais importants en raison du coût relativement élevé des fournitures médicales et chirurgicales utilisées. Plusieurs enquêtes américaines révèlent en effet que le bloc opératoire est l'unité où les stocks sont les plus élevés dans tout l'établissement de santé, plusieurs motifs pouvant être invoqués pour expliquer cette situation : absence d'anticipation précise des besoins du patient, souci de conserver des stocks de sécurité au regard du caractère critique des activités de bloc opératoire, gestion selon la technique traditionnelle du « point de commande »,... . En vue d'atténuer les impacts du surstockage, certains chercheurs, tel Steinberg, ont suggéré le recours à une logique de planification des besoins matières pour mieux gérer les stocks du bloc opératoire. Il s'agit d'un système proactif de gestion des stocks qui, en fonction des besoins prévus pour un horizon de temps donné, cherche à déterminer le moment précis où les différentes ressources matérielles seront requises. Ce système planifie les articles en fonction des besoins, permettant une meilleure synchronisation entre l'offre et la demande. Cette planification serait donc rendue possible par la programmation de nombreuses interventions chirurgicales.

La chirurgie ambulatoire étant par définition une chirurgie programmée, son développement contribuerait fortement à l'instauration d'un tel système de planification des ressources matérielles du bloc opératoire. L'impact qualitatif de la chirurgie ambulatoire sur la gestion des stocks peut se traduire par l'existence de plusieurs gains : d'une part, une augmentation de la productivité par une réduction des stocks et une diminution des pertes de charges suite à une meilleure utilisation de la capacité des salles d'opération ; d'autre part, une augmentation de la satisfaction du personnel infirmier et médical quant à la gestion de la documentation relative aux ressources matérielles.

3 - réduire l'incidence des infections nosocomiales : la chirurgie ambulatoire comme élément de la gestion du risque

Un argument médical très souvent invoqué en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire est celui de la réduction du risque d'infection nosocomiale. En raison de la brièveté du séjour, la probabilité de contracter une maladie est considérablement réduite par rapport à une hospitalisation traditionnelle. Plusieurs études ont en effet démontré que le risque d'infections nosocomiales en chirurgie ambulatoire est presque réduit à néant (1% selon l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales de 1998).

Il s'agit là d'une véritable opportunité pour les hôpitaux de Toulouse. Dans les services de chirurgie du CHU, le taux d'infection nosocomiale des patients opérés est actuellement de l'ordre de 10%. Dans ce contexte, l'essor de la chirurgie ambulatoire peut véritablement contribuer à la politique de gestion des risques.

B/ Chirurgie ambulatoire et démarche qualité

1 - du principe de l'évaluation...

En étant soumise à la procédure d'autorisation de structures d'activités, la chirurgie ambulatoire doit répondre à une exigence d'évaluation. Cette procédure d'évaluation doit en effet être incluse dans le dossier d'autorisation de places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire présenté aux autorités de tutelle ; elle oblige donc les unités de chirurgie ambulatoire à un suivi périodique de la qualité des soins dispensés.

Des documents référentiels expliquant l'organisation générale des différents modes opératoires doivent être mis en place. Ces référentiels concourent à l'évaluation des pratiques professionnelles, analysent l'adéquation de l'organisation mise en place et signalent les événements inattendus. Une enquête de satisfaction des patients vise à optimiser la prise en charge en ambulatoire.

2 - ... à l'assurance-qualité

Mais l'impact du développement de cette alternative sur la qualité va au-delà de la seule logique de suivi pour rejoindre finalement la problématique de l'assurance-qualité. En effet, la démarche d'assurance-qualité se fonde sur la notion de processus. Pour un service de soins, le processus principal est celui du circuit du patient. La chirurgie ambulatoire apparaît donc comme un terrain privilégié pour développer un Programme d'Assurance Qualité dans la mesure où le circuit du patient est au cœur de la logique organisationnelle qui encadre la pratique d'une telle alternative. C'est ainsi que la mise en place d'une structure de chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse a également été perçue comme la première étape d'une véritable démarche d'assurance-qualité.

§ 2 - La promotion de techniques chirurgicales innovantes

Il s'agit également d'un véritable enjeu auquel doit faire face un Centre Hospitalier Universitaire, celui-ci ayant vocation à être un référent dans le domaine des techniques innovantes. Or, la chirurgie ambulatoire incite à l'emploi de nouvelles techniques ; cette alternative à l'hospitalisation contribue donc à faire pleinement profiter aux patients des progrès de la science médicale.

A/ Progrès en anesthésie

Depuis le début des années 1980, plusieurs innovations pharmacologiques ont permis de réduire la durée des phases pré et postopératoires tout en assurant un environnement de sécurité.

L'essor de l'anesthésie locale et loco-régionale par exemple a apporté un certain confort à la pratique de la chirurgie ambulatoire. La plupart des inconvénients de l'anesthésie générale sont en effet éliminés (sédation, amnésie, nausées ou vomissements) ; par ailleurs, le recours à l'anesthésie loco-régionale assure au patient une autonomie plus rapide et une analgésie efficace et prolongée – cet avantage revêt un intérêt particulier pour certains patients, tel que le petit enfant.

Des progrès sont également constatés en anesthésie générale, où l'apparition de produits ayant une vitesse d'élimination rapide et permettant induction et entretien de l'anesthésie a eu un intérêt certain dans le développement de la prise en charge ambulatoire.

L'ensemble de ces techniques et produits partagent trois objectifs communs : il s'agit en effet d'obtenir un réveil rapide, tout en minimisant les effets secondaires et en évitant tout effet rémanent prolongé des produits utilisés sur la fonction psychomotrice. En ce sens, les progrès de la pharmacopée dans le domaine de l'antalgie postopératoire et l'utilisation d'antiémétiques ont facilité un retour rapide du patient à son domicile dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

B/ Innovations technologiques

En minimisant les dégâts anatomiques, de nombreuses innovations technologiques tendent à écourter la prise en charge hospitalière : certaines de ces innovations accompagnent l'essor de la chirurgie ambulatoire. Ainsi, l'utilisation des fibres optiques a permis, par miniaturisation, le développement d'une chirurgie vidéo-assistée : thoracoscopie, arthroscopie,... . D'autres innovations participent à l'essor de la pratique ambulatoire de la chirurgie : la lithotritie extracorporelle ou les matériaux synthétiques. Parfois couplé à l'endoscopie, le laser permet des dissections fines et des destructions électives. Les ultrasons, par phénomène de phacoémulsification, peuvent être utilisés dans le traitement de la cataracte.

SECTION 2 : La chirurgie ambulatoire, une nouvelle conception du patient

§ 1 - Des attentes fortes de la part des patients

Diverses enquêtes témoignent de la grande satisfaction des patients ayant bénéficié d'un acte chirurgical en ambulatoire. Dans une enquête de la Commission Générale de l'Organisation Scientifique réalisée en 1990, 90% des patients étaient prêts à renouveler cette expérience. Une enquête réalisée au centre hospitalier général de Béziers obtient des taux de satisfaction similaires.

A/ Un faible taux de complications postopératoires

L'analyse de l'expérience réalisée au centre hospitalier de Béziers nous semble bien illustrer l'existence de garanties sur l'absence de complications importantes consécutives à une intervention chirurgicale ambulatoire. En l'absence de toute étude médico-économique nationale, cette analyse sera évoquée ici pour souligner la satisfaction des patients ayant déjà fait l'expérience de la chirurgie ambulatoire.

Cette étude médico-économique, publiée en janvier 1991 dans la Revue Médicale de l'Assurance-Maladie, a été réalisée sur la base de 99 hernies inguinales et 50 appendicites opérées en chirurgie ambulatoire de 1987 à 1989 au centre hospitalier de Béziers. La population prise en charge était principalement composée d'hommes dont l'âge médian était de 61 ans et ayant pour la plupart des antécédents pathologiques. L'enquête fut réalisée sur dossiers et par questionnaires auprès des patients, chirurgiens et médecins.

Les résultats sont particulièrement encourageants pour ce type de chirurgie et révèlent notamment une amélioration de la qualité des soins. Moins de quinze complications sont recensées, principalement liées aux cures de hernies et essentiellement caractérisées par des ecchymoses simples ou des orchites. La surveillance postopératoire a duré moins de dix jours pour les deux types d'interventions et la reprise de la marche s'est faite sans douleur pour plus de la moitié des personnes de l'étude. 96% des patients se déclaraient prêts à recommencer l'expérience de la chirurgie ambulatoire.

Toutefois, l'absence d'évaluation médico-économique comparative (chirurgie ambulatoire *versus* chirurgie classique) menée au niveau national ne permet pas actuellement d'apprécier la satisfaction des patients selon les deux modes de prise en charge chirurgicale.

B/ D'autres avantages médicaux

La chirurgie ambulatoire permet de raccourcir l'incapacité postopératoire et le temps de convalescence. Elle réduirait également le risque de complications thromboemboliques causé en partie par l'alitement. Enfin, le nombre d'examen préopératoires, moins élevé qu'en hospitalisation traditionnelle, permet de diminuer le risque d'irradiation.

§ 2 - Du malade disponible au « client de passage »

A/ Quand le patient voit disparaître son statut de malade

1 - une prise en charge personnalisée

En raison des contraintes imposées par les textes spécifiques qui s'y appliquent, la chirurgie ambulatoire augmente le niveau de confort et de sécurité des patients. Par exemple, les normes en personnels vont au-delà de ce que l'on peut trouver dans un service d'hospitalisation complète et permettent une surveillance plus étroite et une prise en charge beaucoup plus personnalisée des patients traités en ambulatoire.

2 - une prise en charge dédramatisée

Le passage dans une unité de chirurgie ambulatoire contribue par ailleurs à modifier la perception de l'hôpital par les patients et à dédramatiser l'intervention chirurgicale.

Peu de modifications sont apportées dans la vie quotidienne du patient et dans son environnement familial. La reprise de l'activité professionnelle est en règle générale plus rapide, notamment grâce au raccourcissement de l'incapacité postopératoire. Par ailleurs, le niveau d'anxiété est moins élevé en ambulatoire. Grâce à l'individualisation des circuits, les patients n'entrent pas en contact avec d'autres personnes atteintes de maladies graves. Ils ne sont pas traités comme des malades impotents par le personnel.

Enfin, le fait de ne pas être hospitalisé minimise la gravité de la maladie concernée. Il y a préservation d'identité de la personne et maintien de sa responsabilité. Cette dédramatisation de l'acte opératoire est très liée à l'ambiance moins rigide de l'unité chirurgicale et au dialogue qui s'installe dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire.

Le patient a le sentiment de recevoir une information plus détaillée, avant et après son opération ; il perçoit une relation plus étroite entre médecins et infirmiers.

Avec la chirurgie ambulatoire, l'établissement de santé devient plus un lieu de passage qu'une structure d'hospitalisation. Cette évolution de l'hôpital présente des avantages certains pour des catégories de la population relativement « fragiles », notamment les enfants et les personnes âgées dont l'état (médical et psychosocial) leur permet de bénéficier d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire.

La personne âgée est moins perturbée : elle pourra rentrer chez elle et évitera ainsi le déracinement et la désorientation temporo-spatiale postopératoire.

Les jeunes enfants quant à eux, peuvent retrouver à domicile le régime alimentaire et l'ambiance auxquels ils sont habitués. Rentrer le soir réduit le stress. La scolarisation est également moins perturbée.

B/ Quand le patient / partenaire apparaît

La chirurgie ambulatoire conduit le patient à assumer directement une démarche de soins. Cette pratique responsabilise le patient pour le respect des consignes pré et postopératoires. Le patient peut en outre choisir le moment de son intervention. La chirurgie ambulatoire préserve ainsi l'identité du patient tout en maintenant sa responsabilité.

Certains services du CHU qui pratiquent déjà une activité de chirurgie ambulatoire ont pleinement intégré cette idée de partenariat entre le médecin et le patient. Ainsi, un document destiné à informer autant qu'à collecter un certain nombre de renseignements est remis au patient après sa sortie de l'unité. Ce questionnaire existe notamment en O.R.L. : il porte sur les « jours qui suivent la chirurgie de l'ostéopongiose » et vise à évaluer le nombre, la fréquence et l'intensité des effets secondaires qui apparaissent lors du retour au domicile. Cette approche nouvelle du suivi postopératoire amène le patient à participer pleinement à une véritable démarche de soin : le malade n'est plus objet d'étude mais partenaire dans le processus de prise en charge.

C/ Quand la figure de l'utilisateur / client est consacrée

L'essor des pratiques de chirurgie ambulatoire accompagne par conséquent un vaste mouvement de reconnaissance de la place prééminente de l'utilisateur au sein du service public hospitalier.

Alors qu'il n'était auparavant que la référence théorique du système hospitalier, privé dans les faits du droit à la parole et du droit de regard, l'utilisateur tient aujourd'hui une place prépondérante au sein de l'hôpital. Les impératifs juridiques et économiques y concourent. Comme l'électeur, le patient dispose de la possibilité de « voter avec ses pieds ». Dans un environnement de plus en plus concurrentiel, le « patient / client » optimise sa fonction d'utilité et choisit de se faire hospitaliser dans la structure dont l'offre de soins lui convient le mieux. De même, compte tenu de la judiciarisation des rapports sociaux, le non-respect des droits du patient peut s'avérer extrêmement coûteux pour l'hôpital, soit en termes financiers, soit en termes de capital réputationnel.

L'attention à l'égard du patient est donc devenue maximale dans les structures hospitalières. La chirurgie ambulatoire, par les exigences organisationnelles qu'elle implique, participe de ce mouvement qui sera certainement consacré par la future loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ¹³.

Concept organisationnel innovant, la chirurgie ambulatoire est donc également une pratique soumise à des exigences de qualité, une alternative à l'hospitalisation qui reconnaît au malade un rôle nouveau, une opportunité forte pour un établissement de santé d'optimiser la gestion de ses structures et de valoriser certaines catégories de personnels.

Pour toutes ces raisons, le développement de la chirurgie ambulatoire dans un hôpital doit être perçu comme l'élément d'une stratégie d'établissement. De nouveau, l'exemple du CHU de Toulouse illustre l'intérêt d'une telle conception de la chirurgie ambulatoire.

¹³ Début septembre 2001, ce texte était toujours à l'état de projet de loi.

TITRE II : UNE ORIENTATION STRATEGIQUE

CHAPITRE 1 : L'INSERTION DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

SECTION 1 : Le contexte

§ 1 - *Une impulsion forte*

A/ L'impulsion des autorités de tutelle...

Les origines du projet d'unité de chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse sont relativement anciennes. Dès 1994, une étude avait été réalisée, à la demande du directeur de la cellule d'analyse et d'études stratégiques du CHU, sur les principes d'organisation des centres de chirurgie ambulatoire tels qu'imposés par la réglementation de 1992. Menée sous la responsabilité d'un médecin urgentiste et d'un cadre supérieur infirmier, cette analyse avait porté à la connaissance de l'équipe de direction les avantages médico-économiques de la chirurgie ambulatoire.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) a également pris acte de l'intérêt affiché par le CHU pour cette alternative. Par un avenant au Contrat d'Objectifs et de Moyens de 1994, un Plan d'Action Prioritaire (PAP n°11 du 09 décembre 1997) a ainsi prévu le développement de la chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse. Cet objectif était par ailleurs conforme aux orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de Midi-Pyrénées pour la période 1999-2004. Le cinquième thème du SROS est en effet relatif à l'essor de l'anesthésie et de la chirurgie ambulatoires en Midi-Pyrénées.

Enfin, par une correspondance du 11 décembre 2000 relative aux « *observations sur les axes stratégiques du projet médical du CHU de Toulouse* », le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation rappelait la nécessité de regrouper sur une seule entité la chirurgie ambulatoire : «... *un certain nombre d'opérations, correspondant parfois à des décisions relativement anciennes, doivent être engagées ; ces opérations ne sauraient prendre du retard. Il en est ainsi notamment du regroupement à Purpan de la chirurgie ambulatoire* ».

Cette impulsion fut déterminante : moins de dix mois plus tard, une unité de chirurgie ambulatoire était créée sur le premier site du CHU de Toulouse.

B/ Relayée par la direction du CHU

La prise de conscience des avantages de la chirurgie ambulatoire par la direction du CHU s'est construite en deux temps :

- d'une part, des projets avaient été élaborés dès le début des années 1990 par certains responsables médicaux et paramédicaux pour sensibiliser l'ensemble du personnel aux opportunités offertes par la chirurgie ambulatoire ;

- d'autre part, à la demande du Directeur Général, une équipe pluridisciplinaire avait été chargée d'une mission d'étude des centres ambulatoires en Amérique du Nord ¹⁴.

Cette équipe, constituée de trois directeurs (un directeur de site, le directeur de la qualité et de la stratégie et la directrice des soins infirmiers) et de trois chefs de service (le directeur de l'informatique médicale, le chef de service des Urgences et un Professeur en médecine), a rencontré plusieurs responsables de centres ambulatoires – Boston, Montréal, Laval – afin d'alimenter une analyse prospective sur l'évolution de la chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse.

§ 2 - La chirurgie ambulatoire et la reconfiguration du CHU

Le projet de création d'une unité dédiée de chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse s'inscrit dans le cadre d'un vaste mouvement de reconfiguration de cette institution.

L'existence de services « miroirs » a longtemps singularisé les hôpitaux toulousains. Or, un consensus s'est progressivement réalisé sur la nécessité de mettre fin à ce système, comme l'illustre le projet médical 2001/2005 qui consacre et accompagne la disparition des activités en miroir. Le CHU doit donc désormais s'organiser principalement à partir de deux sites hospitaliers d'importance équivalente mais assurant en *complémentarité* les missions de soins, de recherche et d'enseignement. Une vaste politique de regroupements est ainsi mise en place, fondée notamment sur le principe de mutualisation.

¹⁴ *Mission d'étude de centres ambulatoires en Amérique du Nord (Canada et Etats-Unis d'Amérique), 24 / 28 avril 2000.*

Dans ce contexte, deux projets de structures de chirurgie ambulatoire furent élaborés concurremment sur le CHU. D'un côté, un projet de structure autonome fut établi dans le cadre de la polyclinique ambulatoire du site de Rangueil. Ce projet avait pour objectif de créer *ex nihilo* une structure au sein d'une entité plus vaste regroupant l'ensemble de l'activité ambulatoire du CHU. Le centre aurait disposé de son propre secteur opératoire et d'une salle de surveillance post-interventionnelle. De l'autre côté, un projet de structure intégrée et localisée sur le site de l'hôpital Purpan semblait davantage correspondre au mode actuel de tarification hospitalière : dans cette hypothèse, seule l'unité d'hébergement est individualisée dans l'espace. L'hôpital peut réutiliser des locaux existants et seulement les réaménager afin de remplir toutes les conditions réglementaires de la pratique ambulatoire.

Cette dernière option a finalement été retenue : une unité intégrée, pluridisciplinaire, commune à l'ensemble du CHU de Toulouse et située sur le site de Purpan.

Le choix d'une telle structure illustre les objectifs que la Direction Générale attribue à la refonte organisationnelle du CHU.

A/ Les caractéristiques de l'unité

1 - une unité intégrée

La structure ne dispose pas de blocs opératoires indépendants. Elle a donc recours aux salles d'intervention existantes pour la chirurgie traditionnelle. Commun dans l'espace aux deux chirurgies, le secteur opératoire est cependant individualisé dans le temps.

Cette option est parfaitement conforme à la réglementation en vigueur dans la mesure où celle-ci ne fait pas obligation à l'établissement public de santé de se doter d'un secteur opératoire ambulatoire spécifiquement affecté dans l'espace à ce type de chirurgie.

En outre, le choix d'une structure intégrée présentait deux avantages certains pour le CHU. D'une part, cette option présente un intérêt économique certain : le montant de l'investissement est divisé par deux par rapport à l'hypothèse de la structure autonome. Cet avantage est d'autant plus important que l'investissement financier initial reste lourd au regard du mode actuel de financement de l'hôpital public. La chirurgie ambulatoire, parce qu'elle exige l'adaptation de locaux spécifiques et de circuits dédiés, nécessite en effet des changements architecturaux coûteux et complexes à réaliser. Or, l'hôpital public sous dotation globale ne peut en attendre de recettes complémentaires. Même dans le secteur privé, la rentabilité de ces investissements est parfois incertaine.

D'autre part, l'option «minimaliste » d'une structure intégrée présente un avantage politique non négligeable pour la Direction Générale. La création d'une unité de chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'un plan d'action au sein du projet d'établissement. Or, l'option retenue permet d'envisager une ouverture relativement rapide de cette unité. Elle assure ainsi une lisibilité certaine des réalisations du nouveau projet et témoigne du suivi, par l'administration, de ses dispositions.

2 - une unité pluridisciplinaire

Cette structure est basée sur le principe de la mutualisation de l'activité ambulatoire de l'ensemble des spécialités chirurgicales du CHU : chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, chirurgie maxillo-faciale, ORL, ophtalmologie, orthopédie-traumatologie,... . L'unité transcende par ailleurs la limitation relative à l'âge : elle accueille des patients adultes comme des enfants. Seule la chirurgie ambulatoire réalisée en gynécologie n'est pas concernée par ce regroupement sur une unité. Enfin, cette unité regroupe obligatoirement les patients de chirurgie ambulatoire des secteurs public et libéral des services concernés.

La création d'une telle unité peut apparaître comme un véritable défi pour un CHU, compte tenu de la dimension de l'établissement, du fort cloisonnement existant entre les services et du nombre de partenaires sollicités. Un projet d'organisation multidisciplinaire transcende les cloisonnements existants et fédère les divers acteurs autour d'une approche transversale. Cette démarche se reflète naturellement dans le choix de l'organisation médicale : le plan d'action du projet médical prévoit ainsi à terme la création d'une Fédération de chirurgie ambulatoire.

3 - une unité située à Purpan

Pour des raisons de sécurité et de commodité de transport du patient, le souci d'une proximité géographique entre la zone d'hébergement et le secteur opératoire a prévalu dans le choix du site, la proximité géographique pouvant conditionner l'obtention de la conformité lors de la visite des autorités de tutelle. Hôpital caractérisé par une architecture pavillonnaire, le site de Purpan a été contraint durant l'année 2000 à l'édification d'un nouveau Service d'Accueil des Urgences : le Pavillon des Urgences et de la Réanimation, lequel fut perçu comme le bâtiment d'accueil naturel de l'unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire.

L'unité est ainsi située au rez-de-chaussée et rez-de-patio de ce nouveau Pavillon : elle est donc très proche du secteur opératoire mais suffisamment individualisée pour répondre aux conditions techniques de fonctionnement posées par le décret N° 92-1102.

B/ L'illustration d'une politique d'établissement

L'étude de la mise en place de cette unité de chirurgie ambulatoire permet d'analyser l'ensemble de la politique du CHU : elle traduit en effet la volonté de la Direction Générale de maîtriser les dépenses nécessitées par l'aménagement architectural, tout en instaurant des mécanismes de « transversalité » entre des services cliniques dont les relations étaient historiquement marquées par la rivalité et la défiance.

Par ailleurs, les perspectives ouvertes par la mise en place de cette nouvelle unité contribuent à rétablir une relation de confiance sur le site de Purpan, dont les personnels ont été relativement critiques à l'égard des regroupements d'activité. En ce sens, l'option retenue a l'avantage de la souplesse : l'adjonction d'une polyclinique avec consultations multidisciplinaires pourrait ainsi donner à l'hôpital de Purpan un rôle essentiel dans la constitution des réseaux « gravitant » autour du CHU de Toulouse.

SECTION 2 : Le bilan avant mise en fonctionnement

§ 1 - L'organisation de la structure

A/ Les effectifs et les équipements

1 - les personnels médicaux

L'acte chirurgical est pratiqué par des praticiens hospitaliers, assistants ou, le cas échéant, vacataires assistés d'internes.

Les effectifs médicaux nécessaires sont ceux existant actuellement à l'intérieur de chaque spécialité (chirurgiens et anesthésistes). Une augmentation induite d'activité devrait pouvoir se caractériser par l'ouverture de vacations.

Les missions des personnels médicaux sont multiples : vérification des critères de sélection ; coordination et contrôle des actes chirurgicaux, médicaux et anesthésiques ; information du patient.

Un médecin anesthésiste référent est disponible chaque jour pour l'Unité de Chirurgie Ambulatoire sans que cela représente son activité exclusive.

Ce médecin assure la visite de pré-anesthésie au fur et à mesure de l'arrivée des patients, met à jour les dossiers et les indicateurs de suivi et organise l'accueil et la surveillance médicale.

Il est en outre chargé de la gestion de la douleur en salle de repos après le passage en salle de surveillance postinterventionnelle.

Il autorise enfin l'aptitude à la rue au fur et à mesure du déroulement de la journée.

La liste du personnel médical permanent et transitoire (chef de clinique assistant) ainsi que les numéros de téléphone des services correspondants sont tenus à jour au secrétariat de l'UCA. De même, le planning hebdomadaire des spécialités concernées mentionnant le nom du patient, le chirurgien et l'anesthésiste responsable de l'intervention est disponible au secrétariat de l'UCA sur cession informatisée mise à jour dès la consultation chirurgicale. Enfin, le planning hebdomadaire du médecin anesthésiste référent affecté chaque jour à la structure est disponible au secrétariat ainsi que son bip spécifique.

2 - les personnels non médicaux

L'effectif para-médical spécifiquement affecté à l'unité est en équivalent temps plein : un cadre infirmier ; 3,5 Infirmières Diplômées d'État (IDE) ; deux aides soignants ; deux secrétaires. La gestion de ce personnel (tâches soignantes et hôtelières ainsi que planning des présences du personnel paramédical) est coordonnée par le cadre infirmier. Le personnel de soin est placé directement sous la responsabilité de ce cadre.

Le personnel de soin a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée à l'ambulatoire. Il doit donc savoir préparer et aider les patients à gérer l'organisation pré et post opératoire, savoir amener et aider les patients à récupérer leur autonomie pour pouvoir sortir le jour même, enfin savoir déceler et évaluer toute complication et gérer l'anxiété du patient. Des procédures de soins, surveillance et fiches techniques sont établies pour chaque acte opératoire et chaque technique d'anesthésie.

Enfin, le personnel administratif travaille en temps réel pour la communication des informations concernant le patient : mise à disposition du dossier et du planning journalier, courrier au médecin traitant, compte rendu opératoire, arrêt de travail,... . Il assure également l'accueil du patient et de sa famille. Il prépare la réunion quotidienne sur dossier.

3 - les équipements

L'organisation du bloc opératoire est réalisée en fonction de l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques des structures de chirurgie ambulatoire.

Trois blocs opératoires accueillent les patients de l'unité : bloc ORL/OPH, bloc d'Orthopédie traumatologie, bloc centre.

La structure dispose de 12 «box » fermés, d'une salle de soins et d'une salle de repos équipée de lits de repos. Les places se répartissent comme suit : huit places pour la partie « adultes » et quatre places pour la partie « enfants ». Outre ce secteur « d'hospitalisation », un secteur de réception comprend le secrétariat, une salle médicale, deux bureaux et une salle d'attente.

Un chariot d'urgence est par ailleurs disponible dans la salle de soins infirmiers. Un défibrillateur et le matériel d'intubation difficile sont positionnés dans l'unité de déchocage adjacente.

Le rendez-vous pour une intervention en chirurgie ambulatoire est donné en fonction du planning opératoire du chirurgien et de la place disponible dans l'unité. Il est validé pour chaque spécialité lors de la réunion hebdomadaire, puis optimisé la veille de l'intervention au cours de la réunion quotidienne sur dossier. Le secrétariat appelle le patient pour vérifier l'absence de tout élément nouveau pouvant contre-indiquer la chirurgie ambulatoire. Il lui est alors confirmé les horaires d'hospitalisation et de chirurgie.

Les tableaux opératoires par spécialité sont consultables depuis l'UCA et sont transmis au bloc concerné. L'informatisation totale en réseau permet de relier secrétariat, service, bloc et tableau opératoire.

B/ Les documents

1- le dossier médical

Pour chaque patient, il existe un dossier médical comprenant une partie administrative, une partie médicale et une partie soins infirmiers. Le dossier médical de chaque spécialité est utilisé en chirurgie ambulatoire. Une poche spécifique (dossier ambulatoire « hospitalisation d'un jour ») regroupe les documents nécessaires à une éventuelle hospitalisation et assure une certaine traçabilité.

En phase préopératoire, les documents suivants y sont insérés : la fiche d'hospitalisation et de liaison chirurgien-anesthésiste ; la feuille d'anesthésie ; le bilan biologique ou autre bilan ; l'autorisation d'opérer pour les mineurs ; la fiche de consentement ambulatoire (chirurgical et anesthésie).

En phase postopératoire, il comprend le compte rendu opératoire, le dossier infirmier, un duplicata de la lettre au médecin traitant et le bulletin de sortie.

Le dossier suit le patient dans son parcours. Il est ensuite renvoyé soit aux archives centrales selon la procédure hospitalière, soit dans l'unité de consultation qui doit recevoir le patient en postopératoire.

2 - le règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Toulouse s'inscrit dans le cadre réglementaire du décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 et de l'arrêté du 7 juin 1993. Il a été approuvé par les chefs de service des spécialités participant à l'activité ambulatoire, la Direction du Service de Soins Infirmiers, la Direction du CHU de Toulouse et la Commission Médicale d'Établissement (CME).

Ce règlement présente l'unité, régit l'organisation (missions et horaires des personnels) et pose les critères chirurgicaux, médicaux et sociaux de la sélection des patients. Il rappelle enfin les exigences qualité validées par l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) et le principe d'évaluation de cette prise en charge.

3 - le carnet de soins ambulatoires

Tout patient sélectionné en chirurgie ambulatoire se voit préalablement remettre un carnet de soins destiné à recueillir un maximum d'informations sur l'histoire de sa maladie et sur son état de santé. Il s'agit également pour les équipes de l'unité de s'assurer de la bonne compréhension par le patient des recommandations qui lui sont données. Ce document, qui doit être rapporté à l'hôpital durant le « trajet » ambulatoire, fournit également des informations générales sur l'anesthésie et de nombreux conseils relatifs à la sortie de l'unité. Des consignes particulières sont enfin prévues pour les enfants.

La description de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Toulouse ne serait pas complète si n'était évoquée ici la mise en place de dispositifs de suivi de l'activité.

C/ Les dispositifs de suivi

Des indicateurs d'activité sont produits mensuellement et communiqués aux médecins coordonnateurs et à un représentant de la direction. Ils permettent de fournir un descriptif de l'activité globale et de ventiler l'activité par spécialité. Ces indicateurs visent à combiner les informations issues du PMSI et les données relatives à la charge en soins infirmiers (SIIPS).

L'évaluation de la qualité de l'accueil et de la prise en charge dans l'unité de soins ambulatoires est proposée au patient sous forme d'un questionnaire hospitalier de sortie.

Dans tous les cas, le suivi de l'unité doit viser deux objectifs :

- d'une part, apporter la preuve d'une pratique appropriée et d'une organisation adéquate et mutualisée ;
- d'autre part, signaler des événements inattendus, points de départ d'une véritable démarche qualité.

§ 2 - Les difficultés de mise en fonctionnement

Chaque étape du projet de chirurgie ambulatoire a rencontré de nombreux obstacles.

A/ Les données exogènes à la structure de chirurgie ambulatoire

1 - l'impact des dysfonctionnements observés aux Urgences

L'ouverture, en décembre 2000, d'un nouveau Pavillon des Urgences et Réanimation sur le site de Purpan s'est accompagnée de la fin du système de l'alternance entre les deux Services d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU de Toulouse. L'apparition d'une offre supplémentaire, conjuguée à l'absence de structures de prise en charge des urgences dans l'un des établissements privés de l'agglomération toulousaine, a provoqué une augmentation de la demande induite de soins : en ophtalmologie, par exemple, ont été enregistrées en moins de douze mois 2 400 urgences supplémentaires sur le seul site de Purpan.

Cette tendance « inflationniste » du nombre d'entrées aux urgences a un double impact :

- d'une part, elle empêche un redéploiement de certains personnels paramédicaux vers l'unité de chirurgie ambulatoire, les chefs de services concernés par la création de cette unité refusant logiquement une réduction de leurs effectifs dans une période d'accroissement de l'activité. Or, la difficulté de dédier une équipe complète est un facteur de retard de l'ouverture de l'unité et une source de démotivation potentielle pour les personnels concernés par cette nouvelle organisation ;
- d'autre part, elle accroît le phénomène « d'effet de ciseaux », phénomène caractéristique de l'évolution inversée des deux grandes catégories de chirurgie. La prise en charge des urgences chirurgicales lourdes, qui pèse essentiellement sur le service public

hospitalier, s'accroît alors même que le secteur privé bénéficie de parts de marché substantielles sur la « petite » chirurgie.

2 - la problématique de la prise en charge de certains patients : la résidence hôtelière

La prise en charge postopératoire de certains patients peut s'avérer problématique, notamment pour les patients dont le domicile est situé à une distance relativement importante de l'établissement hospitalier.

Le recours à une structure spécifique peut alors être envisagé : l'hôtel hospitalier, en principe non médicalisé, situé dans l'enceinte des hôpitaux ou à proximité de ceux-ci et destiné à l'hébergement de malades ne nécessitant pas une hospitalisation dans les structures lourdes mais relevant de l'hospitalisation de jour.

Les avantages d'une telle solution sont multiples.

Tout d'abord, des économies sont réalisées sur plusieurs postes de dépenses : le poste « transport » mais aussi le poste « effectifs ». En effet, le dispositif de l'hôtel hospitalier intéresse notamment des séjours dont la surveillance médicale nocturne est secondaire voire inutile. Or, une étude menée en 1998 par un cadre infirmier supérieur de l'hôpital Purpan révélait que 4 à 5 patients par semaine (week-end non compris) ne justifiaient pas d'une surveillance particulière et pouvaient être hébergés hors de l'unité de soins.

Par ailleurs, cette solution participe de l'objectif de rationalisation de la gestion des lits : le développement de l'hôtel hospitalier doit permettre de diminuer l'occupation de lits en préopératoire, de lits dits tièdes, de lits occupés pour le confort du malade (transports lointains lors de traitements itératifs, bilans morcelés,...). Pourquoi en effet des patients en « phase tiède » et des malades en « phase chaude » seraient – ils hébergés dans les mêmes locaux et au même coût ?

De surcroît, le recours à la résidence hôtelière contribue également à la réduction de la durée de séjour en hospitalisation complète.

Enfin, il peut s'agir d'un outil au service d'une stratégie d'établissement, la mise en place d'un hébergement de sécurité en hôtel hospitalier reflétant l'image d'une institution hospitalière innovante et soucieuse du bien-être de ses patients.

Les procédures qui conditionnent le recours à une telle structure demeurent cependant particulièrement lourdes.

Ainsi, une circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie du 4 mars 1993 indique que les projets doivent être évalués notamment au regard de l'utilisation du potentiel existant. Le recours à l'hôtel ne saurait être le palliatif d'une mauvaise organisation. Doivent

être également pris en compte les besoins de la clientèle, liés d'une part à la situation sociale (dépendance, isolement) et d'autre part à la situation médicale (traitements étalés par séquence). La même circulaire indique donc que les projets d'hôtels pour malades doivent s'inscrire dans le projet d'établissement basé sur le projet médical et soumis à l'approbation de la tutelle. L'opportunité du projet doit également s'apprécier au regard de l'environnement de l'établissement : analyse des filières de soins, de l'offre de soins locale et régionale, analyse du projet dans le cadre des schémas d'organisation sanitaire. Le développement de structures ne concernant plus directement la distribution de soins ne doit pas se faire au détriment des structures existantes telle que l'Hospitalisation à Domicile par exemple.

Il est indispensable par ailleurs que l'établissement soit en mesure d'indiquer le coût de ses prestations hôtelières, calculé notamment à partir de sa comptabilité analytique, afin de le comparer au coût de l'hôtel. Il faut également connaître le coût des prestations prises en charge dans le cadre des hospitalisations de jour ou traitements ambulatoires.

Cette comparaison des coûts doit en outre s'accompagner d'une analyse des conditions de réalisation : fermeture de lits et incidence sur les moyens en personnel. L'existence d'une résidence hôtelière ne saurait entraîner une augmentation du nombre de lits hospitaliers. Il s'agit d'un substitut du domicile et ne doit en aucun cas être médicalisé. L'établissement doit s'engager à fermer un certain nombre de lits et à redéployer des personnels en compensation de l'accroissement de sa clientèle.

Le financement doit être assuré dans le cadre de la dotation globale. L'ouverture d'une structure de ce type doit donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel fixant les obligations des établissements et prévoyant une évaluation économique et médicale périodique.

Les indicateurs utilisés par l'Assurance-Maladie pour évaluer les projets d'hôtel hospitalier sont nombreux : nombre de lits ou places ; nombre de postes ; nombre de journées inférieures à 24 heures ; nombre de séances ; taux d'occupation.

L'hébergement à l'hôtel doit être réservé aux malades qui remplissent les conditions suivantes : autonomie physique, y compris la nuit ; absence de désorientation temporelle et spatiale ; absence de besoins de soins en dehors de ceux dispensés par l'établissement dans la journée ; entrée programmée. Le recours à l'hôtel ne doit pas être conçu comme une alternative à l'hospitalisation.

Enfin, l'établissement doit fournir un état prévisionnel relatif à l'effectif annuel des malades hébergés à l'hôtel, le nombre annuel de nuitées, le nombre maximal de patients pour une journée, le nombre de lits occupés en moyenne par jour. Le nombre de nuitées correspondant aux journées d'hospitalisation complète déterminera le nombre de lits que l'établissement s'engage à fermer.

B/ Les variables endogènes

1 - le rattachement des disciplines de l'autre site

L'implantation d'une unité de chirurgie ambulatoire sur un seul site a posé le problème de la cohabitation de chirurgiens dont les lieux d'exercice étaient depuis toujours distincts. Outre la dimension sociologique de cette cohabitation, des problèmes techniques relatifs à l'occupation du Pavillon des Urgences ont rendu impossible à court terme le rattachement de la totalité des disciplines concernées par la chirurgie ambulatoire sur cette unité.

Ainsi, par exemple, l'intégration imprévue de la neurochirurgie au sein du pavillon des urgences a fait obstacle à la participation de la chirurgie plastique, celle-ci ne disposant plus d'un espace suffisant garanti dans le bloc opératoire mutualisé.

Une solution alternative a dû être trouvée, à proximité de l'unité de chirurgie ambulatoire, et grâce à la marge offerte par la construction d'un nouvel hôpital (le pôle Femme/Mère/Couple).

2 - le choix du coordonnateur

La volonté de mutualiser des personnels appartenant à des services différents et à des établissements distincts se heurte de façon inéluctable à l'obligation de choisir un coordonnateur de la nouvelle équipe ainsi constituée.

La solution retenue par la direction du CHU de Toulouse pour l'unité de chirurgie ambulatoire peut être déclinée comme suit : d'une part, le choix de deux coordonnateurs ; d'autre part, la nomination d'un référent représentant chaque discipline chirurgicale concernée par l'activité ambulatoire.

Un chirurgien et un médecin anesthésiste sont ainsi nommés collégalement coordonnateurs de l'activité ambulatoire pour une durée de un an renouvelable. Le statut exigé est celui d'un médecin praticien temps plein. Leur rôle est de :

- veiller au respect du règlement intérieur et gérer les problèmes organisationnels,
- fixer l'ordre du jour des réunions du comité de pilotage,
- rédiger le rapport d'activité annuel.

Par ailleurs, chaque discipline chirurgicale nomme un référent pour une durée de un an renouvelable. Celui-ci est l'interlocuteur des coordonnateurs pour la gestion des problèmes fonctionnels et médicaux.

CHAPITRE 2 : VERS UN PÔLE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

Une unité transversale de chirurgie ambulatoire est aujourd'hui créée au CHU de Toulouse alors même que l'émergence de nouvelles entités (les pôles) est initiée par un projet de gestion partie intégrante du projet d'établissement. La question de la réalisation d'un pôle d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire semble ainsi posée, le projet médical précisant ainsi qu' « à l'horizon 2005, les regroupements par pôles d'activité et l'évolution possible de la répartition des urgences lourdes, doivent faire étudier la possibilité d'extension vers un véritable pôle de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire ».

Il nous semble par conséquent opportun de présenter ce concept de pôle tel que pensé au CHU de Toulouse, avant d'exposer les configurations possibles et leurs conditions de réalisation.

SECTION 1 : Les principes et leurs illustrations potentielles

§ 1 - La notion de pôle au CHU de Toulouse

Pour la direction du CHU de Toulouse, le concept de pôle est indissociable de la logique de contractualisation qui doit désormais se développer dans le cadre d'une démarche client-fournisseur. La nouvelle entité de gestion concerne l'ensemble des activités : le pôle peut être clinique (il est alors initié et renouvelé par les projets médicaux successifs), médico-technique (exemple de l'imagerie) ou logistique (la direction des achats, du patrimoine et de la logistique). Chaque pôle prendrait la forme d'un centre de responsabilité reposant sur une logique de gestion médico économique, bénéficierait d'une autonomie de gestion consacrée par le contrat qui le lierait à la filière administrative (la Direction Générale) et serait soumis à une direction tripartite associant un médecin, un cadre administratif et un cadre infirmier.

A/ Les principes d'organisation

1 - rapprocher la logique gestionnaire d'allocation des ressources de la production des soins, de ses lieux et de l'exercice de ses responsabilités

Il s'agit d'accentuer le rôle du Praticien Hospitalier comme acteur de la gestion hospitalière, tant pour les activités que dans l'affectation des moyens, notamment les ressources humaines. Le développement de cette gestion de proximité doit se faire non plus au sein des

établissements, dont la taille demeure un facteur de lourdeur, mais à l'intérieur de pôles dont le dimensionnement doit conjuguer à la fois l'optimum médical et l'optimum économique.

2 - préparer la fongibilité des budgets des hôpitaux publics et des établissements privés

Bien que l'homogénéisation de la tarification publique et privée, préalable à une tarification comparative par pathologie, prenne un certain retard par rapport à l'échéancier annoncé par le Ministère de la Santé, cet enjeu reste essentiel pour l'avenir de l'hôpital. Or, la constitution de pôles vise notamment à une meilleure connaissance des coûts des activités et une réduction des coûts des services où la concurrence est vive.

3 - asseoir un véritable pilotage stratégique de l'établissement

La réactivité de la filière stratégique (l'actuelle direction générale) est ainsi accrue par rapport à l'activité médicale, ses qualités et ses coûts. Le développement de la relation « client-fournisseur » entre les pôles cliniques et les pôles médico-techniques et logistiques doit permettre non seulement d'autonomiser et de responsabiliser les pôles, mais également de contribuer à l'élimination des dépenses inutiles ou moins efficaces.

B/ Les effets attendus

Les bénéfices escomptés de cette nouvelle organisation sont un gain en efficacité économique et une amélioration de la prestation de soin.

Du point de vue économique, la constitution d'un pôle permet d'atteindre une masse critique qui favorise une optimisation des ressources par mutualisation des moyens : le service reste de taille trop réduite pour qu'un tel processus y soit à l'œuvre. La mesure des coûts est également facilitée et le problème des patients multiservices réglé. En outre, la contractualisation entre tous les pôles implique une maîtrise plus rigoureuse des coûts.

Du point de vue de la qualité des soins, l'application du principe de subsidiarité (soit une gestion au plus près du patient) permet une meilleure adéquation de l'offre à la demande de soins.

Ces nouvelles modalités de gestion sont porteuses de changements profonds dont la logique, poussée à son terme, est susceptible de déboucher sur une configuration de l'hôpital totalement inédite. Pourquoi ne pas imaginer demain un hôpital structuré autour de deux grands pôles fonctionnels : la fonction hôtelière d'une part, la fonction médico-technique d'autre part, l'une et l'autre étant entièrement mutualisées ?

§ 2 - Chirurgie ambulatoire et pôle : les scénarii envisageables

Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées pour concevoir le cadre dans lequel s'exercera, à long terme, l'activité de chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse. Les points communs aux différents exemples étudiés permettent d'établir une synthèse des facteurs de réussite des projets de création de structures dédiées à la chirurgie ambulatoire.

A/ Scénario 1 : la constitution d'un centre autonome de chirurgie autonome

Totalement détachée d'un établissement de santé, cette structure est caractérisée par un fonctionnement autonome et une activité fortement spécialisée. L'expérience des centres exclusivement dédiés à la chirurgie ambulatoire en Amérique du Nord permet de tirer quelques enseignements :

- la conception architecturale de ces structures tend logiquement à privilégier la construction de bâtiments neufs plutôt que la réhabilitation d'anciens sites hospitaliers. Le concept est fondée sur le respect de trois objectifs : la qualité due au patient, l'ergonomie du travail, la maîtrise des coûts. La réalisation s'étale sur une durée moyenne de quatre ans, la phase préopératoire devant être particulièrement travaillée.

- l'élément-clé permettant la mise en œuvre de ces structures dédiées est l'investissement en moyens de télécommunications et en programmes informatiques (soit 10% du projet initial) : l'information doit parvenir aux professionnels en temps réel et quelque soit leur lieu d'affectation. Il s'agit d'assurer une réponse architecturale souple, fortement décentralisée et surtout accueillante pour le patient. Parallèlement, dans tous les établissements réalisant de la chirurgie ambulatoire est affirmée la nécessité d'adjoindre un important programme d'enseignement et de recherche fondement essentiel d'une activité médicale de qualité.

- l'exemple du « *Shapiro Clinical Center* » de Boston ¹⁵ illustre parfaitement l'importance de l'ingénierie organisationnelle dans le fonctionnement quotidien de telles

¹⁵ Cet établissement nous semble particulièrement représentatif du virage ambulatoire pris par certains établissements de santé aux Etats-Unis. Le patient n'ayant pas le choix de la modalité d'intervention, les pratiques médicales connaissent une très forte protocolisation. *In fine*, seul 1% des patients nécessite un transfert vers une hospitalisation traditionnelle.

structures. Ainsi, le médecin coordonnateur se voit attribuer la responsabilité du respect des horaires indiqués aux patients. Par ailleurs, l'organisation matérielle est très importante : la gestion des parkings est optimisée, les lieux d'attente sont largement dimensionnés, le système de prise de rendez-vous 24 h/24 est automatisé. Une pharmacie ouverte au public est installée dans le hall de l'établissement et la structure dispose d'un relais de soins à domicile financé par les compagnies d'assurance des patients pris en charge. Enfin, le centre dispose d'une unité d'enseignement à destination des patients : bibliothèque, accès internet, banques de données reliées au réseau des bibliothèques de l'État et qui permettent à plus de 6 000 patients d'accéder à des informations relatives à leur pathologie. Des documentalistes et des infirmiers cliniciens assurent l'encadrement de ce dispositif et organisent des formations de groupes pour des patients atteints d'une même pathologie.

B/ Scénario 2 : l'insertion de l'activité de chirurgie ambulatoire au sein d'une polyclinique de soins ambulatoires

Dans cette hypothèse, la chirurgie ambulatoire n'est que l'une des activités de la polyclinique dont l'objectif principal consisterait en un regroupement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle : consultations, hospitalisation de jour, hospitalisation de semaine, anesthésie et chirurgie ambulatoire,... . La prise en charge du patient serait effectuée par grandes thématiques de pathologies dans le cadre d'une organisation multidisciplinaire respectant l'unité de temps et de lieu. Des pôles médicaux référents devraient être déterminés au sein de la polyclinique afin d'animer les réseaux régionaux des pathologies correspondantes : à l'appui d'une telle proposition, des sites de télémédecine pourraient être implantés dans chacun des pôles thématiques de pathologies.

Ce projet, initialement avancé par le second site du CHU de Toulouse (site de Rangueil) pour exposer sa stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire, pourrait être finalement envisagé à moyen terme sur le site de Purpan (établissement d'accueil de la chirurgie ambulatoire). Comme l'indique le projet médical, « *à l'horizon 2005, (...) l'adjonction souhaitable d'une Polyclinique avec consultations multidisciplinaires organisées par thèmes pourrait renforcer la constitution des réseaux et donner à l'hôpital de Purpan un rôle essentiel* ».

L'aboutissement d'un tel projet reste néanmoins soumis à une condition relativement forte : l'adaptation de la tarification hospitalière actuelle aux spécificités de la chirurgie ambulatoire. En l'absence d'une telle évolution, un scénario n°3 paraît le plus vraisemblable dans l'avenir : le maintien d'une petite unité de chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse... .

Dans tous les cas, la réflexion relative à la future entité de chirurgie ambulatoire sera conditionnée aux analyses suivantes : l'analyse du potentiel de substitution de l'établissement ; la description des besoins fonctionnels de l'entité ; l'étude du bassin de population ; l'analyse de la rentabilité selon le type d'organisation et l'estimation des coûts y afférents.

Section 2 : Les conditions et leurs déclinaisons

§ 1 - Une pincée d'économie, une once de réglementation

A/ Une pincée d'économie

Comme nous l'avons déjà vu, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) valorise mal la chirurgie ambulatoire. Plusieurs solutions ont par conséquent été avancées, certaines hypothèses méritant certainement d'être reprises pour expérimentation. Par exemple, la mission PMSI de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins du Ministère de la Santé a pu évoquer l'idée d'encourager la pratique de l'ambulatoire en survalorisant les GHM de la CM 24 : il s'agirait de rémunérer les GHM ambulatoires au-delà de leur coût réel afin de les rendre incitatifs. Une circulaire du 16 décembre 1997 proposait ainsi de mettre en place un coefficient multiplicateur des points ISA comptabilisés pour des GHM susceptibles de traduire une chirurgie ambulatoire réellement substitutive et d'accorder des autorisations pour des places de chirurgie ambulatoire à des taux de change dérogatoires.

L'idée d'un multiplicateur des points ISA pose cependant la question de la crédibilité du dispositif PMSI : s'il peut effectivement être utilisé pour mieux valoriser les structures ambulatoires, l'outil PMSI ne doit pas être perverti par un système remettant en cause le calcul de la valeur attribuée à chaque GHM.

Une solution plus adaptée ne consisterait-elle pas à faire de la chirurgie ambulatoire l'un des éléments du processus d'allocation des ressources ? Dans cette perspective, l'allocation budgétaire décidée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) serait moins pénalisante pour les hôpitaux présentant une pratique ambulatoire qualifiée, substitutive et

s'inscrivant dans le cadre d'une liste limitative d'actes chirurgicaux qui peuvent être réalisés en ambulatoire ¹⁶.

L'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire deviendrait ainsi une des bases de la négociation entre les établissements et l'ARH, voire l'un des critères de l'élaboration du Contrat d'Objectifs et de Moyens. Une telle proposition, si elle a le mérite d'afficher une réelle volonté d'accroître le nombre de places de chirurgie ambulatoire, peut néanmoins se heurter aux limites que rencontre toute incitation contractuelle dans le domaine sanitaire. Les limites d'un tel dispositif peuvent par ailleurs être illustrées par la théorie micro-économique des contrats.

Cette théorie repose sur l'idée selon laquelle un principal (la tutelle ministérielle ou l'ARH par exemple) demande à un agent (un établissement de santé) la satisfaction d'un besoin. En lui déléguant une mission - dans le cadre d'un contrat - , il attend un résultat qui lui apporte une utilité. En contrepartie, l'agent bénéficie d'une rente (un budget, une subvention,...), cette rente étant parfois qualifiée d'« informationnelle » car liée généralement à une asymétrie d'information entre l'agent et le principal.

La prise en compte des facteurs de risque tempère sensiblement la force de cette relation contractuelle. L'aversion au risque de certains agents peut aller jusqu'à ruiner toute incitation provenant du principal, même en présence d'une perspective de rente. Deux exemples de l'impact de l'aversion au risque peuvent être évoqués :

- par aversion au risque, l'agent peut chercher à atténuer sa capacité à améliorer ses performances parce que la rente ne lui est pas immédiatement versée. Il peut craindre en effet que la rente ne lui soit pas versée dans les conditions promises, pour des raisons de conjoncture ou parce qu'il se méfie de l'engagement du principal qui ne le convainc pas tout à fait. Il peut supputer que la rente soit en définitive altérée ou qu'elle le pénalise par quelque effet pervers ultérieur (réduction du budget de l'hôpital une fois la prime versée par exemple). En définitive, il a le sentiment de ne pouvoir maîtriser ce qui lui arrivera une fois qu'il aura révélé l'information qui le rend provisoirement dominant dans la négociation.

Or, dans le cas d'un paiement fixe type budget global, l'aversion au risque va ramener le système à l'état antérieur. L'effet inflationniste va se porter, non sur le budget (puisque celui-ci est intangible), mais sur la part supportée au titre de la couverture du risque au sein du budget. A la limite, tout le budget sera absorbé par la couverture du risque.

¹⁶ Il est par exemple regrettable que la cure de hernie ne figure pas dans la liste des actes potentiellement réalisables en ambulatoire mise au point par les experts de Midi-Pyrénées.

- la seconde conséquence de l'aversion au risque est plus pragmatique : l'aversion au risque étant variable selon les agents (elle dépend d'une fonction de satisfaction), il existe des agents qu'aucun contrat d'incitation ne saurait convaincre ; leur aversion au risque est bien trop forte. Il est donc recommandé de s'appuyer sur le volontariat pour élaborer une stratégie rationnelle d'incitation, d'autant que le succès remporté par certains agents peut être de nature à retourner l'opinion d'autres agents jusque-là restés hésitants.

Cette dernière idée commande donc une certaine prudence : introduire un bilan des capacités en chirurgie ambulatoire dans la procédure de négociation ARH/établissements est une idée qui devrait d'abord faire l'objet d'expérimentations avant d'être généralisée à l'ensemble du dispositif d'allocation budgétaire.

B/ Une once de réglementation

1- une procédure très administrative, qui pose des difficultés de mise en œuvre

La procédure d'autorisation est directement liée à l'existence de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation sanitaire. Elle demeure fortement bureaucratique et peu adaptée au fonctionnement réel des unités.

Ainsi, dans la réglementation actuelle, une place autorisée correspond à 365 séances. Cette équivalence implique donc que la structure ambulatoire fonctionne tous les jours (y compris le week-end) et/ou qu'il est possible de prendre en charge plusieurs patients sur une même place dans une journée.

Or, une unité de chirurgie ambulatoire ne fonctionne jamais le week-end et il n'est pas toujours possible de prendre en charge plusieurs patients dans une même journée sur une même place de chirurgie ambulatoire.

La tutelle peut intégrer cette dernière donnée qui l'amènera à appliquer un quota de 250 séances par an. Mais il s'agit ici d'une simple faculté laissée au choix discrétionnaire de la tutelle : le quota initial peut être conservé, entraînant de fait une déconnexion entre la capacité autorisée et la capacité installée.

Afin d'aider les établissements à déterminer la capacité de leurs futures structures, une proposition pourrait être retenue : la révision du quota de 365 séances et l'intégration par la tutelle des contraintes de durée spécifiques à chaque spécialité concernée par la chirurgie ambulatoire.

2- médecine ou chirurgie : au-delà du dilemme

Un assouplissement de la réglementation devrait également être envisagé pour tenir compte d'une hypothèse particulière : la prise en charge ambulatoire de nature médicale de certains patients au sein d'une discipline chirurgicale.

Cette prise en charge pourrait en effet être effectuée au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire, les conditions techniques de fonctionnement de cette unité étant plus exigeantes que celles imposées aux structures d'hospitalisation.

Une telle proposition présente deux avantages :

- dans son principe, elle rejoint un objectif de rationalisation de la gestion des lits d'hospitalisation traditionnelle ;
- dans son application, elle aurait le mérite de mettre au jour la nécessaire réforme de la réglementation de l'hospitalisation à temps partiel afin de l'adapter aux exigences de la pratique médicale moderne.

§ 2 - Un soupçon d'organisation, une bonne dose de motivation

A/ Un soupçon d'organisation

Quelle que soit l'hypothèse retenue (polyclinique de soins ambulatoires ou unité de chirurgie ambulatoire exclusivement), la configuration mise en place doit avoir été particulièrement étudiée. L'organisation de la structure doit en effet être optimale.

D'une part, elle repose nécessairement sur une logique de structure dédiée : la spécificité des blocs comme la structuration de l'espace ont en effet pour double objectif de répondre à l'exigence d'individualisation et d'assurer une régulation de flux potentiellement importants.

D'autre part, elle confirme tout l'intérêt porté aux besoins et au confort du patient. Celui-ci se trouve réellement au centre du dispositif. Par conséquent, les conditions d'accueil et d'attente, l'accessibilité (problématique des parkings) ou encore la maîtrise du circuit du patient au sein de la structure sont des éléments essentiels de la crédibilité et, finalement, de la réussite d'un tel projet.

B/ Une bonne dose de motivation

1-sensibiliser les responsables politiques et médicaux aux enjeux du développement de la chirurgie ambulatoire

Un vaste effort de communication doit en effet être entrepris afin de sensibiliser l'ensemble des partenaires potentiels du CHU aux implications d'une structure de soins ambulatoires. Un tel projet ne peut en effet être valablement mené que s'il reçoit le soutien des autorités de tutelle. De même, l'organisation du réseau aval avec les professionnels de santé (publics et libéraux) doit permettre de dépasser le stade expérimental pour opérer un véritable virage ambulatoire. La population concernée doit être également correctement informée des changements d'habitudes que nécessitera une telle évolution de la prise en charge.

Mais l'effort de sensibilisation doit aussi être réalisé en interne, auprès de l'ensemble des personnels concernés par le développement de cette alternative. La mise en place d'un comité de pilotage chargé du suivi de l'unité de chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse répond à cette préoccupation. Ce comité est chargé d'analyser et de régler l'ensemble des problèmes d'organisation et d'information qui se posent au sein de l'unité.

2- ne pas se méprendre sur la nature de la chirurgie ambulatoire

Le niveau de qualité exigée positionne clairement cette activité dans une zone de médecine de pointe et non comme une activité périphérique ou secondaire. L'impact sur l'enseignement témoigne du caractère hautement spécialisé de la pratique. La référence aux bonnes pratiques marque bien la nécessaire appropriation par les personnels médicaux et paramédicaux de ce type de démarche.

Par ailleurs, le développement des services à domicile est un facteur déterminant de l'essor de cette forme de médecine. Le développement de l'ambulatoire s'inscrit dans le cadre d'un modèle fondé sur l'expertise, la continuité des soins, la complémentarité, la multidisciplinarité et la concertation médicale.

CONCLUSION

La décision consistant à développer la chirurgie ambulatoire reste, aujourd'hui encore, un choix particulièrement difficile pour la direction d'un établissement public de santé. Les obstacles spécifiques au service public hospitalier – notamment la valorisation moindre de l'activité ambulatoire par rapport à la chirurgie traditionnelle - ne sont pas tous levés.

Les opportunités offertes par cette alternative sont pourtant nombreuses et les avantages d'une unité intégrée et pluridisciplinaire de chirurgie ambulatoire sont réels.

D'une part, des résultats sont attendus en termes d'amélioration de la qualité des soins et de rationalisation de la gestion des ressources : diminution des délais d'intervention de routine, diminution des délais d'attente sur place, simplification du système de décision médico-administratif, mais aussi économies réalisées sur des journées d'hospitalisation et optimisation des blocs par mutualisation des plateaux techniques.

D'autre part, cette pratique est susceptible de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Outre la diminution des coûts directs par le biais de la réduction de la durée de séjour, la chirurgie ambulatoire impliquerait une utilisation moindre de ressources que la chirurgie classique avant, pendant et après le séjour à l'hôpital.

L'incidence du développement de la chirurgie ambulatoire sur la maîtrise des dépenses de santé doit être cependant relativisée ¹⁷ : elle se mesure principalement en termes micro-économiques (utilisation optimale du bloc opératoire par exemple) et les coûts indirects sont particulièrement difficiles à estimer (le risque existe d'une externalisation des soins postopératoires sur la médecine de ville).

Si des doutes persistent sur sa contribution à la maîtrise des dépenses de santé, une certitude demeure : le développement de la chirurgie ambulatoire est un puissant facteur de restructuration. Comme l'illustre l'exemple du CHU de Toulouse, tout établissement public de santé doit désormais saisir l'opportunité offerte par cette alternative pour relever les défis du système hospitalier français.

¹⁷ *Le ministre délégué à la santé déclarait ainsi le 12 septembre 2001 : « les gains de productivité potentiels liés au raccourcissement des durées de séjour et de développement de la chirurgie ambulatoire ne parviennent pas à contrebalancer l'évolution à la hausse des dépenses ».*
(B. Kouchner, Le Quotidien du Médecin, 12 septembre 2001).

Bibliographie¹⁸

TEXTES OFFICIELS

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (acte de naissance des soins « avec ou sans hébergement »).

Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L. 712-10 du Code de Santé Publique. Journal Officiel du 8 octobre 1992. (Structures de soins alternatives à l'hospitalisation : de la réduction des moyens d'hospitalisation excédentaires dans la discipline en cause, lors de la création ou de l'extension).

Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du Code de Santé Publique. Journal Officiel du 8 octobre 1992. (Prise en compte dans la carte sanitaire et déclaration au préfet de région).

Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du code de Santé Publique en application de l'article L.712-9 (3°) de ce même code. Journal Officiel du 8 octobre 1992.

Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du Code de Santé Publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b) de ce même code. Journal Officiel du 15 janvier 1993.

¹⁸ La description des documents sur support papier se fait selon des règles précises préconisées par des normes internationales et reprises par la norme française Z44-005 de décembre 1987 « *Références bibliographiques. Contenu, forme et structure* ».

La présentation des documents électroniques se fonde sur la norme ISO 690-2 « *Partie 2 : Documents électroniques, documents complets ou parties de documents* » de 1997.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel du 25 avril 1996.

Décret n°97-1165 du 16 décembre 1997 relatif aux conditions de réalisation de l'évaluation prévue à l'article L. 712-12-1 du Code de Santé Publique et modifiant ce code. Journal Officiel du 23 décembre 1997.

Circulaire DGS-SP1-VS1/DSS-1A/DH-EO-AF2/97-790 du 16 décembre 1997 relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale (Priorité de santé publique du développement de l'ambulatoire).

Avenant n°1 au contrat prévu par l'article 7 du contrat national tripartite (Etat, CNAMTS, établissements privés). Journal Officiel du 3 avril 1998. (Forfait d'activité non programmée - FANP- pour un séjour d'une durée de 6 à 24 heures).

Décret n°99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places ACHA. (Nouveau système de taux de change).

Arrêté ministériel du 31 mai 1999 relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou de renouvellement d'autorisation de structure d'ACHA.

Instruction DH/EO n° 99-413 du 7 juillet 1999 relative à l'entrée en vigueur du décret n°99-444 du 31 mai 1999.

Lettre DH-EO 3 n° 488 du 21 juin 1994 relative aux normes techniques dans les structures de chirurgie ambulatoire.

Lettre DH du 16 octobre 1998 (normes de personnel).

Décret n° 97-703 du 29 mai 1997 relatif au retrait de certaines autorisations accordées aux établissements de santé.

Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994. Journal Officiel du 8 décembre 1994. (Décret « sécurité de l'anesthésie »).

Arrêté du 3 octobre 1995. Journal Officiel du 13 octobre 1995. (Utilisation et contrôle des dispositifs médicaux de l'anesthésie).

Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Journal Officiel du 2 juillet 1998.

Nouveau Code de Déontologie Médicale, 6 septembre 1995. Règles de pratique médicale courante.

Nouveau Code Pénal, 1^{er} mars 1994. Sanctions appliquées au préjudice causé par le manquement à l'obligation de sécurité ou de prudence.

Code Civil (articles 1382-1384 sur la responsabilité).

OUVRAGES

Association Française de Chirurgie Ambulatoire. *Notion d'actes marqueurs : l'accréditation australienne*. Paris : Congrès National de Chirurgie Ambulatoire des 7 et 8 juin 1996, A.F.C.A., 1997. 690 pages.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.). *La chirurgie ambulatoire*. Paris : ANAES, 1997. 105 pages.

BOCOGNANO A., MIREAULT J. , SOURTY-LE GUELLEC M-J. *Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec*. Paris : C.R.E.D.E.S, 1997. 28 pages.

DUPONT M., FOURCADE A. *L'information médicale du patient*. Paris : Les guides de l'AP-HP, Editions Lamarre, 2000.

DU GRES B. *Recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation sur l'anesthésie du patient ambulatoire*. Paris : Arnette, 1991.

HOET T. *L'hôpital confronté à son avenir : actualiser l'hôpital et le préparer au XXIème siècle*. Rennes : E.N.S.P, Editions Lamarre, 1993. 236 pages.

HOLLENDER L-F. *La chirurgie sans hospitalisation : rapport de la conférence de consensus*. Paris : Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée, 1993. 20 pages.

JOHANET H., MARICHEZ P., GAUX F. *Chirurgie ambulatoire, organisation et résultats à propos de cinq ans d'expérience*. Paris : Masson, 1997.

LANGLOYS J. *Anesthésie ambulatoire*. Paris : Editions Arnette, 1992. 98 pages.

MANSAT C., BANCO P. *Chirurgie ambulatoire*. Editions Masson, 1993. 205 pages.

MENGUY R., ROTH R.M. *La chirurgie ambulatoire aux USA, ses raisons d'être et son avenir*. Paris : Masson, 1994.

PARMENTIER G. *Chirurgie ambulatoire : où en sommes-nous ? Éléments de réponse...*
Paris : Masson, 1995.

PITIE-SALPETRIERE *Anesthésie du patient ambulatoire*. Editions Arnette, J.E.P.U., 1991.
207 pages.

RAFFY-PIHAN N., MATHIEU A. *La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives*.
Paris : C.R.E.D.E.S., 1997. 126 pages.

SERAQUI M. (dir.). *Guide de l'ambulatoire : concevoir et réaliser l'unité de soins ambulatoires*. Rennes : Editions ENSP et Archimed, centre européen pour le génie hospitalier, 1998. 171 pages.

SOURNIA J.C. *Histoire de la médecine et des médecins*. Larousse, 1993.

THIBAUT AUCLAIR R. *Programme de chirurgie d'un jour*. Centre hospitalier Paul-Gilbert :
Editions Anne VALLIERES, 1993.

ARTICLES ET REVUES

ACHARD L., DAULHAC C., GATEAU R., LEBLANC N. La chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers sous dotation globale en Auvergne. *Gestions hospitalières*, Juin - juillet 1999, pp. 413-419.

ALMERAS J.P. Le consentement dans la chirurgie ambulatoire. *Le concours médical*, Septembre 1993, n°29.

AUBERT F. SOS chirurgie publique. *Libération*, Janvier 2000.

BAZIN G. Faut-il séparer le patient ambulatoire du patient hospitalisé ? *Techniques Hospitalières*, Juin 1999, n° 637.

BAZY-MALAUURIE C. Pourquoi la chirurgie ambulatoire ? *Techniques Hospitalières*, Mars 1997, n°614.

BECHU T. La chirurgie ambulatoire : état des lieux en France. *Actes du congrès national de chirurgie ambulatoire*, Limoges, 7-8 juin 1996.

BELIN V. La chirurgie ambulatoire : mythe et réalités. *Décision Santé*, Juillet 1996, n°99, pp. 18-20.

BERGOGNE Mieux développer la chirurgie ambulatoire. *Le concours médical*, 1997.

BERNARD J. L'actualité de la tarification. *Hospitalisation privée*, Juin 1993, n°317.

BERTHELIER S. Le bus pour la chirurgie ambulatoire. *La Santé de l'homme*, Octobre 1993, n°307.

BLOCH P. Bruxelles : l'avenir de la chirurgie ambulatoire. *Cahiers de chirurgie*, Février 1991, n°78.

BOITEUX A. La chirurgie ambulatoire s'impose dans le privé. *Décision Santé*, Février 1995, n°73.

BONHOMME C. Chirurgie ambulatoire à l'hôpital : une marginale en quête d'avenir. *Revue hospitalière de France*, Février 1993, n°1.

BOCOGNANO A., MIREAULT J., SOURTY-LE GUELLEC M-J. Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec. *CREDES*, 1997.

BURRUS O., TRABACCHI G., CAZEAU C. Dossier : soins et espaces ambulatoires. *Revue de l'infirmière*, Mars 1997, n°25, pp. 17-51.

CHALE J.J., BRIAND S., PROCHILLO S., FERNET P., ESCAT J. Développement de la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse : évaluation du potentiel et impact sur la mesure de l'activité. *Journal d'Economie Médicale*, Décembre 1999, n°7-8, pp. 505-515.

CHABRUN ROBERT C. La chirurgie ambulatoire. *Le Concours Médical*, Septembre 1991.

CHICHE G., RIPOLL F., ANDROVER J., MOREL G., CAMPOCASSO J. et BRUNEL M. La chirurgie dans huit établissements de santé privés des Bouches-du-Rhône. *Journées interrégionales de Clermont -Ferrand du 23 septembre 1994*, *Revue Médicale de l'Assurance-Maladie*, 1995, n°1.

DE LATHOUWER C., HABARER J.P., LIENHART A., L'HOSTIS A., DE LA SELLE P. , *Techniques hospitalières*, Décembre 1994, n°591.

DECAUX A., DEMONT F., LEGROUX Ph., GRANDBASTIEN B., SAGNIER P., BRILLET Ph. et DRUCKER J. La chirurgie ambulatoire ou de court séjour : analyse d'une expérience dans un centre hospitalier public français. *Revue Médicale de l'Assurance-Maladie*, Janvier 1991, n°1.

DELFORGES P., GILBERT A., GIORDANO V. Chirurgie ambulatoire - Hospitalisation de jour, quelle stratégie , quel avenir ? .

DORSNER-DOLIVET A. Chirurgie et anesthésie ambulatoires. *Médecine et droit*, Juin 1995, n°12, pp. 22-25.

FANTINO B., FANTINO F., SYSTCHENKO B., FABRY J. et MABRIEZ J-C. Chirurgie ambulatoire et chirurgie classique : évaluation médico-économique de 161 patients randomisés. *Revue Médicale de l'Assurance-Maladie*, 1996, n°4.

FELLMANN A. La chirurgie ambulatoire, clé du futur. *Professions Santé & Plateau Technique*, Septembre 1996, n°10.

FOULON D. L'activité des établissements de santé en 1994. *Résultats provisoires SAE 1994, Informations rapides*, Février 1996, n°70.

FRANK M., DEMONT F. La valorisation de la chirurgie ambulatoire en France. *Journal d'Économie Médicale*, Novembre - décembre 2000, n°7-8, pp. 433-440.

GAILLET P., GENIAUX M., SALVADORI J.-M., REY J.-F. Activités et équipements des services médicaux et médicaux –techniques : chirurgie ambulatoire. *Techniques Hospitalières – La revue des Technologies de la santé*, Décembre 1998, n°632, pp. 36-40.

GAME F. Chirurgie ambulatoire : un frein aux dépenses de santé. *Futurible*, Décembre 1993, n°182.

GUEY A. Le virage ambulatoire. *Revue Hospitalière de France*, Avril 1996, n°2, pp.226-228.

KAMANI Y.-V. Le laser en chirurgie ambulatoire ORL et stomatologique. *Objectif Soins*, Septembre 1998, n°67, pp. 31-37.

LE CORRE M-C. Chirurgie d'un jour : le gage de l'efficience. *Revue de l'infirmière*, Juillet 1999, n°51, pp. 47-50.

MALEY E. Chirurgie ambulatoire : l'âge de raison. *Clinic Internationale*, Octobre 1994, n°65.

OLIVIER A. Où en est la chirurgie ambulatoire, *Gestions Hospitalières*, Mai 1998, pp. 353-355.

PARMENTIER M. Enjeux médicaux, économiques et administratifs du développement de la chirurgie ambulatoire en France. *Association française de chirurgie ambulatoire*, Novembre 2000.

RENOU G. Chirurgie ambulatoire. *Techniques Hospitalières*, Avril 2001, pp. 12-15.

SALES J.P., L'HUILLIER M.C. La chirurgie ambulatoire : un espace pour de nouveaux comportements. *Revue hospitalière de France*, Mai - juin 2000.

TWERSKY R.S. Ambulatory Surgery. Mars 1993, volume 1, n°1.

VANDENBROUCKE F. Intervention à l'occasion du quatrième congrès belge de chirurgie ambulatoire. 31 mars 2000.

THESES ET MEMOIRES

AUBIN V. *Les implications du projet de chirurgie ambulatoire sur l'orthopédie au C.H.U. de Montpellier.* Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital : École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1995. 63 pages.

AUDON B. *La chirurgie ambulatoire.* Mastère « Équipements biomédicaux » : Université de Technologie de Compiègne, École nationale de la Santé Publique, Rennes, 1995. 70 pages.

BERGE F. *Anesthésie / chirurgie ambulatoire : organisation, architecture, disciplines concernées, application au CHU Angers.* Mastère « Équipements biomédicaux » : Université de Technologie de Compiègne, E.N.S.P., Rennes, 1995. 68 pages.

BREHIER M. *Conception et organisation d'une unité de chirurgie ambulatoire isolée au sein d'un hôpital de soins de suite. Exemple du projet de reconversion de l'hôpital Rothschild.* Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital : École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1998. 79 pages.

DUCASSE J.-L. *L'anesthésie et la chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse.* Thèse de management médical : Paris, 1995. 150 pages.

FERRERO A. *Anesthésie et chirurgie ambulatoires comme modèle d'évaluation de la performance et de l'adaptation du système de soins. Etat des lieux et réflexion sur l'évolution de ce mode de prise en charge dans le cadre de l'élaboration du nouveau Schéma Régional d'Organisation sanitaire en région Languedoc-Roussillon.* Mémoire ENSP de Médecin Inspecteur de la Santé : École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1999. 161 pages.

GLACON O. *La performance organisationnelle à l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Bicêtre.* Université Paris I, 2000.

GUERRAZ S. *Concilier nouvelle gestion des Ressources Humaines et Réformes de structure, l'exemple du Centre Hospitalier de Chambéry.* Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital : École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1996. 80 pages.

HOOP P. *Les potentialités de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital Henri Mondor*. Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital : École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1994. 92 pages.

MERCY A. *Rôle de l'Infirmière Générale dans l'anticipation d'une nouvelle pratique infirmière à propos de la chirurgie ambulatoire*. Mémoire ENSP d'Infirmier Général : École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1994. 77 pages.

MERLE P. *Faire le choix de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public. L'exemple de la mise en conformité de la pratique de la chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier Lyon-Sud (Hospices Civils de Lyon) par l'ouverture d'une structure d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoires (ACHA) commune à trois services de chirurgie* ». Mémoire E.N.S.P. de Directeur d'Hôpital : E.N.S.P., Rennes, 1999. 179 pages.

SALA A. *Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Perpignan*. Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital : École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1995. 63 pages.

DOCUMENTS INTERNES AU C.H.U. DE TOULOUSE

Projet d'établissement 1994-1999.

Projet d'établissement 2001-2005.

Rapport de la mission d'étude de centres ambulatoires en Amérique du Nord (Canada et U.S.A.), 24 / 28 avril 2000.

L'ambulatorio dans le pôle digestif au CHU de Toulouse – Perspectives à partir des données PMSI. Fédération d'Information Médicale et d'Épidémiologie du CHU de Toulouse, septembre 2001.

SITES CONSULTÉS

www.ccomptes.fr

www.galeriesociales.com.fr

www.mutualité.com.fr

Liste des annexes

1 / Le potentiel ambulatoire : explications

2 / La cartographie des places de chirurgie ambulatoire en Midi – Pyrénées.

Titre du document : Répartition des 340 places autorisées de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires dans les structures privées et publiques de la région Midi-Pyrénées au 1^{er} janvier 1999.

3 / Les dix recommandations de la Charte Qualité de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire du CHU de Toulouse.

4 / Les actes retenus en chirurgie ambulatoire dans la structure de Purpan

Le potentiel ambulatoire : explications.

Certaines activités médicales peuvent plus ou moins donner lieu à une prise en charge en ambulatoire. Le potentiel ambulatoire se calcule en estimant la part des interventions réalisées en hospitalisation complète qui auraient pu être réalisées en ambulatoire, selon les conditions de cette prise en charge ambulatoire. Le potentiel ambulatoire global est obtenu en ajoutant aux opérations réalisées en ambulatoire celles qui auraient pu l'être. Ainsi, pour les cures de hernies crurales ou inguinales, le potentiel ambulatoire chez l'adulte s'élève à 10% des séjours contre 1% de cures effectivement réalisées en ambulatoire.

La connaissance de tels ordres de grandeurs peut amener un praticien à modifier ses pratiques d'orientation des patients vers l'ambulatoire. La note qui suit a été réalisée par l'auteur de ce mémoire à la demande du directeur général et sur la base d'une étude médico-économique visant à estimer le potentiel ambulatoire du pôle digestif du CHU de Toulouse. Elle peut illustrer l'importance des calculs de potentiel ambulatoire dans la réflexion relative à la réforme de l'organisation hospitalière.

Note de synthèse: l'ambulatoire dans le pôle digestif au C.H.U. de Toulouse – perspectives à partir des données PMSI

L'analyse contenue dans ce rapport repose sur un constat : la prise en charge ambulatoire des patients, qui connaît en France un retard certain, est appelée à se développer dans les années à venir. Or, la spécialité digestive est fortement concernée par cette alternative. Le rapport, qui repose sur l'exploitation des données PMSI relatives aux six services (adultes) prenant en charge les pathologies digestives au CHU, se propose par conséquent de fournir les éléments permettant de dimensionner la structure de prise en charge ambulatoire dans cette discipline.

1/ Les séjours de moins de 24 heures en pathologie digestive au CHU

1.1/ Le lieu de prise en charge

3 454 séjours ambulatoires ont été recensés pour l'année 2000, soit 30,2% de l'ensemble des séjours en pathologie digestive. 25% de ces séjours de moins de 24 heures ont eu lieu dans une UF traditionnelle ou en hôpital de semaine. Le flux de patients pris en charge dans les structures ambulatoires est de l'ordre de 10 patients par jour.

1.2/ La tendance depuis 1995

La part de l'ambulatoire par rapport à l'ensemble de l'activité reste relativement stable depuis 6 ans : pour aucun service n'est constatée une progression des CM24. Ce sont surtout des séjours médicaux qui constituent les séjours de moins de 24 heures. L'activité d'endoscopie ambulatoire est surtout marquée dans les services d'hépatologie de Purpan et de gastro-entérologie et Nutrition de Rangueil.

1.3/ Les diagnostics médicaux des séjours de moins de 24 heures

Les actes réalisés au cours des séjours de moins de 24 heures sont surtout des endoscopies (près de 40% des séjours ambulatoires ont bénéficié d'une endoscopie) ; viennent ensuite les explorations par scanner et par échographie.

Les patients ayant séjourné moins de 24 heures dans le CHU sont plus jeunes (moyenne : 53,8 ans) que ceux ayant séjourné plus de 24 heures. De même, ces patients ont moins de comorbidités associées. Si elles ne sont pas rares, les comorbidités ne sont pas sévères. Enfin, 70% des séjours de moins de 24 heures concernent des patients originaires de Haute-Garonne. Près de 10% des patients sont domiciliés hors de la région Midi-Pyrénées.

2/ Deux cas de pathologies pouvant relever de l'ambulatoire

2.1/ Les hernies inguinales et crurales

La pratique ambulatoire pour les cures de hernies est supérieure au CHU (12,2% des hernies sont prises en charge en ambulatoire) par rapport aux pratiques constatées au niveau national (moins de 2% des hernies de l'adulte sont traitées en hospitalisation de jour en France). La proportion est cependant de 88% aux Etats-Unis.

2.2/ Les interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales

plus de 7% des patients hospitalisés pour ce type de traitement ont eu un séjour de moins de 24 heures. Les pratiques actuelles au CHU sur ce type d'interventions sont peu différentes de celles constatées au niveau national.

3/ Le potentiel de développement en ambulatoire « digestif » au CHU de Toulouse

3.1/ Le potentiel ambulatoire pour les hernies

Le taux d'utilisation possible de l'ambulatoire (« taux espéré ») est de 33,2% de l'ensemble des hernies traitées au CHU pour l'année 2000. Le rapport indique « *qu'en faisant varier le seuil des critères d'inclusion et en gagnant du terrain sur les séjours de 2 nuits puis de trois nuits, on peut aller jusqu'à un taux espéré de 75,5%* ».

3.2/ Le potentiel ambulatoire pour la pathologie digestive chirurgicale

L'activité ambulatoire chirurgicale représente actuellement au CHU 7,8% de l'activité chirurgicale en digestif. Un changement du mode de prise en charge des hernies et des pathologies proctologiques pourrait apporter une progression variant de + 47% (hypothèse basse) à + 107% (hypothèse haute) par rapport à la pratique actuelle de chirurgie ambulatoire.

3.3/ Le potentiel ambulatoire pour la pathologie digestive médicale

pour l'ensemble du médical, un changement des pratiques pourrait se manifester par une progression de + 27% du nombre de sujets traités en ambulatoire par rapport à la pratique actuelle de l'ambulatoire médical.

- le potentiel ambulatoire pour l'endoscopie médicale : l'activité ambulatoire d'endoscopie médicale représente 42,4% de l'activité d'endoscopie actuelle. Un changement des pratiques pourrait apporter une progression de + 26% à + 45% par rapport à la pratique actuelle de l'endoscopie ambulatoire.
- le potentiel hors endoscopie : le nombre de séjours médicaux ambulatoires représente 34% du nombre total de séjours médicaux sans réalisation d'une endoscopie. La progression pourrait se situer entre + 28% et + 48% par rapport à la pratique actuelle de la médecine ambulatoire.

4/ Conclusion : état des lieux de la prise en charge ambulatoire et limites de la méthodologie

4.1/ L'offre de soins ambulatoires en France

L'offre de soins ambulatoires est caractérisée par une répartition inégale entre les régions et par une prédominance du secteur privé. Le développement de la chirurgie ambulatoire est moins avancé en France que dans d'autres pays (Etats-Unis par exemple). La région Midi-Pyrénées n'échappe pas à ce constat. Cependant, seulement 44% des actes réalisés en chirurgie ambulatoire dans le secteur privé relèvent de la substitution (ce qui révèle de fait une forte activité diagnostique). Ce constat a incité l'ARH à encourager fortement le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements publics de la région.

Plusieurs études ont démontré qu'au CHU de Toulouse, la spécialité gastro-entérologique était particulièrement concernée par la prise en charge ambulatoire, tout comme l'orthopédie et la gynécologie obstétrique (= 60% de la chirurgie ambulatoire du secteur public). Il est cependant regrettable que la cure de hernie ne figure pas dans la liste des actes potentiellement réalisables en ambulatoire mise au point par les experts de Midi-Pyrénées.

4.2/ Les limites de la méthode utilisée

Le rapport indique ses propres limites méthodologiques dans l'estimation des différents potentiels :

- limites relatives à la nature des données du PMSI : ainsi, par exemple, les informations disponibles dans le PMSI ne permettent pas d'exclure les patients du potentiel ambulatoire selon le degré d'atteinte de leurs fonctions vitales.

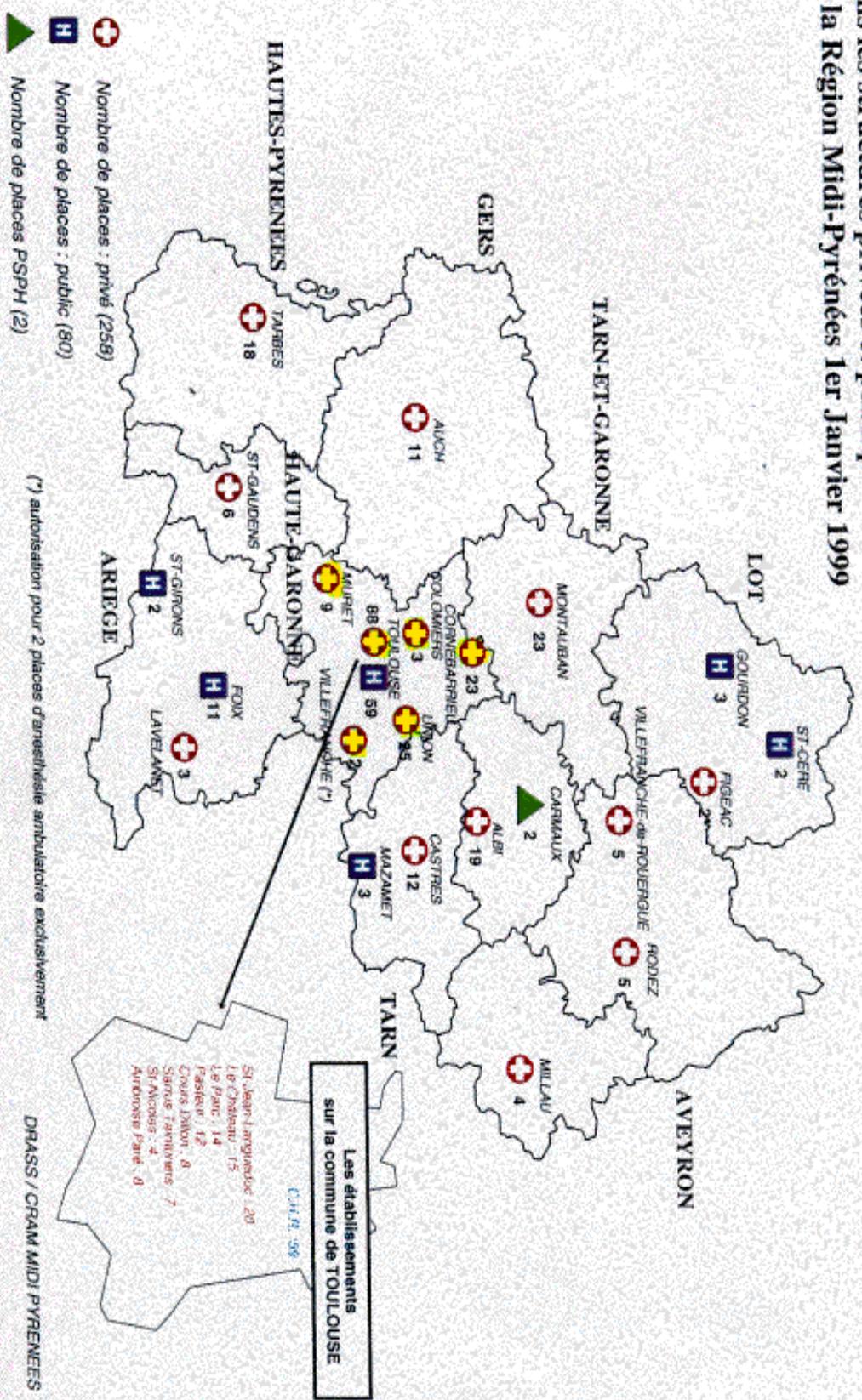
- limites relatives à la qualité des données du PMSI : plusieurs facteurs psychosociaux sont des obstacles à la prise en charge des patients en ambulatoire (anxiété, isolement familial, ...). Ces codes sont rarement utilisés puisqu'ils n'influencent pas le classement des séjours : ils n'ont donc pas été retenus comme critères d'exclusion, alors même qu'ils peuvent expliquer l'allongement de la durée de séjour.

- limites liées à l'établissement des listes d'actes : ces listes nécessitent d'être actualisées par la mise au point d'une définition commune des actes réalisables ambulatoires (cf. divergences actuelles entre experts du CREDES et SROS sur les cures de hernie inguinale).

La part de l'activité ambulatoire dans les spécialités digestives du CHU de Toulouse est actuellement de 30%. Cette activité est stable et principalement constituée d'une activité médicale et diagnostique (endoscopie). La prise en charge chirurgicale seule est peu ambulatoire (6 à 7% selon les approches),

alors même que l'ARH a fixé pour objectif une activité ambulatoire de 30% pour l'ensemble de la chirurgie à l'horizon 2005.

Répartition des 340 places autorisées de chirurgie anesthésie ambulatoire dans les structures privées et publiques de la Région Midi-Pyrénées 1er Janvier 1999



Les dix recommandations de la Charte Qualité de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire au CHU de Toulouse

- 1 – Exigence de sécurité.
- 2 – Accueil, qualité et personnalisation des soins.
- 3 – Collaboration avec tous les intervenants.
- 4 – Collaboration entre toutes les spécialités chirurgicales.
- 5 – Respect des critères de sélection.
- 6 – Respect des délais postopératoire.
- 7 – Respect des horaires.
- 8 – Utilisation optimale des structures.
- 9 – Qualité de la continuité des soins.
- 10 – Règlement intérieur modifiable.

Extrait du règlement intérieur de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Toulouse (27/07/01).

Actes retenus en chirurgie ambulatoire dans la structure de Purpan

La liste des indications chirurgicales n'est pas exhaustive, et peut varier avec l'évolution des techniques chirurgicales et de la pharmacologie des drogues d'anesthésie.

OPHTALMOLOGIE

Cataracte
Glaucome
Combiné (Cataracte, glaucome)
Sondage et intubation des voies lacrymales
Examen sous AC enfants
Chirurgie de la paupière
Implant secondaire
Chirurgie de la conjonctive
Implant myopique
Kératotomie radiaire sous AG

ORL

Adénoïdectomie
Pose de drains transtympaniques
Endoscopie
Tympanoplastie simple
Sinusoscopie
Corps étrangers (nez oreille)
Exérèse polype cordes vocales
Biopsie laryngée Otospongiose
Otoplastie
Potentiels évoqués auditifs.

CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE

Ablation de matériel d'ostéosynthèse
Fractures alvéolaires
Réimplantation dentaire
Extractions et soins dentaires
Tumeurs bénignes tissus mous.
Kystes maxillaires
Arthroscopie
Otoplastie
Rhinoplastie

ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE

Canal carpien
Maladie de Dupuytren
Doigt à ressaut
Tuméfaction, kyste, corps étranger
Ablation de matériel d'ostéosynthèse main
Arthrodèse interphalangienne de la main
Orteil en griffe
Arthroscopie du poignet et du genou et chirurgie du ménisque
AOS Illizarov,
Biopsie osseuse
Libération d'adhérence