

Anesthésie et chirurgie ambulatoire 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.

Alain FERRERO

Mémoire de
Médecin Inspecteur de Santé Publique
Promotion 1998/2000

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I.	Définitions	1
1.	Anesthésie et Chirurgie Ambulatoires (ACA)	1
2.	SROS	3
II.	Historique et évolution	4
1.	ACA	4
2.	SROS	6
III.	L'ACA dans le système de soins	6
1.	ACA et performance du système de soins	6
2.	L'ACA en termes de mode d'organisation du travail	9
3.	L'ACA en termes de logique administrative	9
4.	ACA, secteur privé et secteur public	10

METHODOLOGIE

	11
--	----

I.	Objectifs	11
II.	Moyens	11

RESULTATS

I.	Cadre légal et réglementaire	13
II.	Bilan de l'existant	22
1.	Au niveau national	22
a)	Offre	22
b)	Activité	23
c)	Disparités régionales	26
d)	Structures	26
2.	Au niveau régional	27
a)	Démographie régionale	27
b)	Adaptation aux besoins	27
c)	Equipeement chirurgical régional	27
d)	Activité chirurgicale.....	29
III.	SAE	29
	PMSI	30
e)	Bilan d'exécution du SROS 1	33
f)	SROS 2	34
III.	Obstacles au développement	
1.	Textes, réglementation	37
2.	Tarification, points ISA	39
3.	Coûts	41
4.	Financement	41
5.	Accessibilité géographique	42
6.	Accessibilité financière	42
7.	Libre choix	43

8. Réticence, difficultés de certains établissements	43
9. Réticence de certains praticiens	43
10. Indisponibilité de praticiens	44
11. Implication insuffisante des médecins généralistes	45
12. Patients	45
13. Actes praticables en ACA	46
14. Suivi des suites opératoires	46
15. Frein social	47
16. Absence d'incitation, de promotion, de contraintes	48
IV Développement de l'activité	48
1°) Potentiel de développement – substitution	48
2°) Arguments en faveur du développement	52
3°) Atouts	57
4°) Orientations et moyens d'influer	58
a) Cadre général	58
b) Débat autour de la nécessité de développement de l'ACA	58
c) Orientations	60
1. Textes, réglementation	60
2. Taux de change, quotas, substitution	60
3. Tarification, points ISA	63
4. Coûts	64
5. Financement	64
6. Accessibilité géographique	65
7. Accessibilité financière.....	66
8. Libre choix	66
9. Besoins... ..	67
10. Accompagnement des établissements	67
11. Accompagnement des praticiens	68
12. Indisponibilité de praticiens	69
13. Médecins généralistes	69
14. Patients	70
15. Orientation de l'activité ACA	71
16. Prise en charge des suites opératoires	73
17. Accréditation	74
18. Evaluation	75
19. Promotion	77
IDEES FORCES	78
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	81
LISTE DES TEXTES REGLEMENTAIRES	86
ANNEXES	

INTRODUCTION

La pratique de l'anesthésie et de la chirurgie sur un mode ambulatoire s'est développée ces dernières années et s'impose désormais comme un thème majeur de l'organisation des soins, permettant d'appréhender maints aspects de la régulation et de la performance du système de soins. Dans la restructuration hospitalière en cours, son développement est un dossier incontournable.

L'objectif de ce travail est de traiter des enjeux concernant ce nouveau mode de prise en charge dans le cadre de la planification sanitaire.

I. Définitions

1. Le terme « chirurgie ambulatoire » regroupe plusieurs appellations – chirurgie en hospitalisation de jour, chirurgie de jour, chirurgie d'un jour, chirurgie et anesthésie sans hospitalisation, chirurgie ambulatoire, chirurgie et anesthésie ambulatoires – autour du même concept : la réalisation d'un acte nécessitant un environnement technique hospitalier (bloc opératoire), sous une anesthésie de mode variable, le plus souvent générale, avec une surveillance postopératoire de plusieurs heures mais sans nuit passée en hospitalisation, donc sans Hospitalisation dite « Complète » (HC). Cet acte peut être un acte réellement chirurgical (chirurgie ambulatoire au sens strict), ou un acte d'exploration (on utilisera alors plutôt le terme d'« anesthésie ambulatoire »). Le terme Anesthésie et Chirurgie Ambulatoires (ACA) sera retenu ici pour désigner ce mode de prise en charge.

L'organisation de cette activité repose sur quelques notions de base :

- L'unité de soins est individualisée (Unité de Chirurgie Ambulatoire, UCA), et existe le plus souvent sous forme d'une structure dépendant d'un établissement hospitalier public ou privé, située dans l'enceinte hospitalière, dont elle constitue une unité spécifique (centre « satellite »), disposant de ses propres locaux. Elle peut aussi exister sous forme d'une structure autonome ayant passé convention avec un établissement hospitalier public ou privé. Cette unité de soins ne doit pas comporter de lits d'hébergement complet et doit être dotée d'un personnel, d'un équipement (normes techniques) et d'une organisation permettant la réalisation d'actes de chirurgie dans la journée sans hospitalisation de nuit pour le patient. Ceci exclue donc l'activité ambulatoire réalisée dans des lits d'hospitalisation complète (HC). C'est pourquoi les centres dits intégrés, qui utilisent la structure hospitalière d'hébergement ainsi que les locaux techniques hospitaliers (bloc) sont en limite nosologique avec le concept.
Les centres satellites ont une activité plutôt « généraliste », les salles d'opération sont en général communes à l'activité d'ambulatoire et d'HC.
Les centres indépendants ont une activité le plus souvent très spécialisée (ophtalmologie, chirurgie de la main).
La capacité de l'UCA n'est pas exprimée en lits, mais en « places », chaque place permettant la réalisation de 365 séances d'ACA, donc la prise en charge de 365 patients par an.
- La programmation des actes se fait plusieurs jours à l'avance, les actes étant réalisés à des heures ouvrables, en semaine.
- Les malades susceptibles d'en bénéficier sont sélectionnés. Préalablement à la réalisation de l'acte, les patients, leur entourage, l'éventuel avis du médecin traitant sont évalués par le praticien et l'anesthésiste. Une information « claire et loyale » est délivrée sur les impératifs

requis, les risques encourus et les conditions du retour à domicile ainsi que la possibilité d'une HC immédiate ou différée dans les suites en cas de besoin.

- La procédure opératoire est identique à celle suivie au cours d'une HC, et notamment surveillance postopératoire immédiate.
- Les patients sont réévalués avant leur sortie, une information pour leur médecin traitant et les consignes à suivre en cas de complication leur sont remises.
- Le maintien du patient en hospitalisation dans l'établissement, ou éventuellement en l'adressant à un autre établissement dans le cadre d'une convention en cas de structure ambulatoire autonome, est possible au décours de l'acte en cas de problème.

Le tout afin d'obtenir le meilleur niveau possible de sécurité avec absence de majoration du risque par rapport au même acte effectué en HC, permettant la substitution à celle-ci, cette substitution étant le but essentiel recherché : l'ACA concerne des actes qui auraient dû être faits en HC si l'UCA n'existait pas.

Cette activité concerne aussi bien des actes d'exploration que des actes thérapeutiques, à travers de nombreuses spécialités : Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), ophtalmologie, urologie, orthopédie, odontologie, stomatologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie de paroi, voire chirurgie digestive, phlébologie, dermatologie, gynécologie, endoscopies digestives, bronchiques, urinaires, artériographies. Pour chacune, il existe un certain nombre d'actes habituellement pratiqués en ambulatoire ; du fait de la grande variabilité des pratiques et de l'évolution technique très rapide pouvant rendre toute liste rapidement obsolète, il est difficile de proposer une liste exhaustive. On peut retenir qu'il s'agit en règle générale d'actes peu douloureux à faible risque de complication dans les suites immédiates, effectués sur des patients également à faible risque de complication. L'appréciation est finalement du ressort des praticiens, médecin anesthésiste et chirurgien, leur expérience ainsi que les indications et conditions d'exécution d'un acte engageant leur responsabilité.

Pour des raisons d'homogénéité et de cohérence, on exclura de ce mode de prise en charge :

- Les actes techniques simples, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés sans anesthésie (autre que locale éventuellement) :
 - ne nécessitant ni surveillance prolongée ni environnement technique particulier, réalisables dans un cabinet médical ou en consultation externe. La tutelle a le souci de ne pas voir entrer ces actes dans le champ de l'ACA pour des raisons de coût. Ceux-ci ne donnent donc lieu à aucune tarification pour l'établissement dans lequel ils sont éventuellement pratiqués.
 - nécessitant un environnement technique pour des questions de sécurité ou de confort, ou une surveillance médicale ou paramédicale de quelques heures, ou une position couchée prolongée, sans délai horaire précis. La possibilité d'intégration de ce type de patients et d'activité dans l'ACA n'est pas toujours apparue claire, cependant le mode ambulatoire n'est pas contesté concernant la tarification pour l'assurance maladie si une surveillance est justifiée, soit à cause du malade, soit à cause de l'acte. Mais cela ne doit pas permettre le transfert de soins externes vers l'ACA¹. La conférence de consensus de 1993² s'était beaucoup axée sur l'anesthésie, les

¹ M. AOUSTIN, échelon national du service médical de l'assurance maladie.

² Vème conférence de consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, Paris, mars 1993.

experts n'ont semble-t-il pas anticipé une évolution rapide de la technique chirurgicale en dehors de l'anesthésie.

- Les actes réalisés en urgence, même s'ils peuvent utiliser le même type de prise en charge, qui ont désormais leur propre tarification pour l'hébergement³ et ne doivent pas interférer avec l'activité d'ACA.
- Les actes d'ACA qui peuvent encore être pratiqués dans des cabinets libéraux⁴. Pour les tutelles, l'ACA dans les cabinets spécialement équipés (ophtalmologie, chirurgie de la main, chirurgie veineuse) doit être considérée comme occupant des places. En effet, dès l'instant où il y a anesthésie, les textes concernant l'ACA s'appliquent⁵. S'il paraît délicat de déterminer où doit se faire un acte, la pratique de l'ACA en cabinet privé pose certains problèmes, notamment de contrôle des structures, de tarification ; les patients peuvent être amenés à payer le Forfait de Salle d'Opération (FSO) non réglé par l'assurance maladie sous forme d'un dépassement d'honoraires⁴.

Enfin, le terme « médecine ambulatoire », est fréquemment utilisé pour désigner la médecine de ville par rapport à la médecine hospitalière, ou la médecine pratiquée en consultation, voire en hospitalisation de jour sans anesthésie. Ce type de pratique est exclu de la définition de l'activité ambulatoire telle qu'entendue ici.

2. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) est un document public de prospective et d'orientation en matière hospitalière qui a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins hospitalière en vue de satisfaire de manière optimale la demande dans le domaine de la santé. Instrument cadre de la politique hospitalière à 5 ans, il constitue pour les établissements de santé publics et privés la référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation et orienter l'allocation de ressources, et aide les acteurs à se positionner et à agir dans leur domaine en toute connaissance de cause.

Les SROS de première génération, mis en œuvre en 1994, et qui arrivent à échéance en juillet 1999 sont des documents assez « généralistes », de planification globale, ambitieux pour certains, centrés sur les hôpitaux. Ils portent essentiellement sur l'adaptation des structures hospitalières en termes de moyens plutôt qu'en termes d'objectifs de santé, avec une réflexion de type carte sanitaire (équipement, organisation des établissements).

Ils ont parfois fait l'objet d'avenants ultérieurs sur des thèmes précis.

Ils se sont avérés peu efficaces en termes de résultats.

Tirant l'expérience de ces premiers SROS qui souffraient d'une volonté planificatrice trop vaste, les pouvoirs publics ont voulu pour plus d'efficacité des SROS de deuxième génération (SROS 2) resserrés autour de quelques thèmes prioritaires précis correspondant à la fois aux priorités de santé publique déterminées par les travaux des Conférences Régionales de Santé et à une volonté de

³ Forfait d'Activité Non Programmée (FANP).

⁴ Voir le travail de P. CHAUD.

⁵ M. METTENDORF, Direction des Hôpitaux (DH).

corriger des dysfonctionnements préalablement identifiés dans l'organisation hospitalière, par exemple dans le domaine de la cancérologie, de la périnatalité, ou des maladies cardio-vasculaires.

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a demandé que les grandes orientations du SROS 2 puissent être définies dès le mois d'octobre 1998 afin de servir de base à la loi de financement de la Sécurité Sociale et à l'attribution des budgets des hôpitaux en 1999.

II. Historique et évolution

1. ACA

La première expérience d'ACA de grande importance remonte au début du vingtième siècle en Grande-Bretagne. Elle réapparaît aux Etats-Unis au tout début des années 60. Ce n'est véritablement que dans les années 70 qu'elle commence à se développer pour connaître une croissance rapide dans les années 80, particulièrement aux Etats-Unis.

La motivation de ce développement est variable suivant les pays, essentiellement économique, avec la nécessité de réduire les coûts hospitaliers, mais aussi de libérer des lits d'HC, de diminuer les listes d'attente⁶, d'accroître l'accessibilité de la chirurgie, d'éviter de couper les patients de leur environnement habituel. Des mesures d'incitation financière encouragent cette croissance.

Le premier centre français (autonome) est créé en 1980 à Strasbourg⁷. Alors que la chimiothérapie ambulatoire est précocément prise en compte par les pouvoirs publics – puisqu'une circulaire du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale en date du 4 mai 1981 concerne l'agrément de services d'hospitalisation de jour pour chimiothérapie ambulatoire, et la mise en œuvre d'une convention entre les caisses et les établissements permet le remboursement des frais de traitement –, l'ACA n'a aucune existence légale.

Quelques établissements du même type sont créés par la suite, des accords ponctuels entre caisses et établissements privés permettant une tarification des actes.

En l'absence de réglementation, les différents acteurs du monde de la santé s'aventurent alors dans un vide juridique, qui permet un relatif développement de l'ACA dans les cliniques à partir de 1985, de manière informelle, dans une semi-clandestinité, sans aucune règle d'organisation. L'ACA est ainsi effectuée dans le cadre des structures existantes, à partir des lits d'HC utilisés à cette occasion comme lits de réveil ou de repos. L'hospitalisation de jour n'existant pas juridiquement pour les cliniques privées à but lucratif, les actes de chirurgie ambulatoire se pratiquent dans le cadre des consultations externes. Ne sont alors facturés que des FSO qui couvrent l'utilisation de la salle d'opération, le matériel, la fourniture de médicaments nécessaires à l'intervention et les frais de

⁶ Etats-Unis, Canada, Grande-Bretagne.

⁷ Par G. FOUCHER.

personnel, mais pas les honoraires des praticiens qui viennent en sus. Certains établissements peuvent alors être tentés de recourir à l'HC afin de percevoir une rémunération pour l'hébergement, si le secteur d'HC n'est pas complet.

Des UCA autonomes sont créées, surtout du fait de l'absence de possibilité pour des spécialistes d'exercer dans des cliniques, ce dont on peut rapprocher l'activité pratiquée dans des cabinets libéraux de ville.

Dans le secteur public, l'ACA a pu être pratiquée au sein de la chirurgie traditionnelle, des consultations externes ou de l'hospitalisation de jour. Cette dernière, définie par l'article 31.3 de la loi du 31 décembre 1970 (tarif spécifique, fermeture le week-end), n'a été mise en œuvre que dans le secteur public⁸. Le choix entre consultation externe et hospitalisation de jour pour la facturation des actes reste confus faute d'une réglementation claire.

Si un établissement décide de facturer les interventions chirurgicales en ACA, il doit demander la transformation de lits d'HC en lits d'hospitalisation de jour.

La première en France, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Bretagne constatant la progression importante de l'activité de chirurgie ambulatoire en 1988 et le vide juridique la concernant, fixe quelques principes simples pour la mise en place d'une UCA : secteur indépendant du secteur hospitalier, mise en place d'une signalisation spécifique, engagement de fermeture du service chaque jour en soirée, interdiction de présence de malades hospitalisés, pas de facturation des frais d'hébergement.

Certains centres d'ACA privés passent des conventions d'expérimentation avec l'assurance maladie, leur conférant ainsi un statut officiel et un financement propre, et certaines CPAM acceptent de rembourser une journée d'hospitalisation même si le patient ne reste que 6 heures. Cette tolérance cesse le 26 novembre 1990 par une circulaire de la CNAM, qui, dans un souci de régularisation, soumet cette activité à autorisation, sans toutefois prévoir de sanctions.

Mais de façon usuelle les actes faits en ACA restent jusqu'en 1991 des « soins externes », les établissements ne pouvant facturer qu'un FSO correspondant à l'acte réalisé sans possibilité de facturer l'hébergement.

Les établissements publics sont eux déjà soumis au budget global.

Les pouvoirs publics tentent de freiner l'ACA par des mesures « désincitatives » (arrêtés du 28 décembre 1990 et 8 mai 1991), privilégiant la maîtrise des dépenses de santé, en réduisant sa rémunération par le biais d'une diminution du FSO, faisant ainsi douter de la rentabilité future de l'activité.

En 1991, les participants au premier congrès européen de chirurgie ambulatoire s'interrogent sur « l'incapacité des pouvoirs publics des pays européens à définir

⁸ Circulaire du 17 novembre 1972.

dans des délais acceptables un vrai statut pour la chirurgie de jour et à établir les conditions stimulantes de son exercice et de son développement malgré l'intérêt unanimement manifesté par toutes les parties, pouvoirs publics inclus, depuis plusieurs années en sa faveur et les bénéfices considérables qui en résulteraient ».

Il faut attendre la Loi Hospitalière du 31 juillet 1991 et les décrets du 2 octobre 1992, qui lui donnent enfin un cadre juridique, pour la reconnaissance légale de la chirurgie ambulatoire. Mais cette loi va également tenter d'endiguer cette pratique en prévoyant que toute structure créée après le 1^{er} janvier 1989 est soumise à autorisation ; celles créées antérieurement sont autorisées à poursuivre leur activité mais il faut en faire la déclaration au représentant de l'Etat. Les structures ambulatoires sont intégrées à la carte sanitaire, et l'échange de lits s'instaure (fermeture de lits d'HC en échange d'autorisation d'exploitation de places d'ACA).

La déclaration de l'activité ACA va donner lieu à une procédure de reconnaissance par les tutelles, visant à évaluer l'activité ACA des établissements⁹ et débouchant sur l'attribution d'un certain nombre de places.

5045 places d'ACA sont ainsi reconnues par le Ministère de la santé¹⁰, les cliniques privées représentant plus de 80 % de l'offre.

La conversion de lits d'HC dans les années suivantes va porter progressivement le nombre de places autorisées sur l'ensemble du territoire français, départements d'outre-mer compris, à 7572 au 31 mars 1998.

L'ACA représente actuellement 27 % des actes réalisés sous anesthésie en France, environ 20 % correspondant à de l'activité dite « chirurgicale » (endoscopies exclues), soit un niveau comparable à l'Allemagne, la Belgique et la Grande-Bretagne, contre 40 à 50 % au Canada, et 50 à 65 % aux Etats-Unis.

2. SROS

La Basse- Normandie a élaboré un SROS «zéro» dès 1987.

Le SROS 1 a été mis en œuvre dans toutes les régions en 1994 et arrive à échéance en 1999.

Certaines régions ont élaboré des avenants au SROS 1 sur des thèmes précis : par exemple, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) MIDI-PYRENEES a élaboré en 1996 un avenant spécifique sur la cancérologie.

La loi du 31 juillet 1991 prévoyait que les orientations des établissements soient « compatibles » et non strictement conformes avec les orientations du SROS. L'annexe au SROS, envisageant les « créations, regroupements, transformations ou suppressions des installations et des unités » n'avait de même qu'un caractère incitatif, et non opposable.

Le SROS 2 s'appliquera à partir de l'été 1999.

⁹ Au dernier trimestre 1991.

¹⁰ Pour 5422 demandées, source DH, février 1995.

III. L'ACA dans le système de soins

Ce travail vise à cerner la dynamique de l'ACA dans le système de soins, les facteurs ayant influencé son apparition et son développement, ses interférences avec l'Administration et les organismes en charge de contrôler l'offre de soins, les blocages actuels et les solutions envisageables, la façon dont elle s'intègre dans une logique de performance et d'adaptation de l'offre de soins et dont elle peut en permettre l'évaluation.

1. ACA et performance du système de soins

L'ACA permet d'explorer différents axes de la performance du système de soins. Il s'agit de mesurer la performance de l'ACA elle-même, et d'apprécier comment ce mode de prise en charge, d'organisation du travail, peut interférer avec la performance du système de soins dans son ensemble. Si la performance de l'ACA peut être décrite dans l'absolu, on aura cependant toujours en arrière pensée comme élément de comparaison l'HC pour les mêmes actes.

La performance peut être définie de différentes façons, grâce à des critères différents :

- Une première façon, la plus habituelle, est d'utiliser les seuls grands indicateurs disponibles habituellement employés pour définir la performance d'un système de soins dans son ensemble. On mesure alors la performance en quelque sorte comme la capacité à prolonger la vie du plus grand nombre au moindre coût possible :
 - Indicateurs sanitaires, comme l'espérance de vie, la mortalité évitable, le nombre d'années potentielles de vie perdues etc. Mais l'ACA n'est qu'un mode de prise en charge, et non une nouvelle méthode de diagnostic ou de traitement, ce qui signifie que les actes concernés peuvent de toute façon être réalisés dans un autre cadre (HC). Les actes chirurgicaux concernent essentiellement des pathologies fonctionnelles ne mettant pas en jeu le pronostic vital. Une forte amélioration de la qualité médicale, de l'accès aux soins grâce à cette méthode n'aurait donc même pas de répercussion sensible sur ce type d'indicateur. Il faudrait de même une forte mortalité liée à la iatrogénie, et une diminution de celle-ci par l'ACA pour les faire varier. L'influence éventuelle de l'ACA dans ce cadre n'est pas évaluable actuellement.
 - Indicateurs financiers : la répercussion de l'ACA sur les dépenses globales de santé, brute annuelle par habitant, ou totale en pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB) n'est pas connue. Quand bien même elle le serait, cela ne permettrait pas de déterminer pour quels bénéfices...
 - Indicateurs sociaux : l'ACA ne diffère pas du reste du système de santé pour la part de population prise en charge. Le montant laissé à la charge du malade peut être différent de ce qu'il est en HC suivant le coût relatif des deux méthodes, la tarification des actes, mais il n'existe pas de donnée disponible.

Ces indicateurs globaux sont donc très grossiers ; ils ne sont pas adaptés dans le cas présent pour mesurer la performance.

- Une deuxième façon serait d'aborder la performance sous l'angle de la réponse aux besoins de soins, dans un sens collectif, comme la capacité à y répondre de manière optimale (couvrir tous les besoins et rien que les besoins, avec les meilleurs résultats et au meilleur coût). On pourrait fixer l'offre de façon rationnelle en termes de volume et de type de soins à produire et non pas adapter l'offre suivant des critères peu convaincants.

On se heurte alors au problème de l'évaluation des besoins. Définir les besoins est en effet toujours difficile en l'absence d'indicateurs adéquats et reconnus par tous. L'idéal serait de pouvoir les évaluer sans être biaisé par l'activité des praticiens ou des établissements, même si l'avis des professionnels de santé est également utile.

En pratique, il n'existe pas d'enquête sur les besoins de la population. Parfois les données épidémiologiques et les travaux disponibles permettent de les évaluer, mais le plus souvent, il n'existe que des données épidémiologiques générales (mortalité, dont mortalité prématurée, mortalité évitable, morbidité, espérance de vie, grandes maladies telles les Affections de Longue Durée – ALD – recensées par l'assurance maladie). Celles-ci permettent néanmoins de dégager de grandes priorités. A défaut, c'est donc le recensement de la population, l'analyse de sa structure, l'étude de la consommation médicale et de l'utilisation faite par cette même population des structures de santé mises à sa disposition qui sont utilisés.

Mais cette façon de faire comporte de nombreuses insuffisances : ainsi certains besoins non satisfaits restent omis et des soins éventuellement dispensés sans réel besoin sont pris en compte.

On peut définir les besoins comme la rencontre entre :

- un « état de l'art » (état des connaissances médicales) au mieux exprimé sous la forme de recommandations de bonne pratique résultant d'un consensus, porté à la connaissance du patient,
- et un individu, dans son environnement,
- avec des variantes suivant la dimension uniquement curative (orientation davantage système de soins) ou curative et préventive (davantage système de santé).

Les besoins d'un individu n'entraînent pas pour autant une demande de satisfaction de ses besoins, donc d'intervention du système de soins (en curatif) :

- en cas de méconnaissance de sa part, mais cela doit être corrigé par le médecin ou les autres acteurs du système de santé ;
- suivant les souhaits du patient ;
- suivant les contraintes qu'il est prêt à accepter, y compris financières.

Et inversement la demande peut être excessive par rapport aux besoins en se basant sur les recommandations de bonne pratique.

Un système de soins performant doit alors :

- favoriser l'expression des besoins, par l'information,
- guider le patient dans sa réflexion ;
- s'assurer du caractère adapté d'une demande ;
- définir quelles demandes il doit satisfaire, avec quel degré de priorité (dans l'idéal, toutes dès l'instant où elles sont médicalement justifiées) ;
- lever les entraves qui peuvent gêner l'accès aux soins et faire renoncer à une demande justifiée ;
- mettre alors à disposition les moyens pour la satisfaire ;
- et la satisfaire dans les meilleures conditions.

- Une troisième façon est de se centrer davantage sur le patient, l'individu¹¹, sa démarche personnelle de soins (service rendu) – sans méconnaître la dimension collective en adaptant

¹¹ D'où l'intérêt de prendre l'avis de la population elle-même au travers de manifestations comme les Etats Généraux de la santé, rencontres entre usagers, professionnels et tutelles vouées à l'expression des souhaits des usagers, ayant débuté fin 1998, en application de la « démocratie sanitaire » actuellement prônée par le gouvernement. Il est encore tôt pour tirer un bilan de cette expérience intéressante, mais la prise de parole et l'expression des usagers n'est pas évidente dans ce type de manifestation (voir en annexe les compte-rendu de deux de ces réunions).

L'ARH de Rhône-Alpes a mené une enquête directement auprès des usagers dans le cadre de l'élaboration du SROS.

ponctuellement à l'ACA (mais bien des critères ci-dessous concernent l'ensemble du système de soins) – et en comparant l'ACA à l'offre alternative (l'HC).

On isole alors d'autres critères de performance :

- équité : dans l'accès, dans l'information, dans l'uniformisation (capacité à rendre la performance accessible à tous) ;
- efficacité : résultats médicaux, capacité à restaurer l'état de santé au mieux et le plus rapidement, à ramener à son niveau antérieur l'espérance de vie et à rétablir la qualité de vie (intégrité physique, contrôle de la douleur) ou de la maintenir à un niveau acceptable ; l'efficacité dépend étroitement de la qualité des soins, du respect des normes techniques et des procédures, de la motivation et de l'implication des équipes, de leur compétence, et de la diminution, voire la disparition de la iatrogénie ;
- efficience : réflexion sur les coûts, notamment par rapport à l'HC, sur l'obtention du meilleur rapport qualité prix, la productivité, tout en maintenant la rentabilité pour assurer la qualité et la pérennité ; en mobilisant les ressources d'un secteur qui devrait voir son activité décroître (l'HC) vers un secteur qui la voit augmenter ;
- capacité d'évaluation, d'auto-évaluation et d'évaluation externe (audit, accréditation), capacité des acteurs à rendre compte, à produire des indicateurs sur leur pratique. Mesure de la satisfaction des usagers.

Auxquels on peut ajouter :

- coordination et communication entre les acteurs, avec les établissements, entre les établissements, complémentarité, graduation de la prise en charge, au mieux dans le cadre d'un réseau ;
- qualité des informations fournies au patient ;
- capacité à responsabiliser le patient, devenant acteur de sa propre santé ;
- confort dans les relations avec le système de santé : liberté de choix du médecin, rapidité de prise en charge, proximité, accueil, confiance, aspect relationnel, individualisation de la relation, respect, atténuation de la coupure avec le monde extérieur, disponibilité, continuité des soins.

2. L'ACA en termes de mode d'organisation du travail

- l'ACA comme l'aboutissement d'un certain processus organisationnel, sa valeur de modèle ;
- ses spécificités en tant que mode d'organisation du travail ;
- son influence sur l'organisation des établissements, sur le mode de travail des praticiens ;
- le paradoxe apparent entre sécurité et sortie précoce du patient, l'obligation de qualité ;
- le contexte réglementaire qui l'encadre ;
- le vécu de son développement dans un monde hospitalier jusqu'alors statique dans son mode de fonctionnement, les bouleversements culturels induits ;
- son appropriation par les patients ;
- ses rapports avec la maîtrise des dépenses ;
- le cadre et les limites de son développement.

3. L'ACA en termes de logique administrative

Etudier les interactions entre l'apparition et la montée en puissance d'une nouvelle organisation du travail dans le monde de la santé et les décisions administratives en observant :

- la capacité de l'Administration à produire des règles et à les imposer ;

- l'influence du développement de l'ACA sur la doctrine administrative, à travers le choix de ses orientations entre contraintes et incitations, à travers sa capacité d'adaptation, sa capacité à mobiliser les moyens et les acteurs ;
- les leviers utilisés par l'Administration et l'influence des décisions administratives sur l'évolution de l'ACA ;
- l'influence des expériences étrangères ;
- l'adéquation offre-besoins, offre-demande, l'ACA entre planification et loi du marché ;
- la répercussion des contraintes pesant sur le système de soins ;
- l'influence des acteurs de santé, des usagers.

4. ACA, secteur privé et secteur public

Chercher les causes du déséquilibre entre les secteurs public et privé au profit du secteur privé dans la répartition de l'offre à travers l'étude des différences entre les deux secteurs dans :

- l'identification du processus, la lisibilité de l'activité ;
- l'individualisation des structures ;
- la typologie de l'activité ;
- la clientèle recrutée ;
- la tarification ;
- les limites du libre choix ;
- les différences de vitesse d'adaptation.

METHODOLOGIE

I. Objectifs

Le but de ce travail est d'aborder l'ACA sous tous ses aspects, en allant au-delà des chiffres, en l'inscrivant dans la réalité locale, de discuter des points spécifiques influant sur son développement, par une recherche d'information à partir de sources variées, et notamment en donnant la parole aux acteurs de terrain.

Les principales interrogations portent sur :

- la place de l'ACA – actuelle et à venir – dans le système de soins ;
- son insertion dans le tissu local, sur le plan géographique et économique ;
- la nature de l'offre sur le plan structures, activité, coopération, concurrence, développement de complémentarités, redéploiement des moyens de l'HC ;
- l'adaptation de cette offre à la demande, aux besoins ;
- les aspects financiers, tarification, rentabilité ;
- le vécu des acteurs de soins ;
- les souhaits de la clientèle, des usagers, l'appropriation de l'ACA par les patients ;
- les flux de patients, leur influence ;
- les perspectives de développement, les obstacles ;
- l'orientation, la stimulation de l'activité ;
- l'évaluation sur le plan typologie de l'activité et bénéfices retirés, la place de l'accréditation.

II. Moyens

1. Recensement et lecture des textes réglementaires

Fréquemment annexés aux rapports sur le sujet, aux publications de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA).

2. Bibliographie

Elle est abondante sur ce thème.

Plusieurs sources :

- multiples rapports de ARH Languedoc-Roussillon,
- divers organismes qui se sont intéressés au sujet : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Centre d'Etudes et de Documentation en Santé (CREDES), Observatoire Régional de Santé (ORS) Languedoc-Roussillon,
- AFCA,
- Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP),
- presse médicale quotidienne et hebdomadaire,
- presse grand public,
- pour les infections nosocomiales, recherche sur NOSOBASE, base de données documentaire sur les infections nosocomiales et leur prévention, effectuée par le service de documentation du Comité de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Ouest (CCLIN Ouest).

3. Participation à des réunions

- Entre professionnels : à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), à l'ARH, à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), avec un médecin du contrôle médical de l'assurance maladie.
- Publiques : Réunions dans le cadre des Etats Généraux de la santé.
 - A Digne : compte-rendu en annexe 1.
 - A Montpellier : compte-rendu en annexe 2.

4. Recherche de personnes ressources

Par enquête téléphonique auprès des différentes ARH, afin de connaître les priorités retenues dans le cadre du SROS 2, l'existence de travaux éventuels déjà conduits sur le sujet, leur état d'avancement, les personnes impliquées : résultats en annexe 3.

5. Participation au congrès annuel de l'AFCA

Congrès Franco-Italien de chirurgie ambulatoire, à Menton, les 18 et 19 septembre 1998. (Le dernier et jusqu'alors unique congrès de l'AFCA avait eu lieu en 1996 à Limoges).
Programme et compte-rendu du congrès en annexe 4.

6. Participation à des journées de formation

Organisées par l'AFCA, « La chirurgie ambulatoire : enjeux, mise en place, organisation », les 5 et 6 novembre 1998, à Montpellier. Programme et compte-rendu des journées en annexe 5.

7. Etude des Statistiques Annuelles des Etablissements (SAE), des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Ces éléments permettent de connaître l'activité des établissements, avec un abord toutefois différent :

- Les données de la SAE permettent d'apprécier l'implantation des sites et leur activité (annexe 6).
- Les données du PMSI du Public et du Privé aujourd'hui disponibles notamment pour les années 1996 et 1997 utilisées ici permettent de décrire l'activité ACA (annexe 7).

8. Entretiens

Les guides d'entretien figurent en annexe 8, la liste des personnes rencontrées en annexe 9.

RESULTATS

I. Cadre légal et réglementaire de la chirurgie ambulatoire

Il s'agit ici de reprendre les points essentiels concernant l'ACA, parmi des textes parfois plus généraux notamment dans le cadre global des alternatives à l'hospitalisation.

Avant 1991, il n'y a pas de texte définissant juridiquement l'ACA.

- Loi de réforme hospitalière du 31 décembre 1970. Absence de décret d'application à l'article 31.3 définissant l'hospitalisation de jour.
- Circulaire technique CNAM du 22 juillet 1981 sur la facturation des frais de salle d'opération pour certains actes, soins et examens effectués notamment sur des malades externes :
 - Actes d'odonto-stomatologie requérant l'utilisation d'une salle d'opération, et pratiqués sous anesthésie générale, ou sous anesthésie locale ou loco-régionale.
 - Certains examens et soins externes non effectués sous anesthésie générale : pose de plâtres, endoscopies, sutures et traitement de brûlures, explorations radiologiques vasculaires, traitements ophtalmologiques utilisant le photocoagulateur laser, pose de stérilet.
- Circulaire technique CNAM du 14 décembre 1981, complétant celle du 22 juillet 1981. Apporte des précisions sur la facturation des actes non effectués sous anesthésie générale, en consultations externes et pour des malades hospitalisés, et des actes d'odonto-stomatologie requérant l'utilisation d'une salle d'opération et effectués sous anesthésie générale.
- Circulaire technique CNAM du 6 mars 1987 complétant les circulaires du 22 juillet 1981 et du 14 décembre 1981, sur les modalités de calcul des frais de salle d'opération pour les actes réalisés sous anesthésie générale classique et sous neuroleptanalgie en consultations externes et pour des malades hospitalisés.
- Circulaire CNAM du 26 novembre 1990 sur la facturation des prix de journée et des forfaits de salle d'opération concernant la chirurgie ambulatoire en établissements de soins privés, terme recouvrant une activité non juridiquement définie, se caractérisant par l'utilisation du bloc opératoire. Pas de paiement du prix de journée pour des actes entraînant un séjour inférieur à 24 heures.

En ce qui concerne le forfait de salle d'opération, distinction soins externes et hospitalisation de jour :

- Pour les soins externes, référence aux circulaires de 1981 fixant la liste des actes ouvrant droit à paiement de forfait ou de demi-forfait de salle d'opération ; pas de paiement pour les actes non inscrits dans les listes.
- Dès lors que les actes sont programmés et nécessitent une surveillance de plusieurs heures en milieu spécialisé, on doit considérer qu'il y a utilisation d'une unité d'hospitalisation de jour. C'est le critère de durée de séjour qui la différencie de l'hospitalisation complète (supérieure à 24 heures pour cette dernière) et des soins externes (pas de présence nécessaire du patient après l'acte). Cette unité doit être autorisée. Pour les structures d'hospitalisation de jour non autorisées, délai de régularisation de 6 mois pendant lequel les caisses continuent de payer les forfaits de salle d'opération facturés, l'établissement devant faire une demande d'autorisation dans ce délai. Pour les structures autorisées d'hospitalisation de jour, paiement du forfait de salle d'opération.

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

- Stipule que les établissements de santé publics ou privés ont pour objet de dispenser des soins de courte durée avec ou sans hébergement.

L'article 4 précise que la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. La carte sanitaire détermine la nature et l'importance des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation et notamment celles nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire. Le schéma d'organisation sanitaire en détermine la répartition géographique. La création et l'extension des structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont soumises à l'autorisation du Ministère de la Santé. Elles sont fonction :

- de la zone sanitaire considérée ;
- des objectifs fixés par le Schéma d'Organisation Sanitaire ;
- des critères techniques de fonctionnement fixés par décret.

Toute autorisation est réputée caduque si l'opération autorisée n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.

Article 24 : les établissements publics de santé qui antérieurement à la date de promulgation de la présente loi comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation dont celles nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire sont autorisées à poursuivre cette activité, à condition d'en faire la déclaration au représentant de l'Etat.

Les établissements de soins privés sont « oubliés » pour cette procédure déclaratoire.

- Complétée par la loi 91-1406 DMOS du 31 décembre 1991 : modifie la loi hospitalière en étendant aux cliniques le règlement applicable aux activités ambulatoires déjà existantes : obligation de déclaration des activités pour leur autorisation. Les structures concernées doivent se mettre en conformité avec des normes techniques. Puis elles entrent dans le régime d'autorisation à durée limitée de droit commun et devront en demander le renouvellement tous les 5 ans.

Procédure déclaratoire : intégration des établissements de soins privés à l'article 24.

Après la Loi du 31 juillet 1991, plusieurs textes réglementaires encadrant l'activité de chirurgie ambulatoire sont parus.

- Décret 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L 712-10 de code de la santé publique relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et au taux de change :
Lorsque la création ou l'extension d'une structure de soins alternative à l'hospitalisation est autorisée dans une zone sanitaire dont les moyens d'hospitalisation sont excédentaires dans la discipline en cause, dans le cas d'une structure pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, la réduction des moyens d'hospitalisation est opérée dans les conditions suivantes :
 - Soit dans le cadre d'un contrat qui précise le nombre de lits de chirurgie supprimés, les modalités de compensation des dépenses d'assurance maladie afférentes à la structure autorisée et les modalités d'évaluation de son activité, lorsqu'un SROS a été arrêté par le préfet de région.
 - Soit dans les limites suivantes, qu'un SROS existe ou pas :
 - * Si l'excédent de moyens est inférieur à 25 % des besoins théoriques de la zone sanitaire en chirurgie : fermeture de deux lits de chirurgie à temps complet pour la création d'une place d'ACA.
 - * Si l'excédent est supérieur à 25 % : fermeture de 2,25 lits de chirurgie pour la création d'une place.

- Décret 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation ; en ce qui concerne les structures d'ACA :
 - Objet : éviter une hospitalisation à temps complet. Les structures d'ACA permettent d'effectuer, dans les conditions qui autorisent le patient à rejoindre son domicile le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.
 - Capacité : la capacité de ces structures est exprimée en places. La place est l'unité de capacité qui permet une activité annuelle maximale correspondant à 365 patients pour l'ACA (modification apportée par le Décret 95-993 du 28 août 1995).
 - Prise en compte dans la carte sanitaire : les places relevant des structures pratiquant l'ACA sont comprises dans la carte sanitaire des installations de chirurgie.
 - Reconnaissance de l'existant : les établissements de santé publics ou privés qui comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation à la date de publication de la Loi du 31 juillet 1991 modifiée disposent d'un délai de quatre mois pour procéder, auprès du préfet de région, à la déclaration prévue à l'article 24 de cette loi. Délai de mise en conformité des conditions techniques modifié par le Décret 95-993 du 28 août 1995.
- Décret 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures des soins alternatives à l'hospitalisation.
 - Prestations offertes : les structures d'ACA dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité, et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. Les structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel. Dans le respect de certaines dispositions, notamment la limitation des déplacements et la conformité du secteur opératoire à des caractéristiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, ces structures peuvent recourir aux éléments du plateau technique d'un autre établissement de santé public ou privé.
 - Agencement, équipement de manière à assurer : l'accueil du patient ; la préparation préalable du patient y compris la consultation pré-anesthésique ; l'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimale des protocoles de soins ; la surveillance et le repos du patient ; les moyens nécessaires à la préparation de la sortie du patient ; la décontamination, le stockage et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport du patient.
 - Configuration architecturale et fonctionnelle de chaque structure et unité de soins garantissant à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité.
 - Disponibilité immédiate de moyens nécessaires à la prise en charge d'une complication médicale éventuelle.
 - Personnel requis, médical et para médical, notamment pendant les heures d'ouverture est requise en permanence la présence d'un médecin qualifié, d'un infirmier pour au plus 5 patients présents et, en sus, pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire, d'un médecin anesthésiste réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires.
 - Les structures sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture y compris les dimanches et jours fériés. Chaque patient reçoit un bulletin de sortie mentionnant l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance post-

opératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

- Elaboration d'un règlement intérieur et son contenu.

- Arrêté du 12 novembre 1992 relatif aux modalités et au contenu de la déclaration prévue à l'article 24 de la loi portant réforme hospitalière. Pour poursuivre leur activité, les établissements de soins publics et privés qui comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation [dont l'ACA] à la date de publication de la loi du 31 juillet 1991 (2 août 1991) sont tenus d'adresser une déclaration au préfet de région dans le délai de 4 mois prévu par le décret 92-1101 du 2 octobre 1992. Cette déclaration doit être conforme, selon les cas, à une ou plusieurs des déclarations types annexées au présent arrêté.

Le préfet de région apprécie pour chaque structure de soins sa consistance et son activité au regard de plusieurs critères, dont une activité minimale appréciée sur les 3 derniers mois de 1991.

- Accord tripartite du 14 décembre 1992 sur la tarification des structures de chirurgie ambulatoire. La logique de la nouvelle tarification est le classement des actes en fonction de l'environnement dans lequel ils doivent être réalisés. Une distinction très claire est posée entre les prestations relevant d'une hospitalisation avec hébergement ou dans les structures d'ACA autorisées donnant lieu à ce titre à la rémunération de l'environnement, et les actes de soins externes ne nécessitant pas, par eux-mêmes, d'hospitalisation et n'ouvrant droit de ce fait ni à rémunération de l'environnement ni à rémunération de l'hospitalisation. Seuls les actes inscrits dans deux listes positives, liste n° 1 et liste n° 2, sont reconnus d'un point de vue tarifaire comme nécessitant une hospitalisation avec hébergement ou dans les structures d'ACA dans un établissement de santé privé, les actes de la liste n° 1 relevant d'une salle d'opération, ceux de la liste n° 2 relevant du secteur opératoire. En dehors de ces deux listes limitatives, les actes relèvent des soins externes, même s'ils sont réalisés dans un établissement de santé.

La rémunération de l'environnement pour l'ACA fait appel à un complément afférent aux frais de salle d'opération (FSO) et à un complément afférent aux frais de sécurité et d'environnement (FSE). Les actes inscrits sur la liste 1 ouvrent droit à rémunération sur la base d'un FSO à taux plein, ceux inscrits sur la liste 2 ouvrent droit à rémunération sur la base d'un FSE pour l'acte opératoire thérapeutique ou diagnostique (sauf certains actes ouvrant droit au FSO) et, le cas échéant, à rémunération sur la base d'un FSO pour l'acte d'anesthésie. Le FSE est une fraction du FSO ; sa valeur unitaire est égale à 75 % de la valeur du FSO de l'établissement.

La rémunération de l'hébergement ou de l'accueil fait appel au Forfait d'Accueil et de Suivi (FAS) pour les structures d'ACA : FAS 1 pour les actes de la liste n°1 et FAS 2 pour les actes de la liste n° 2.

Annulation des circulaires du 22/07/1981, du 14/12/1981, du 06/03/1987.

- Circulaire n° 52 DH/PE du 15 décembre 1992 relative aux modalités de la déclaration des structures de soins alternatives à l'hospitalisation. La reconnaissance des places existantes en matière d'alternatives à l'hospitalisation aura pour effet inéluctable soit de contribuer à saturer les cartes sanitaires existantes soit d'accroître les excédents constatés dans les dites cartes pour ces disciplines de court séjour.

La procédure de régularisation doit être financièrement neutre pour les organismes de protection sociale.

Date limite de dépôt de la déclaration pour la procédure de reconnaissance : 20 mars 1993.

Cas général des structures non autorisées ou ne bénéficiant pas d'une convention spécifique pour exercer des activités de soins alternative à l'hospitalisation et cas particuliers des structures ayant fait l'objet d'une autorisation ou d'un conventionnement avec les caisses d'assurance

maladie, à la date du 2 août 1991 ou entre le 2 août 1991 et le 8 octobre 1992, la consistance étant réputée acquise pour ces dernières.

Rappel des critères de jugement de la consistance de chaque structure et de son activité suivant l'arrêté du 12 novembre 1992.

Précisions sur l'organisation des contrôles.

- Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pour les structures pratiquant l'ACA.
Conformité à des caractéristiques organisationnelles, fonctionnelles et techniques définies dans l'arrêté.
Prévoit l'élaboration de deux documents : un élaboré sous la responsabilité technique du médecin coordonateur concernant la préparation immédiate du patient aux actes opératoires par l'équipe opératoire, la surveillance postopératoire immédiate, la surveillance du réveil anesthésique ; un autre concernant l'organisation du secteur opératoire, établi par le responsable de l'établissement, après avis du médecin coordonateur. Cette partie envisage notamment que le secteur opératoire ne soit pas exclusivement utilisé par la structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.
Délai d'un an pour satisfaire aux caractéristiques fixées par l'arrêté.
- Accord tripartite du 27 janvier 1993. Les parties conviennent que la chirurgie ambulatoire s'intègre dans le cadre de la négociation annuelle de l'Objectif Quantifié National (OQN) et des Objectifs Quantifiés Régionaux (OQR).
- Arrêté du 11 février 1993 relatif au dossier justificatif à produire à l'appui d'une demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation.
- Lettre du 26 février 1993 relative aux structures alternatives.
- Lettre du 2 mars 1993 relative à la reconnaissance des structures de soins alternatives à l'hospitalisation existant au 2 août 1991.
- Lettre du 9 mars 1993 relative aux décrets 92-1100 à 92-1102 du 2 octobre 1992.
- Lettre du 10 mars 1993 relative aux structures de soins alternatives.
- Lettre DH n° 00218 du 20 avril 1993 relative aux modalités de déclaration des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
Le nombre de places d'une UCA est obtenu en divisant par 365 le nombre maximum annuel de patients pouvant être accueillis pour une durée inférieure à un jour, et non en fonction du nombre de jours d'ouverture (d'activité effective) de l'UCA, l'activité autorisée pouvant se répartir sur un nombre de jours d'ouverture inférieur.
L'agencement et l'équipement des locaux ainsi que les caractéristiques du secteur opératoire devront cependant être envisagés au regard du nombre moyen de patients admissibles les jours d'activité du service.
- Lettre DH n° 00224 du 22 avril 1993 relative à la procédure de régularisation des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
Les activités d'ACA effectuées par un cabinet libéral situé dans une clinique peuvent être prises en compte au titre de cette clinique si elles sont effectuées sous sa propre responsabilité, dans le cadre d'une convention passée entre elle et ledit cabinet.

- Circulaire DH/EO/93 n° 30 du 26 août 1993 relative aux demandes de création de places de structures alternatives à l'hospitalisation, après la procédure déclarative de l'article 24.
Recommande d'examiner avec bienveillance les demandes de création de places de structures alternatives à l'hospitalisation présentées notamment par les établissements pour lesquels la déclaration aurait été en partie ou en totalité rejetée au terme de la procédure de régularisation des structures de soins alternatives à l'hospitalisation prévue par l'article 24 de la loi portant réforme hospitalière.
La création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires ne peut s'opérer qu'en contrepartie de fermeture de lits d'HC de chirurgie.
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 portant modification au Code de la Santé Publique.
- Lettre-circulaire DH/EO 3-101 du 3 février 1994 relative aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
Démarche à suivre pour un établissement de santé présentant simultanément une demande de regroupement et de création d'une structure de soins alternative à l'hospitalisation.
- Arrêté du 24 février 1994 portant approbation de l'avenant Structure de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires pris pour l'application de l'article 7 de la convention nationale de l'hospitalisation privée, avenant définissant les obligations respectives des structures d'ACA et des caisses.
- Lettre DH-EO 3 n° 488 du 21 juin 1994 relative aux normes techniques dans les structures de chirurgie ambulatoire. Nouvelle précisions sur l'annualisation de l'activité. Respect des normes en personnel au regard du nombre de patients présents et non du nombre de places autorisées.
- Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique concerne les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, mais pas spécifiquement. A noter que l'article 1^{er} prévoit que la consultation pré-anesthésique soit effectuée pour les établissements de santé privés soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.
- Décret 95-993 du 28 août 1995 portant diverses dispositions relatives à l'organisation et l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique : modification du décret du 2 octobre 1992 (prises en compte dans le décret concerné).
- Accord tripartite du 1^{er} mars 1996.
- Circulaire DGS-SP1-VS1/DSS-1A/DH-EO-AF2/97-790 du 16/12/1997 dégage la chirurgie ambulatoire comme une priorité de la politique d'organisation des soins hospitaliers pour 1998, vise à encourager l'ensemble des projets pertinents en permettant le développement notamment lors de la négociation des Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) avec les établissements, et insiste sur la nécessité de coopération entre établissements. Envisage un coefficient multiplicateur des points ISA (Indice Synthétique d'Activité) comptabilisés en ACA, des taux de change dérogatoires, et la mobilisation des crédits du fonds de modernisation des établissements pour la transformation de lits en places.
- Avenant n° 1 au contrat prévu par l'article 7 du contrat national tripartite du 14 décembre 1992, publié au JO n° 79 du 3 avril 1998.

- Créé à compter du 1^{er} juillet 1998 un Forfait d'Activité Non Programmée (FANP, 250 F), rémunérant l'établissement pour les actes nécessitant la présence du malade pour une durée allant de 6 à 24 heures, un Forfait d'Entrée (FE, 350 F au 1^{er} juillet 1998), rémunérant l'établissement pour les frais d'admission qu'il expose pour tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, ainsi que les modalités de facturation du prix de journée, tout cela ne concernant pas l'ACA.
- Prévoit la prise en charge tarifaire des FSO/FSE qui les accompagnent lorsqu'il y a utilisation d'un environnement de secteur opératoire. Une évaluation des conséquences de la création du FANP sur le développement de la chirurgie ambulatoire est prévue durant les deux ans suivant sa mise en œuvre.
- Pour encourager le développement de la chirurgie ambulatoire, prévoit la création de places accompagnée d'une réduction d'un nombre de lits dérogatoire au droit commun, en cas d'engagement de l'établissement à développer une activité de chirurgie substitutive à l'hospitalisation complète et à procéder à son évaluation, en entendant par chirurgie ambulatoire substitutive une activité chirurgicale qui, hors ce mode de prise en charge, justifierait, médicalement, une hospitalisation traditionnelle.

L'établissement souhaitant bénéficier du dispositif dérogatoire doit accompagner sa demande auprès de l'ARH d'un engagement qui prendra la forme d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement demandeur portant :

* Sur la proportion de patients accueillis relevant de l'un des GHM 700 du PMSI¹². Cette proportion sert à déterminer le nombre de lits de chirurgie à réduire pour la création d'une place d'ACA. Ainsi, pour une proportion d'au moins 40 % de GHM 700 réalisée dans la structure de chirurgie ambulatoire, la réduction est de 2 lits par place créée, pour au moins 50 %, 1,5 lit et pour au moins 55 %, 1 lit. En cas de non respect de l'engagement, l'établissement se verra appliqué des pénalités financières.

* Sur la mise en œuvre d'une évaluation permettant de comparer la nature des actes réalisés en structure alternative à celle des actes réalisés en HC.

Le renouvellement de l'autorisation est subordonné au respect de l'engagement en volume tel que défini ci-dessus mais également à des résultats jugés « satisfaisants » d'une évaluation visant à apprécier la nature des actes réalisés par la structure de chirurgie ambulatoire en se fondant sur une liste d'actes marqueurs.

Des pénalités financières sont prévues pour l'établissement en cas de non respect de l'engagement.

- Circulaire CNAMTS DGR n° 44/98-ENSM n° 20/98 du 29/04/1998 sur la mise en œuvre de l'avenant n° 1 pris en application de l'article 7 du contrat national tripartite de l'hospitalisation privée.
 - Suppression de la facturation du jour de sortie en HC. Création du Forfait d'Entrée (FE) pour les patients en HC, c'est-à-dire hospitalisés plus de 24 heures : 350 F lors de son entrée en vigueur. Modification des prix de journée et des forfaits pharmacie. Le tout s'opérant dans le respect de la neutralité financière, avec entrée en vigueur au 1^{er} juillet 1998.
 - Possibilité de facturer des hospitalisations de moins de 24 heures dans les services d'hébergement :
 - * Forfait d'Activité Non Programmée (FANP), statistiquement comptabilisée comme une activité d'HC, pour des séjours entre 6 et 24 heures. Si des malades non programmés sont accueillis dans une structure alternative à l'HC, la prestation d'hébergement est tarifée FANP si la durée du passage est comprise entre 6 et 12 heures (ouverture maximale de la structure).

¹² Pour des précisions sur la classification PMSI appliquée à l'ACA, voir l'annexe 10.

* Forfait de Frais de petit Matériel (FFM) si le passage est de moins de 6 heures et si des actes relevant de la liste 4 (annexe 4 de l'accord tripartite du 14 décembre 1992) sont réalisés. S'applique au cas d'accueil de malades non programmés, entrant dans ce cadre, dans une structure alternative à l'HC.

L'utilisation du secteur opératoire donnant lieu, le cas échéant, à facturation des FSO/FSE.

- Maintien du forfait FFM pour l'activité de soins externes, pour couvrir le segment 0 à 6 heures de présence du patient dans l'établissement.
- Protocole d'incitation à une chirurgie ambulatoire réellement substitutive :

* Création du FANP, pour la rémunération des séjours hors programmation dans les structures alternatives.

* Institution d'un dispositif dérogatoire au taux de change actuellement en vigueur avec engagement de l'établissement sur la nature substitutive de la chirurgie pratiquée par la structure d'ACA (pourcentage de GHM de la série 700 du PMSI). Cet engagement concerne l'ensemble (stock + flux) de la structure et non pas les seules places nouvelles.

La procédure d'évaluation qualitative fondée sur les actes marqueurs ainsi que la liste d'actes correspondants feront l'objet de directives ultérieures.

Sanctions financières et administratives en cas de non respect des engagements de substitution pris.

- Circulaire DH/EO/AF/N° 654/98/CNAM/CAB N° 553/98-AG du 3 novembre 1998 relative aux modalités pratiques des contrats d'objectifs et de moyens (COM) régissant les rapports entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements relevant de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, et plus généralement cadre d'élaboration des COM et déclinaison régionale :

Aux conventions liant jusqu'à présent les établissements de santé aux caisses d'assurance maladie se substituent des COM liant les établissements de santé privés aux ARH.

Ces contrats doivent être conformes à un contrat type qui se trouve annexé au contrat national tripartite du 15 avril 1997, sont conclus pour une durée qui ne peut être inférieure à 3 ans ni supérieure à 5 ans, et devront impérativement tous être signés au plus tard le 31 décembre 1998.

Des instances de concertation, nationale et régionale, sont prévues.

Leur caractéristique majeure par rapport à la convention antérieure réside dans l'intégration d'objectifs personnalisés à chaque structure qui complètent un socle contractuel commun à tous. Les contrats déterminent donc des actions dont les partenaires conviennent pour atteindre les objectifs qui ont été négociés.

Les points du socle contractuel commun (contrat-type) ne sont pas négociables, tels la liste et le contenu des prestations, les modalités de facturation et de paiement.

Des obligations légales sont à mettre en œuvre :

- les conditions de transmission à l'ARH des informations obligatoires (informations financières, SAE, PMSI),
- le délai d'engagement dans la procédure d'accréditation.

Certains des objectifs personnalisés sont rendus obligatoires par l'ordonnance et se négocieront dans tous les cas :

- tarifs par discipline (avenant tarifaire par application des règles définies au plan national),
- qualité et sécurité des soins,
- participation aux orientations définies par la conférence régionale de santé.

D'autres sont facultatifs mais recommandés et peuvent être négociés :

- réseaux de soins et complémentarités, nouveaux modes d'organisation de l'offre de soins, projets de restructuration,
- expérimentations médico-tarifaires,
- promotion des conditions de la maîtrise des dépenses de santé.

Ces objectifs font ou feront l'objet d'annexes.

Dans l'annexe qualité et sécurité des soins, l'établissement s'engage sur la tenue du dossier médical, la sécurité transfusionnelle, la sécurité anesthésique, la sécurité du circuit du médicament, la gestion des risques iatrogènes, la lutte contre les infections nosocomiales, l'organisation des vigilances, la prise en charge de la douleur, la mise en œuvre d'une politique d'auto-évaluation, l'information et la satisfaction du patient, le traitement des déchets, la sécurité incendie, la qualité des systèmes d'information (dont amélioration de la qualité du PMSI).

Concernant la politique d'auto-évaluation, celle-ci doit notamment appréhender l'opportunité du soin et de la prise en charge. Cette proposition contractuelle porte sur la création au sein de l'établissement d'un Comité d'évaluation qui serait une émanation de la CME, et dont le rôle serait d'engager une évaluation de leur pratique médicale sur au moins deux thèmes médicaux choisis en accord avec l'ARH.

L'objectif à atteindre n'est pas une pratique idéale unique mais l'amélioration de la pratique de chacun par rapport à ses propres possibilités de développement.

A titre d'exemple divers thèmes peuvent être choisis en vue d'aboutir à l'élaboration de guides de bonnes pratiques tel notamment une évaluation des résultats intermédiaires de la chirurgie ambulatoire.

Toutefois dans la présente annexe l'établissement s'engage à évaluer dès la première année du contrat dans un de ces deux thèmes la chirurgie et l'anesthésie ambulatoires avec la rédaction d'un rapport d'activité dans un délai d'un an comportant les indicateurs de suivi annuel suivants :

- nombre et pourcentage de GHM 700 dans l'activité ambulatoire,
- nombre et pourcentage de GHM 806 par rapport à l'activité d'endoscopie digestive globale,
- nombre et pourcentage de GHM 803 (plutôt 804 ?) par rapport à l'activité endoscopique thoracique globale,
- nombre et pourcentage de GHM 806 (probable erreur dans le document de la CRAM : plutôt GHM 803) par rapport à l'activité ORL endoscopique globale,
- pour chacun des GHM dédiés (n° 761 à 777) : production du taux de GHM dédiés sur l'ensemble des actes correspondants pratiqués dans l'établissement (HC et ACA),
- nombre et pourcentage d'échec de la prise en charge en ambulatoire.

Dans l'annexe relative aux modalités de participation de l'établissement aux orientations de la conférence régionale de santé, l'établissement s'engage à privilégier les orientations suivantes :

- accès aux soins, avec tarification d'honoraires au niveau du secteur 1 pour les actes non programmés ainsi que pour les spécialités en monopole pour certains types de patients ;
- périnatalité,
- accidents de la circulation,
- comportements à risque.

Ces contrats doivent s'inscrire dans le cadre de référence que constitue, pour les établissements de santé privés, les SROS en vigueur ; ils constituent un levier d'actions et de régulation permettant d'en traduire les objectifs, et donnent une pérennité à moyen et long terme aux actions contribuant à l'atteinte de ces objectifs. Une nouvelle annexe adjointe au contrat-type définissant la contribution de l'établissement à la réalisation des objectifs du SROS est prévue dans la publication des différents volets du SROS.

Ils prennent également en compte les dispositifs de régulation économique (OQN).

Une enveloppe financière nationale « contrats » (133 millions de Francs), dégagée par l'OQN, déclinée en enveloppes régionales d'ores et déjà utilisables par les ARH (6 474 252 Francs pour la région Languedoc-Roussillon), est prévue pour financer en priorité des projets facilitant la recomposition de l'offre hospitalière.

Les opérations pouvant faire l'objet d'un financement sont les suivantes :

- L'adaptation de l'offre aux besoins de la population conformément aux objectifs du SROS, avec une priorité aux opérations constituant le point de départ d'une recomposition globale de l'offre hospitalière au sein d'un bassin de vie et rationalisant l'offre de soins, plutôt qu'aux opérations ne concernant qu'un seul établissement et ne prenant pas en compte son environnement.
- La constitution de réseaux de soins ainsi que les actions de coopération permettant une meilleure maîtrise des coûts ou favorisant une meilleure prise en charge des malades.
- La mise en œuvre des orientations adoptées par la Conférence Régionale de Santé.

Le projet de répartition de cette enveloppe financière envisage une articulation autour de deux thèmes :

- le premier est relatif à la formation de personnel référent, étendue à l'ensemble des établissements MCO,
- le second concerne l'affectation du reliquat à des établissements excentrés de soins de proximité. Seraient éligibles à ce titre les 7 établissements suivants : clinique « La haute vallée » à Quillan, clinique « Les 3 vallées » à Bédarrieux, clinique « Saint Louis » à Ganges, clinique « Saint Pierre » à Lodève, clinique « Le Gévaudan » à Marvejols, clinique « Le Vallespir » à Céret, clinique « Saint Michel » à Prades.

Cette enveloppe ne peut être versée aux établissements que sous forme d'augmentation temporaire du tarif du prix de journée.

Il conviendra alors d'établir pour l'établissement bénéficiaire un avenant au COM.

II. Bilan de l'existant (état des lieux)

1. Au niveau national

a) Offre

Les textes fondateurs de 1992 ont permis d'ajouter des places aux lits existants. La période de « reconnaissance » en 1993 a entériné cette situation avec l'officialisation de plus de 5000 places. **Cette procédure de reconnaissance a abouti à de très grandes inégalités de répartition et entraîné un déséquilibre entre les régions et les secteurs.** Le secteur privé n'étant alors plus payé pour ses prestations de moins de 24 heures, était beaucoup plus motivé à mettre en œuvre la procédure déclaratoire que le secteur public qui n'avait, de ce point de vue, rien à régulariser.

Puis le développement a été moins fort, par conversion de lits d'HC. L'ACA a rapidement pris sa place dans le secteur privé, où le phénomène a sans doute été conforté par l'arrivée en nombre de jeunes praticiens dans le secteur libéral en raison du blocage du recrutement hospitalier, en sus des différences de tarification, et il existe désormais un état de quasi-équilibre dans ce secteur. Mais l'ACA s'est implantée avec retard et modestie dans le secteur public. On observe actuellement un effet rattrapage du secteur public. Il y a de plus fort probablement de l'activité ACA non déclarée dans le Public. Le bilan est actuellement satisfaisant avec une progression assez nette du nombre total de places autorisées : de juin 1995 à juin 1998, + 1132 places, soit + 18 %.

On comptait **1172 UCA en France début 1998.**

Le nombre de places autorisées sur l'ensemble du territoire Français, départements d'outre-mer compris, était au **31 mars 1998** le suivant :

- Parmi les établissements sous dotation globale, les établissements publics possédaient 1372 places autorisées (18 % du total), avec une répartition d'environ 6 % pour les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) (442 places), 12 % pour les Centres Hospitaliers Généraux (CHG), et 981 installées (15 % du total) ; les établissements privés avaient respectivement 445 et 221 places.
- **Les établissements privés financés par contrat détenaient respectivement 5734 places autorisées et 5433 installées, ceux relevant d'un tarif de responsabilité 21 et 21.** Le Privé à but lucratif représentaient donc 76 % des places autorisées et 82 % des places installées.

Pour un total de **6656 places installées et 7572 places autorisées**, ou encore une moyenne de 13 places pour 100 000 habitants, soit une place pour 7700 habitants.

4 régions ont un nombre de places au-delà de cette moyenne (Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile de France et Languedoc-Roussillon).

Les chiffres sont considérés comme modestes par rapport à d'autres pays, mais ces autres pays avaient parfois des problèmes particuliers à résoudre avant le développement de l'ACA, ce qui a pu en entraîner un développement plus important : listes d'attente, problèmes de financement par l'assurance maladie...

De plus, les places sont sous-utilisées dans le secteur public et ne fonctionnent qu'à 50 % de leur capacité.

209 projets ont été recensés à l'hôpital public¹³, ce qui multiplierait par deux le nombre de places dans les 5 à 8 ans. Il existe une volonté claire de faire de l'ACA dans le Public.

b) Activité

Activité chirurgicale en France :

L'enquête de 1996 de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) fournit des données très intéressantes sur l'activité anesthésique globale en France. Cette enquête par échantillonnage a réuni une participation exceptionnelle (98 % des anesthésistes).

- Sur les 8 millions de personnes anesthésiées par an, 70 % le sont pour une intervention chirurgicale (contre 90 % en 1980), 16 % pour une endoscopie digestive (soit 1,2 million d'actes par an, 50 fois plus qu'en 1980, en ambulatoire dans 65 % des cas), 8,5 % en

¹³ M.C. L'HUILLIER, groupe Hôpital Public, AFCA.

obstétrique, le reste pour des examens douloureux. **L'anesthésie s'est donc développée en dehors de la chirurgie et surtout avec les endoscopies digestives.**

- Les trois quarts sont des Anesthésies Générales (AG), un quart des anesthésies loco-régionales seules ou en association avec une AG ou une sédation.
- Le plus grand nombre d'anesthésies est réalisé chez les 55-74 ans, alors qu'en 1980 il l'était chez les 15-34 ans. C'est donc parmi les patients les plus âgés que la croissance du nombre d'anesthésies a été la plus importante. Près d'un homme sur 3 de plus de 74 ans est anesthésié dans l'année.
- 58 % des anesthésies sont réalisées dans le secteur privé lucratif (50 % en 1980), 42 % dans le secteur public et les établissements Participant au Service Public Hospitalier (PSPH).
- **Les activités chirurgicales lourdes sont plus fréquentes dans les CHU, les endoscopies beaucoup plus fréquentes dans le Privé.**
- Les anesthésies réalisées en urgence représentent 15 % du total, soit 1.153.000 actes, le double de 1980. L'activité anesthésique d'urgence est variable en fonction des établissements, représentant 25 % de l'activité des CHG, 20 % de celle des CHU, 13 % de celle des PSPH, 11 % de celle des cliniques privées.
- Le nombre de patients atteints de pathologie grave a été multiplié par 4 en 15 ans, les patients étant antérieurement considérés comme inopérables. La sévérité de l'état des patients s'est donc accrue.
- **Le nombre d'anesthésies en ambulatoire a été multiplié par 12, passant de 5 à 27 % de l'ensemble des anesthésies, soit 2 millions d'actes.**
- **La pratique ambulatoire représente un tiers de l'activité des cliniques privées.**
- Les actes réalisés sont pour 54 % des actes chirurgicaux, pour 38 % des endoscopies digestives, pour 5 % des IVG, puis diverses procédures et explorations hors chirurgie.
- Les cliniques privées réalisent 75 % des anesthésies pour endoscopie digestive.

Concernant plus spécifiquement l'ACA :

- La procédure déclarative a certes permis de prendre en compte l'existence d'une chirurgie ambulatoire « vraie », mais aussi celle, probablement dominante, d'une chirurgie de petits actes opérés rapidement, et dont une partie se pratique aussi en cabinet médical.
- Sur les places s'est développée une activité anesthésique au sens large. D'où la réflexion suivante : « Le constat après quatre années mitigées : stagnation du taux de transfert de l'hospitalisation traditionnelle vers l'ambulatoire, pourcentage important d'actes d'exploration fonctionnelle, niveau technique des actes pratiqués décevant... »¹⁴.
A nuancer peut-être par le fait que la situation en France est certes améliorée, mais quand même honorable...
- L'anesthésie ambulatoire et l'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoires (ACA), qui correspondent à deux réalités différentes, ont pourtant le même mode de financement et la même réglementation.
- **Dans les hôpitaux publics, l'activité n'est pas aussi lisible que dans le secteur privé**, la facturation n'ayant pas à être identifiée dans le Public, alors qu'elle est spécifique dans le Privé. Le nombre de venues en service de chirurgie (hospitalisation < 24 heures), qui correspondent vraisemblablement essentiellement à de l'ACA, a augmenté de 30 % par an entre 1990 et 1992. Dans les établissements privés, le nombre d'interventions de chirurgie et gynécologie chirurgicale effectuées en ACA a augmenté de 15,3 % entre 1990 et 1991, et de 12,1 % entre 1991 et 1992, avec une forte croissance d'actes supérieurs à K 100. La part des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire dans le secteur privé a augmenté.
- **En 1994**, l'enquête SAE a permis de dénombrer 148 624 venues en chirurgie ambulatoire pour les établissements publics, soit un **taux d'occupation moyen des places dans le Public sur l'ensemble de la France de 52 %**. Pour ces établissements, la moyenne nationale a été évaluée

¹⁴ M. Aoustin, échelon national du service médical de l'assurance maladie.

à 190 actes par place en 1996. Ce nombre était de 1 560 871 venues, soit **10 fois plus de venues dans le Privé, avec un taux d'occupation moyen de 83 %**.

- L'ambulatorio représente, en 1996, 27 % du total des anesthésies (2 001 000 sur 7 937 000), contre 5 % en 1980 (180 000 sur 3 600 000).
 - En nombre d'actes : 1 240 000 actes chirurgicaux, 770 000 endoscopies, 100 000 IVG.
 - **En proportion de l'activité, la part ambulatoire représente 21 % de la chirurgie, 65 % de l'endoscopie, 82 % des IVG.**
 - Le nombre de K réalisés en ACA représente seulement 9 % du nombre total de K chirurgicaux en 1994.
 - **La distribution de l'anesthésie ambulatoire suivant le type d'établissement est la suivante : cliniques privées 75 %, CHG 12 %, CHU 8 %, établissements PSPH 5 %.**
 - L'influence actuelle de l'ACA sur l'augmentation de l'activité chirurgicale totale n'est pas connue, mais elle ne donne pas lieu à une diminution au prorata de l'activité d'HC dans le secteur (privé) qui développe cette offre.
 - Les tutelles affichent actuellement une volonté de développement de l'ACA, tout au moins pour la chirurgie qualifiée et substitutive, afin de ne pas provoquer une augmentation des charges pour l'assurance maladie.
 - Typologie des actes :
 - **Endoscopies digestives 35 %, ORL 16 %, orthopédie 13 %, cardio-vasculaire 8 %, peau et chirurgie plastique 7 %, stomatologie 5 %, urologie 5 %, ophtalmologie 4 %, gynécologie-obstétrique 4 %, pneumologie 3 %.** Ce à quoi s'ajoutent les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG), 5 %, mais qui ne sont pas comptabilisées sur le plan tarification en ACA.
- Suivant l'interprétation du mot chirurgie, on peut simplifier et décomposer l'activité ACA dans le Privé en un tiers d'endoscopies, un petit tiers¹⁵ à 40 %¹⁶ de "bobologie" (très petits actes), un gros tiers (environ 40 %) de « vraie » chirurgie (actes "lourds", réellement substitutifs).
- **Ainsi, en 1994, 850 271 interventions ont donné lieu à K FSO, et 781 753 à K FSE, les interventions nécessitant un environnement technique plus important sont donc les plus nombreuses. On dénombre annuellement 200 000 actes sans FSO, c'est-à-dire sans acte chirurgical, sur 1,5 million. Les actes réalisés en ACA sont 2 fois moins lourds que ceux en HC.**
 - Pour 10 actes codés faisant partie des 20 actes les plus fréquemment pratiqués à l'hôpital en Belgique en 1993, 49 % sont réalisés en ambulatoire en France, contre 93 % aux Etats-Unis, 79 % au Canada, 70 % en Hollande, 33 % en Australie¹⁷. Il n'y a pas plus d'endoscopies dans les petites structures que dans les grandes¹⁵.
 - Trois situations sont à distinguer qui amènent des réponses administratives différentes. Premièrement, les actes autrefois réalisés dans des cabinets médicaux et qui pour satisfaire à des normes de sécurité doivent désormais être effectués dans une UCA. Deuxièmement, les actes d'exploration classiques nécessitant l'appui d'équipements médicaux importants présents dans les établissements de santé. Enfin, les actes pouvant indifféremment être pris en charge en ACA ou en HC.

¹⁵ M. Aoustin, échelon national du service médical de l'assurance maladie.

¹⁶ M. Mettendorf, DH.

¹⁷ M.C. Laxenaire, présentant l'enquête de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (congrès de Menton).

c) Disparités régionales

En 1994, les places de chirurgie ambulatoire sont plus nombreuses dans les régions à dominante urbaine, telles qu' Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA).

En 1997, de très grandes disparités régionales persistent avec 28,7 % du total des places en Ile-de-France, 12,1 % en région PACA, et 8,8 % en région Rhône-Alpes. En PACA on dénombre une place pour 5600 habitants, en Alsace une place pour 25 700 habitants.

Les derniers chiffres au 1^{er} mars 1998 font état d'une variation allant de 6 places autorisées pour 100 000 habitants, soit une place pour 16 600 (total de 108 places) en Alsace à 16 places autorisées pour 100 000 habitants en Languedoc-Roussillon, soit une place pour 6250 (total 368), 19 en Ile-de-France, soit une place pour 5200 (total 2065), 20 en PACA, soit une place pour 5000 (total 895), et 25 places pour 100 000, soit une place pour 4000 (total 65) en Corse.

d) Structures :

- Taille :

- En mars 1998, pour 1172 établissements concernés, la **taille moyenne nationale des structures d'ACA est de 7 places autorisées et 6 places installées.**
- Le plus souvent : 4 à 9 places (55 % des unités dans le privé, 37 % dans le public).
- 85 % des structures ont moins de 10 places, 7 % des structures ont plus de 20 places.
- Suivant le type d'établissement : 6 places autorisées et 4 places installées pour le Public, 7,4 places autorisées et 7 places installées pour le Privé.
- Dans le Privé, 28 % des structures ont moins de 4 places, dans le Public 43 %.

Les hôpitaux publics ayant un projet d'UCA envisagent plutôt (pour les deux tiers) de créer de petites structures, maximum 10 places, dont les deux tiers seraient des structures intégrées sans bloc spécifique.

- Accès :

Il n'y a pas de réglementation quant à l'éloignement maximal du patient de l'UCA. Pour la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)¹⁸, l'un des critères de sélection des patients est un «**éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée à l'acte**» donc notamment à la gestion d'une possible complication, la structure n'étant pas nécessairement l'UCA dans laquelle l'acte a été réalisé. En pratique, il n'y a pas de réponse univoque, il faut prendre en compte divers facteurs comme l'état général du patient, son environnement psycho-social, la pathologie traitée, le risque de complication et le type de complication possible, la qualité des correspondants médicaux et leur implication etc.

- Libre choix :

- On observe une **très nette prédominance du Privé** sur le « marché » de l'ACA, certains spécialistes étant localement en situation de monopole (cf. supra).

¹⁸ Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire, 1990.

- Si 209 établissements publics ont un projet de développement de l'ACA, seuls 37 en sont au stade effectif de la mise en œuvre¹⁹.

2. Au niveau régional

a) Présentation de la région Languedoc-Roussillon sur le plan démographique

Le taux de croissance de la population entre 1982 et 1990 est le double du taux national du fait du solde migratoire. **Le vieillissement de la population est important** : 18,5 % de la population a plus de 65 ans.

Comme dans de nombreuses autres régions, on assiste à une **augmentation des personnes vivant seules et ayant des difficultés économiques**.

On estime à 400 000 le nombre de personnes en situation précaire : le chômage concerne 17,5 % de la population active et le taux d'allocataires du RMI est presque le double du taux moyen national.

Or la chirurgie ambulatoire recrute parmi les patients ne vivant pas seuls, d'un niveau socio-culturel suffisant pour prendre en charge leurs suites opératoires. Ceci explique que le problème de l'accès à l'ACA des démunis ne sera pas abordé dans ce travail, ce type de patient sortant du recrutement habituel pour ce mode de prise en charge.

b) Adaptation aux besoins

Pour mieux identifier les besoins et les réponses à y apporter, l'échelon régional apparaît comme le plus pertinent²⁰.

La connaissance des besoins de la population fait partie de la problématique générale du SROS.

Les disparités géographiques doivent également être appréhendées. Les besoins d'un bassin de population peuvent de plus être couverts par un établissement situé à distance recrutant hors de sa zone géographique «naturelle», et, inversement, un établissement peut avoir une activité plus importante que celle justifiée par son bassin de population (bien que l'ACA soit a priori une activité de proximité, certains patients peuvent se faire héberger à distance).

Il est nécessaire de recentrer l'offre sur les besoins, les établissements de soins ayant parfois tendance à développer une activité correspondant davantage à leur souhait qu'à la satisfaction de ces besoins. Il faut pour cela pouvoir orienter leur activité, notamment dans le cas présent en cas de création de places d'ACA.

L'évolution rapide des techniques et des pratiques médicales, la modification de l'épidémiologie des pathologies, de leur prise en charge, les flux migratoires, les évolutions socio-économiques avec notamment pour l'ambulatoire l'accroissement du nombre de personnes vivant seules (personnes âgées, familles monoparentales, célibataires, éclatement des familles), peuvent rendre difficile une évaluation à 5 ans.

c) Présentation de la région sur le plan de l'équipement chirurgical.

- De façon globale :

En ce qui concerne **l'offre globale de court séjour en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)**, le volume capacitaire (nombre de lits pour mille habitants) était en 1997 de 1,89 pour mille, restant **supérieur à la moyenne nationale**, et le nombre de lits d'HC de 4437 au 31 décembre 1997.

¹⁹ M.C. L'HUILLIER, secrétaire de l'AFCA.

²⁰ Lettre AUBRY-KOUCHNER.

Une augmentation des capacités ces dernières années a conduit la région à la 6^{ème} place des régions françaises, avec un taux d'excédent de 21,5 % supérieur au taux d'excédent moyen national.

La région est bien pourvue en nombre de places autorisées d'ACA²¹. Elle se situait, parmi les régions françaises, au 4^{ème} rang après les régions Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et Ile de France, avec 368 places autorisées au 1^{er} mars 1998 soit 16 places pour 100 000 habitants ou une place pour 6250 habitants, la moyenne nationale étant à 13 places pour 100 000 habitants soit une place pour 7700 habitants.

Le nombre de places autorisées atteignait 374 au 30 septembre 1998.

Le dernier chiffre disponible est de 380 places au 31 décembre 1998.

Un grand nombre de ces places ne résulte pas d'une transformation de lits mais d'autorisations de 1993 résultant de l'application des textes réglementaires de 1992 qui ont reconnu ces places dans les établissements exerçant cette activité antérieurement à la parution du texte.

Malgré une augmentation de 14 % du nombre de places entre 1995 et 1998, on peut donc considérer la situation comme peu évolutive.

Les UCA individualisées sont rares dans les établissements publics de la région Languedoc-Roussillon où on en compte actuellement trois²².

On observe même parfois dans le Public une **pratique de l'ACA sans place autorisée, sans structure...**

- Suivant les secteurs :

La région compte 7 Secteurs, comportant 14 bassins.

Le taux d'équipement des secteurs en chirurgie est très variable et les écarts ne paraissent pas correspondre à une logique de besoins ou d'activité. Hors une pénurie d'offre ambulatoire sur un territoire donné a un impact direct sur l'activité de consultations externes mais également d'HC.

On note un déficit en places installées (en 1996) par rapport au nombre de places autorisées (au 31 décembre 1997) surtout dans le Némausais (secteur 3), et les Cévennes (secteur 2).

4 bassins sur 14 comportent seulement 2 places.

Il existe 3 pôles de concentration urbains et publics : Montpellier, Nîmes et Perpignan.

La répartition géographique des places²³ installées du secteur privé présente une forte variabilité intra-régionale avec à la fin 1996, 53 % des places dans le département de l'Hérault dont les deux tiers à Montpellier qui ne représente que 12 % de la population régionale, pour une activité par essence de proximité. Au 31 décembre 1997, un léger rééquilibrage s'opère au niveau des autorisations : l'Hérault représente 46 % des places contre 60 % en 1993, tandis que le secteur de Nîmes passe de 13 % des places autorisées en 1993 à 15 % en 1997 ; mais ce secteur ne comptait que 8,5 % des places installées en 1996.

- Suivant le type de l'établissement :

Les établissements sous budget global représentent 43 % des lits et places de chirurgie, le Privé 57 %.

Le privé à but lucratif est majoritaire pour la chirurgie, excepté dans deux secteurs (4 et 6).

Les établissements privés comptabilisent les trois quarts des places ambulatoires.

- Suivant la taille des UCA

²¹ En données comparatives par rapport aux autres régions, en l'absence d'analyse fine de l'utilisation des moyens, et de l'ajustement des budgets aux caractéristiques de la population.

²² Clinique Beau Soleil à Montpellier, CH de Perpignan, CH d'Alès.

²³ Pour le détail voir annexe 11.

Les structures sont de petite taille, avec une fourchette de 2 à 19 places pour le secteur privé et de 2 à 12 places pour le secteur public en 1996²⁴ (SAE). 11 établissements, soit près de 30%, ont une taille inférieure ou égale à 3 places (en 1996).

Pour un total de 249 places pour 38 établissements (en 1996), ce qui fait une moyenne régionale de 6,5 places par établissement. A rapporter au nombre total d'établissements : 58 chirurgicaux, 12 publics et 46 privés (44 + 2 ambulatoires).

- Accès :

L'implantation des équipements de chirurgie permet à la quasi-totalité de la population d'accéder à un site chirurgical en moins de 45 minutes et très souvent en moins de 30 minutes.

d) Activité chirurgicale en HC et ACA

- Statistiques annuelles des établissements

Les données fournies par les établissements (SAE) renseignent sur l'équipement, l'activité et le personnel de chaque structure. Ces données sont disponibles sous la forme d'une carte d'implantation des établissements publics et privés et de fiches synthétiques²⁵.

Les chiffres intéressants dans le cadre de l'ACA sont principalement le nombre de lits de chirurgie (HC), le nombre d'entrées totales en chirurgie, le nombre de journées réalisées / facturées, la Durée Moyenne de Séjour (DMS), le Taux d'Occupation (TO), le nombre d'IVG, et l'activité des blocs et secteurs opératoires.

L'activité ambulatoire représentait au 4^{ème} trimestre 1995 le tiers de l'activité chirurgicale dans la région, avec un taux régional d'occupation de 94 %. La part de l'activité ambulatoire variait de manière importante en fonction des secteurs sanitaires (31 % pour le secteur de Montpellier à 1 % pour le secteur de Lozère). Le nombre de venues par place installée était de 86 au 4^{ème} trimestre, soit une projection annuelle de 344.

L'analyse de l'activité des établissements au travers de la statistique SAE 1996 montre un taux d'occupation faible (61 %) dans le secteur 1 (Aude) alors qu'il s'agit du secteur le plus équipé après Montpellier.

Il existe des données manquantes, et certaines discordances entre le nombre de venues en ACA et le nombre d'interventions sur des « malades ambulatoires », laissant penser que cette appellation ne concerne pas que les patients en ACA mais englobe sans doute des actes dits externes.

En outre, des venues en médecine ou obstétrique apparaissent dans la colonne de chirurgie ambulatoire, qui correspondent probablement à des hospitalisations partielles dans ces disciplines.

Ces données apparaissent donc d'une fiabilité insuffisante pour apprécier au mieux l'activité ACA, en dehors d'indicateurs assez grossiers d'activité, même si elles ne sont pas à négliger.

- PMSI²⁶

Le PMSI est le seul outil permettant l'évaluation de l'activité médicale. L'expérience de la région Languedoc-Roussillon en tant que région expérimentatrice du PMSI est la plus ancienne de France puisqu'ayant commencé début 1994, ce qui permet d'espérer une certaine qualité de codage des actes et des pathologies, de pouvoir évaluer et analyser correctement l'activité d'ACA des différents établissements publics et privés et d'avoir un recul évolutif de cette activité.

On doit ainsi pouvoir extraire dans l'activité d'un établissement les actes et les pathologies correspondant ou pouvant correspondre à une activité ambulatoire :

²⁴ 6 établissements ont 2 places, 5 ont 3 places, 6 ont 4 places, 2 ont 5 places, 2 ont 6 places, 3 ont 7 places, 2 ont 8 places, 2 ont 9 places, 4 ont 10 places, 3 ont 11 places, un a 12 places, un a 17 places, un a 19 places.

²⁵ Deux fiches concernant les données 1997 de deux établissements du Gard sont visibles en annexe 6.

²⁶ Rappel : pour des précisions sur la classification PMSI appliquée à l'ACA, voir l'annexe 10.

- Les Groupes Homogènes de Malades (GHM) correspondant à l'ACA (« GHM 700 »).
- Certains actes particuliers dits « actes marqueurs », concept repris par l'AFCA et provenant de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), correspondant à des actes dont le cadre de pratique a fait l'objet de comparaisons internationales et généralement admis comme pouvant être effectués en ambulatoire, hormis contre-indication particulière.
- Les séjours de moins de 48 heures.
- Les explorations simples réalisées en hospitalisation.
- Eventuellement les diagnostics bénins.

Ainsi que des critères concernant les patients et pouvant interférer avec leur prise en charge en ambulatoire :

- Leur âge.
- Leur origine géographique (géocodage).

Cela permet de déterminer le volume, la nature, et la localisation de l'activité ACA.

L'AFCA a proposé plusieurs ratios pour évaluer l'activité ACA dans un établissement :

- Prise en charge « substitutive » = **en ACA : [nombre de GHM de la série 700 + nombre de GHM de la série 800] / nombre total de GHM des CMD 1 à 23 (patients en HC).**
- Prise en charge « chirurgicale » : **nombre de GHM 700 / nombre de GHM 800 en ACA.**
- Chirurgie « qualifiée » : **nombre de GHM de la série 760 / nombre de GHM en HC concernés (« en miroir »).**

Auxquels l'avenant du contrat tripartite ajoute pour l'évaluation des établissements :

- Nombre d'actes en GHM 700 par rapport au nombre d'actes correspondants faits en HC pour évaluer la « **chirurgie substitutive** ».

On peut également calculer un indicateur de substitution d'un établissement²⁷.

Limites de l'appréhension de l'ACA par le PMSI :

- Actuellement certains actes classés dans la série 760 ne peuvent être pris en charge en ACA ; par exemple, pour le GHM 772, intervention sur les testicules en ambulatoire : torsion du testicule.
- Seuls les groupes spécifiques (GHM de la série 760) décrivent des activités bien ciblées et délimitées, et privilégient la spécificité par l'acte. Les autres GHM sont beaucoup moins « homogènes », contiennent des diagnostics, des étiologies, voire des symptômes.
- Certains GHM 760 sont à exclure :
 - * 764 : drain trans-tympanique,
 - * 773 : circoncision,
 - * 774 : Fécondation In Vitro (FIV),
 - * 777 : IVG.

En effet, ces actes sont “naturellement” substitutifs, ils sont “nés substitutifs”. Leur individualisation dans les GHM 760 est liée au fait que ces GHM ont une faible variance intra-groupe, et une forte variance inter-groupe. Ces actes « sortent » donc dans des GHM

²⁷ Voir le paragraphe consacré au potentiel de développement-substitution p. 48.

spécifiques, alors qu'ils ne sont pas réellement considérés comme chirurgie qualifiée, ce que l'on peut considérer comme un défaut, d'où la nécessité de juger aussi qualitativement. Ainsi certains proposent de cibler sur les actes donnant droit à un FAS 1.

- L'activité « para médicale » : certains actes faisant appel à une prise en charge ACA vont dans un GHM médical, comme les endoscopies, la radiologie interventionnelle, même s'il existe maintenant des GHM dédiés à certains actes (par exemple lithotritie, 887), ils vont dans la série 800. L'exérèse de gros polypes (voire de cancers non invasifs) recto-coliques en endoscopie peut être assimilée davantage à une activité chirurgicale que médicale...
- Dans le GHM 700, il existe un certain nombre d'actes qui ne sont pas des actes de chirurgie qualifiée et substitutive ; en revanche, il en existe quelques uns dans les GHM 800 ; certains actes de type chirurgical vont dans la série 800, comme l'extraction de dents de sagesse (803).
- Pour un établissement très performant avec une DMS basse, le potentiel de substitution est automatiquement augmenté, il existe alors un risque d'exiger beaucoup de lui. Inversement un établissement peu performant se verra affecter un potentiel beaucoup plus bas, on exigera donc moins de lui.
- Le taux de GHM 700 devrait être analysé en tenant compte du pourcentage de GHM d'endoscopie dits médicaux réalisés en HC sur la même période pour éviter de surévaluer l'activité opératoire ambulatoire²⁸.
- Mais il faut aussi tenir compte des disciplines exploratoires mises à disposition : si l'établissement est le seul du bassin à proposer ce type d'actes, notamment sous anesthésie, il fera proportionnellement moins de chirurgie substitutive en ACA.
- La CM 24 englobe les hospitalisations de moins de 24 heures, l'ouverture d'une unité d'ACA est de 12 heures par jour. Cependant on peut considérer que les patients restant plus de 12 heures et moins de 24 heures passent la nuit en hospitalisation, le jour de sortie n'étant ainsi pas le même que le jour d'entrée, et qu'ils ne sont alors pas comptabilisés en CM 24.
- Difficultés pour coder l'aspect social.
- Absence d'indicateurs de qualité.

Certaines données ont pu être tirées de l'analyse de la base PMSI régionale de 1996 : activité chirurgicale totale, part des GHM de la série 700, répartition de l'activité par GHM et suivant les diagnostics dans un même GHM pour la région, un bassin de population, un type d'établissement, un établissement.

- Le secteur privé réalise les deux tiers de l'activité chirurgicale totale, avec 67,5 % des RSA, le secteur public 32,5 %. Pour les points ISA, on obtient respectivement 63 et 37 %.
- **Le Privé à but lucratif a une activité d'ACA double de celle du Public (GHM 700)**, les établissements privés réalisant 68,2 % du nombre total de RSA ambulatoires (GHM 700) et 69,7 % des points ISA obtenus en ambulatoire, contre 31,8 % et 30,3 % pour le secteur public. On peut noter une discordance avec le fait que le Privé possède 80 % des places installées, d'autant plus que la saturation des UCA concerne essentiellement le Privé : **pratique d'ACA dans le Public dans des places non installées ?**
- **Le Public est nettement déficitaire** partout, excepté dans le secteur 2 (Alès-Bagnol) où l'activité ACA est comparable entre Public et Privé, et dans le secteur 6 (Lozère) où le Public a une activité très supérieure au Privé, mais de façon très relative car l'activité y est faible. A noter que dans le Montpelliérais et le pays de Sète, l'activité du Privé est supérieure mais l'écart Privé-Public n'est pas très important.

²⁸ Service médical régional (Languedoc-Roussillon) de l'assurance maladie.

- Le nombre de points ISA produit par RSA pour l'activité chirurgicale totale diffère : en moyenne 1265 points dans le Privé, 1547 dans le Public. En revanche le nombre de points ISA par RSA concernant les GHM 700 est un peu plus élevé dans le Privé (320) que dans le Public (298). En d'autres termes : **le niveau de qualification de la chirurgie réalisée en ACA paraît à peu près similaire dans les secteurs public et privé, la chirurgie faite en HC est plus lourde dans le Public.**
 - **Le rôle du recrutement par les urgences sur le total n'est pas évident.** On peut en effet noter que la part des GHM 700 dans l'activité chirurgicale totale est globalement comparable pour le Public et le Privé, avec cependant de fortes disparités locales. Ainsi 17,98 % des RSA avec actes chirurgicaux pour le Privé et 17,47 % pour le Public sont classés dans les GHM 700 c'est-à-dire ambulatoires, soit globalement 17,8 %.
 - Pour les GHM 700, on observe un continuum de 12,5 à 21,6 % dans le Privé et, en dehors de ce continuum, en-dessous de ces chiffres, la Lozère avec 6,94 %, et, au-dessus, les hauts cantons de l'Hérault avec 28,09 % et le pays de Sète avec 34,22 %. Pour le public, un continuum de 16,88 à 24,45 %, et, en dehors, des chiffres inférieurs pour l'ouest Audois avec 5,44 %, et le Némausais avec 10,43 %.
- Endoscopies exclues, l'importance relative de l'activité ACA est donc la même dans le Public que dans le Privé. Ceci pourrait témoigner d'un **problème de recrutement chirurgical global pour le Public davantage que d'un déficit spécifique d'ACA.**
- Les RSA concernant des GHM 700 génèrent 4,11 % des points ISA chirurgicaux, 4,54 % pour le Privé et 3,37 % pour le Public. Cette discordance dans l'importance relative du nombre de points ISA par rapport à l'importance relative de l'activité ACA dans l'activité chirurgicale totale pourrait s'expliquer par la part plus importante de GHM médicaux en ACA dans le Public ou par une activité chirurgicale plus lourde en HC dans le Public que dans le Privé.
 - Part relative GHM 700-GHM 800 : sur les 169 828 RSA dénombrés en activité ambulatoire pour les GHM 700 et 800, 65 % des actes ambulatoires réalisés dans le Privé sont « médicaux » (GHM 800), 35 % « chirurgicaux » (GHM 700), contre respectivement 88 % et 12 % pour le secteur public. Ainsi **l'activité ACA du Privé serait plus « chirurgicale ».**
 - Le service médical régional de l'assurance maladie a évalué le taux de GHM 700 dans l'activité ambulatoire sur la base PMSI 1996 du secteur privé : 8 établissements sur 34 ont un taux supérieur à 55 % et entrent ainsi dans le champ d'un taux de change dérogatoire. Or 4 des 6 établissements pour lesquels les données ont pu être déterminées réalisent plus de 80 % des GHM d'endoscopie dits médicaux en HC.
 - **La typologie de l'activité chirurgicale est différente suivant le statut de l'établissement :**
 - * Les établissements de statut public et les cliniques privées isolées recrutent en grande partie par les services d'urgences.
 - * L'hôpital public voit son activité centrée sur la traumatologie d'urgence et la pathologie viscérale ; par ailleurs les interruptions de grossesse sont réalisées à 71 % dans le secteur public. L'ophtalmologie et l'ORL sont majoritairement représentées dans le secteur privé (96 % des cataractes sont opérées dans le secteur privé). Ce constat est à moduler en fonction des médecins intervenant dans l'établissement.
 - * Dans le secteur public comme dans le secteur privé, l'activité ambulatoire est surtout centrée sur le pôle tête-cou (ophtalmologie, ORL, chirurgie maxillo-faciale). Dans le secteur privé, on constate qu'une place importante est occupée par les endoscopies.
 - * Cinq GHM dominent largement l'activité régionale²⁹.

²⁹ Le GHM 703, *ORL – stomatologie*, avec pour diagnostics prédominants : végétations, otite moyenne, rhinopharyngite, hypertrophie de l'amygdale. Le GHM 714, *grossesses pathologiques et accouchements*, 92 % étant des

* Les spécialités chirurgicales sont très mal réparties, d'une part entre secteurs public et privé, d'autre part sur le territoire régional, ce qui peut poser des problèmes d'accessibilité aux soins.

Le PMSI permet également le suivi de la DMS en HC, mais cette donnée est également fournie par la SAE. **L'évolution de la DMS en HC est paradoxalement limitée depuis 1993** alors qu'on pouvait s'attendre à une augmentation dans la mesure où on devrait assister à une diminution des très courts séjours (24 à 48 heures) et où les séjours inférieurs à 24 heures devraient passer en ambulatoire (ou tout au moins ceux compris entre 6 et 12 heures). Le faible transfert est confirmé par le fait que **40 % des séjours sont inférieurs à 72 heures**. La diminution de la DMS est plus importante dans le Public (4,9 jours en 1996 contre 5,5 en 1993) que dans le Privé (5,22 en 1996 contre 5,27 en 1993).

La base 1997 est caractérisée par l'apparition des GHM spécifiques (série 760).

Un premier objectif pourrait être de parvenir à 50 % du potentiel de substitution déterminé par le PMSI, ou à la moyenne régionale pour les actes pratiqués par l'établissement pour ceux ayant le moins développé l'ACA.

e) Bilan d'exécution du SROS 1

Le Préfet de région a approuvé le SROS 1 du Languedoc-Roussillon le **22 juillet 1994**.

L'introduction rappelle que la planification doit permettre d'opérer les meilleurs choix pour :

- adapter l'offre aux besoins de la population en tenant compte de l'évolution démographique, de l'évolution des techniques médicales, des données épidémiologiques ;
- faire évoluer la nature, la quantité et l'implantation des équipements actuels vers une répartition plus adaptée ;
- améliorer en permanence notre réponse à la demande.

Les principes et objectifs retenus sont :

- d'assurer l'égalité par rapport à l'état de santé ;
- d'assurer l'égalité à l'accès aux soins ;
- de maîtriser les dépenses de santé ;
- de rendre la population « acteur de santé » (enjeu à long terme), et d'intégrer la prévention.

Conformément à la réglementation en vigueur à l'époque, le SROS a un contenu obligatoire visant :

- les installations de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les équipements matériels lourds ;
- les activités de soins (réanimation, accueil et traitement des urgences).

L'annexe a un caractère indicatif.

En outre le schéma détermine des objectifs prioritaires dont la réalisation sera poursuivie, notamment au moyen de contrats pluri-annuels conclus entre les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie, le préfet de région et, le cas échéant, les collectivités locales.

interruptions de grossesse. Le GHM 702, *œil*, avec surtout la cataracte. Le GHM 708, *affections et traumatismes musculo-squelettiques*, avec des diagnostics variés. Le GHM 709, *peau, tissu sous-cutané et sein*.

En ce qui concerne la chirurgie, on peut noter les orientations générales inscrites dans le schéma :

- **assurer une couverture géographique de la région et garantir l'accessibilité ;**
- **tenir compte de l'évolution des techniques chirurgicales : organiser et développer la chirurgie ambulatoire, notamment dans le secteur public ;**
- **favoriser le regroupement des activités et des établissements** ou services de petite capacité (secteur public et secteur privé).

La commission régionale d'évaluation médicale des établissements a fait la remarque qu'une **réduction concomittante des structures d'hospitalisation qui seront sous-utilisées peut permettre de répondre à la demande croissante de chirurgie ambulatoire sans inflation des structures.**

L'ACA est a priori une activité de proximité, proximité du domicile par rapport au lieu de soin. Les besoins d'un bassin de population doivent trouver une réponse locale.

Le libre choix du patient doit pouvoir s'exercer entre structure publique et privée, l'accès aux soins doit être possible dans le respect des moyens financiers de chacun, à savoir sans obligation de recourir à un praticien exerçant en secteur 2.

Pour la plupart des secteurs, **le SROS 1 avait proposé la transformation de lits d'HC en places d'ACA, ce qui s'est réalisé dans le Privé. Mais l'ACA peine à se développer dans le Public. La recherche de complémentarités entre établissements ne semble pas avoir été couronnée de succès.** Quelques établissements privés se sont regroupés³⁰.

Ce sont de plus semble-t-il des lits n'hébergeant pas ou guère d'activité qui ont été changés en places : « Conversion d'installations excédentaires », « transformation de lits d'HC insuffisamment occupés ».

f) SROS 2

1°) Concertation préalable et prise en compte des priorités de santé publique

L'action de l'ARH s'inscrit dans un contexte de planification fortement modifié par l'émergence d'une approche de santé publique, initiée par les travaux du Haut Comité de santé publique, relayée par les réflexions des Conférences Nationales et Régionales de Santé et concrétisée par les Programmes Régionaux de Santé qui sont une des réponses concrètes apportées aux priorités de santé de la région.

La concertation **intègre donc les recommandations émises par les instances consultatives** pouvant intéresser le volet chirurgical et plus particulièrement ACA du SROS. Si aucun des thèmes développés par ces instances consultatives n'est spécifique à l'ACA, certains d'entre eux sont susceptibles de concerner ce mode de prise en charge : cancer, maladies cardio-vasculaires, lutte contre la douleur, infections nosocomiales, organisation des soins, sécurité et qualité des soins, notamment en anesthésie et chirurgie, qualité de l'accueil et de l'hospitalisation des personnes âgées, difficultés d'accès aux soins.

L'ARH Languedoc-Roussillon a souhaité que dans la région la consultation des usagers se fasse dans le cadre des Conférences Sanitaires de Secteur (deux dans le Gard : Nîmes-Ganges-Le Vigan et Alès-Bagnol, dix dans la région Languedoc-Roussillon) : pour chaque secteur sont représentés le directeur et le médecin président de la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) de chaque

³⁰ Un bilan détaillé du SROS 1 peut être consulté en annexe 12.

établissement sanitaire du secteur. La présence des usagers est facultative dans ces instances, ils sont donc représentés dans la région par des associations y compris des associations de consommateurs.

La concertation des **acteurs de santé** se fait par le biais des Conférences Sanitaires de Secteur et du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS).

A noter que l'accueil dans le cadre de ce travail par les responsables d'établissement ou les acteurs de soins a de façon très générale été cordial, certains responsables d'établissement se déclarant franchement satisfaits de pouvoir s'exprimer sur le sujet, faire part des problèmes qu'ils rencontrent, même si d'autres ont montré une attitude plus réservée lors du contact téléphonique, souhaitant prendre quelques assurances avant d'accorder un rendez-vous, ou parfois ne fixant pas de contact ultérieur. La visite de l'UCA de l'établissement a toujours été possible de très bonne grâce.

Le Directeur de l'ARH a par ailleurs adressé un questionnaire sur ce thème aux 1500 maires de la région.

2°) Orientations générales

Les nouveaux SROS devront s'inscrire dans une **approche globale de la santé** en développant les coopérations avec la « médecine ambulatoire » d'une part et le secteur médico-social d'autre part, et devront assurer l'égalité des soins pour tous, notamment pour les plus démunis, promouvoir qualité et sécurité, et s'appliquer à la satisfaction des besoins de la population.

Un **dispositif efficace de suivi et d'évaluation** devra être mis en place.

Une circulaire fixant le cadre de la révision des SROS a été adressée en ce sens par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité aux Préfets, aux Directeurs d'ARH et aux Directeurs des Affaires Sanitaires et Sociales.

La révision des SROS, conduite par les ARH, s'articule autour de trois axes :

- faire un **bilan de l'existant** ;
- définir des **thèmes prioritaires régionaux**³¹, et constituer des groupes de travail sur ces thèmes, guidés par un comité de pilotage de révision du SROS. L'ARH Languedoc-Roussillon a fait de la **chirurgie particulièrement ambulatoire une de ses priorités** en retenant pour le diagnostic régional trois éléments-clés : une répartition inégale des structures ambulatoires, une chirurgie ambulatoire faiblement substitutive, une démographie médicale fragile. On peut noter aussi le peu de suivi de la recommandation émise dans le SROS 1 de transformation de lits d'HC en places d'ACA, particulièrement dans le secteur public ;
- mettre en place une **concertation large** ; en effet, le souhait actuel de la Direction des Hôpitaux est d'associer à leur élaboration un très grand nombre de partenaires et de les appuyer sur une forte légitimité professionnelle et démocratique.

³¹ Rappel : les thèmes prioritaires des différentes ARH peuvent être consultés en annexe 3.

L'ARH Languedoc-Roussillon a proposé 5 principes fondamentaux de la planification dans le cadre du SROS 2 :

1. l'**accessibilité** : sociale, géographique et en termes de libre choix (équilibre global de l'offre hospitalière publique et privée) ;
2. l'amélioration de la **qualité** des établissements de santé et de la **sécurité des soins** ;
3. les **réseaux** ville-hôpital autour du malade ;
4. l'amélioration de l'**efficacité des ressources** mises à disposition : optimiser la dépense par des réaffectations de ressources vers les besoins utiles à la population ;
5. mettre en place un **dispositif de suivi du SROS**.

La méthode de travail adoptée par l'ARH s'inscrit dans une démarche en quatre temps :

- description du champ et des dynamiques d'acteurs,
- analyse des pratiques régionales,
- proposition de scénarii,
- élaboration des plans d'action.

L'ARH souhaite veiller à ce que les actions soient définies en terme de **résultats de santé et de bien-être** plutôt que strictement en termes de production de services, avec des outils à mettre au point dès la conception de chacun des volets du schéma.

Des propositions de recomposition de l'offre hospitalière **devront être formulées, qu'il s'agisse de reconvertir des lits de court séjour vers les soins de suite et de réadaptation, de développer des alternatives à l'hospitalisation, ou de favoriser les coopérations et les complémentarités entre établissements, avec un objectif global de suppression de lits.**

La contractualisation sous la forme des COM donne l'espoir de permettre une convergence d'acteurs jusqu'alors éparpillés, travaillant chacun de leur côté : ARH, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), établissements à travers le projet médical, le projet d'établissement, commissions diverses...

A noter que la conclusion des COM devant intervenir avant le 31 décembre 1998, un avenant aux contrats sera prévu afin de pouvoir intégrer les objectifs stratégiques et opérationnels secondaires aux recommandations émises par la Conférence Régionale de Santé repris au niveau des volets du SROS.

Deux recommandations appuieront les contrats :

- garantir l'accessibilité financière et géographique pour l'IVG ;
- raccourcir chaque fois que possible la durée de séjour des enfants en chirurgie.

3°) Orientations plus spécifiques à l'ACA

Problématique générale du SROS dans le cadre de l'ACA

Neuf enjeux principaux :

1. connaître l'état des lieux :

- aspects quantitatif et qualitatif de l'activité,
- répartition géographique de l'activité, avec la notion de proximité ;
- 2. définir les besoins à satisfaire ;
- 3. adapter l'offre aux besoins ;
- 4. assurer l'accès à l'ACA, sur le plan géographique et financier ;
- 5. assurer le libre choix entre secteur public et secteur privé, sans oublier la coopération entre établissements ;
- 6. assurer le respect des normes techniques et des procédures (notion de sécurité) ;
- 7. identifier les obstacles à son développement, inciter, promouvoir et développer en essayant d'apporter une vraie substitution ;
- 8. maîtriser les coûts globaux en terme de dépenses de santé ;
- 9. mettre en place une concertation afin d'identifier les attentes des acteurs de santé et des usagers.

Un groupe de travail technique sur la chirurgie ambulatoire³² a été créé, ses objectifs étant, en prenant en compte des référentiels ou des avis d'experts et les contraintes prévisibles en matière de compétences ou de coûts, de mener un travail d'analyse et de réflexion consistant à :

- apprécier le volume d'activité nécessaire pour gérer l'offre ambulatoire substitutive ;
- organiser la complémentarité des offres ;
- mieux répartir l'activité sur le territoire régional et en assurer l'accessibilité ;
- proposer les formations accompagnant les changements.

S'agissant d'un champ qui ne concerne pas seulement les acteurs hospitaliers, l'ARH en a fait un thème de travail commun avec l'URCAM.

4 thèmes méritant une impulsion régionale ont été choisis pour l'action : la chirurgie de la cataracte, l'arthroscopie interventionnelle du genou, la chirurgie des varices, et les cures de hernies pariétales. En effet, ces thèmes concernent un grand nombre de patients, les pratiques sont codifiées, il existe de fortes disparités de pratiques et de couverture régionale, il en résulte un gain financier potentiel et un confort accru pour le malade.

Parmi les COM proposés aux établissements du Gard, le développement d'une chirurgie substitutive à l'hospitalisation concerne plusieurs établissements.

III. Obstacles au développement de l'ACA

1. Textes, réglementation

L'absence de réglementation a, dans un premier temps, empêché la signature d'accords conventionnels entre les caisses, les établissements et les praticiens. La loi hospitalière de 1970 prévoyait la mise en œuvre d'alternatives à l'hospitalisation. Cependant, les décrets n'ont jamais vu le jour pour l'hospitalisation privée.

La réglementation a ensuite été jugée comme contraignante, les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie craignant d'assister à une explosion anarchique et à une multiplication des gestes chirurgicaux et des centres si elles ne contrôlaient pas leur création et leur développement. D'où l'obligation d'échange de lits d'hospitalisation contre des places d'ambulatoire, entraînant une

³² Avec cinq pilotes, un directeur d'hôpital public, un directeur d'hôpital privé, des médecins des établissements publics et privés (chirurgiens et anesthésistes pour chaque), des paramédicaux du Public et du Privé, 2 généralistes de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML).

limitation du nombre de places d'ambulatoire (quota, taux de change). On peut en rapprocher le centralisme, l'immobilisme, la méfiance de l'administration.

A présent **la réglementation semble bien « assimilée » et n'est pas vécue comme un obstacle particulier**. Les établissements sont intéressés par le lissage d'activité que permet l'ACA, et qui n'est pas possible en HC.

Les quotas sont le problème dans le Privé pour les établissements dynamiques, même si les structures ne sont, prises en totalité, pas occupées à 100 %, et qu'on n'observe pas de listes d'attente en fin d'année. Il n'y a pas de données pour le Public. Non seulement les UCA sont saturées, mais il existe de plus, pour certains établissements, un volant d'actes passés en externe sans facturation pour l'hébergement, et des patients qui restent une nuit en HC sans réelle justification, pour éviter de reverser des indûs, et qu'il faudrait « absorber » en ACA. Le contexte sécuritaire augmente encore le recours aux locaux et matériels du service ambulatoire.

La saturation induit des effets pervers :

- Démotivation de certains établissements et praticiens performants. Une politique d'incitation des praticiens par l'établissement s'avère délicate du fait de la fréquente nécessité de faire machine arrière une fois l'activité lancée et les habitudes prises, facteur de démotivation pour tous.
- Sélection des patients les plus simples pour l'ACA, les plus lourds pouvant sans difficulté justifier une HC, voire prise en charge en HC quel que soit le patient et l'acte entraînant un transfert inverse à celui souhaité, avec diminution de la technicité de l'ACA.
- Augmentation du coût pour l'assurance maladie quand un patient est pris en charge en HC. La tutelle n'ignore pas ce fait et a constaté une augmentation du nombre de séjours à 2 prix de journée, qui étaient au nombre de 300 000 / an, dont le nombre a doublé 3 ou 4 ans après, beaucoup de ces séjours devant relever d'une tendance à contourner la saturation des places³³.
- Nécessité pour les patients de se déplacer vers des établissements plus lointains, pour y être pris en charge en ACA ou en HC.
- Risque de sélection des actes les plus rentables au détriment de certaines spécialités, d'impossibilité de développer une activité nouvelle, le tout n'allant pas toujours dans le sens de la satisfaction des besoins.

Le fait de savoir qu'il existe des structures où des places sont disponibles n'est en aucun cas un élément justifiant pour les établissements que leur activité soit bridée, surtout pour ceux ayant l'impression d'avoir « joué le jeu ». Les structures disponibles peuvent de plus être éloignées du bassin de population concerné, et ne sont pas toujours aussi performantes.

Il existe actuellement une réflexion entre les tutelles et l'AFCA pour réaxer l'ACA, en augmenter la technicité. Ainsi les services centraux du Ministère de l'emploi et de la solidarité étudient actuellement la possibilité d'accorder des autorisations pour des places de chirurgie ambulatoire à des taux de change dérogatoires, afin d'encourager le développement de l'ACA par substitution à l'HC, la modulation des taux de change sur la base d'un engagement contractuel pris au regard d'un dispositif d'évaluation national ayant été prévue, cette modulation faisant intervenir la notion de chirurgie qualifiée et substitutive.

Désormais, suite à la notion de contractualisation apparue dans les ordonnances de 1996, tout établissement de santé souhaitant bénéficier d'un accompagnement spécifique de son projet de développement de la chirurgie ambulatoire peut demander que l'autorisation qu'il sollicite soit assortie d'un engagement contractuel avec l'ARH. Cet engagement doit aller dans le sens de la réalisation dans les places d'ACA d'une certaine part de chirurgie qualifiée et substitutive, afin que l'ACA n'accroisse pas une offre jugée déjà pléthorique. Un dispositif d'évaluation national³⁴,

³³ A. LESTIENNE, Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

³⁴ Ce dispositif s'attacherait à deux aspects : quantitatif (taux de GHM 700) et qualitatif (actes marqueurs).

devrait permettre une amélioration du taux de change dans un sens plus favorable à l'établissement. En l'absence d'engagement contractuel, le taux de change resterait ce qu'il est dans le droit commun. La forme définitive du texte qui définira ce point n'est pas encore connue.

Les établissements ne veulent pas diminuer leur nombre de lits d'HC du fait d'un besoin de la totalité des lits à certaines périodes. Les lits vides sont beaucoup plus facilement échangés.

Sur le plan de la rentabilité, on peut considérer qu'en HC, il y a une intervention pour environ quatre jours de séjour. L'ACA « produit » une intervention par jour, et une place génère trois fois plus de K qu'un lit d'HC (les interventions en HC étant plus lourdes). Une première approche pourrait donc être de penser qu'avec deux lits pour une place, l'établissement double sa productivité s'il s'agit des mêmes actes chez le même type de patients. Mais la productivité est la même en HC qu'en ACA si le patient ne reste qu'une nuit, soit avant, soit après l'acte, comme l'ACA. L'établissement garde alors un lit d'HC plus polyvalent, mieux rémunéré pour l'hébergement, produisant potentiellement des actes à plus fort coefficient K, et qu'il n'a pas de peine à remplir. L'HC permet aussi d'opérer les patients plus tardivement, donc d'optimiser les plages horaires du bloc.

Or si le secteur d'HC est saturé avec des patients ayant des pathologies nécessitant plusieurs jours d'HC, l'établissement n'a pas de lits d'HC à échanger. Les lits « échangeables » sont ceux qui tournent déjà avec de courtes hospitalisations, avec les avantages décrits précédemment. Le nouveau mode de tarification qui décompte le nombre de jours d'HC en fonction de la présence du patient à minuit va permettre d'optimiser la « rotation » de ces lits en supprimant l'incitation des sorties après 13 heures.

Il n'est dès lors pas évident de convaincre un établissement de se séparer de lits d'HC, même au taux de un pour un, seules la pression de la clientèle et la volonté de suivre le développement de l'ACA interviennent alors...

Le relâchement des quotas n'est en tout cas pas à l'ordre du jour : quand on transforme un lit en place, l'activité est multipliée³⁵.

La création du FANP, pour la rémunération des actes faits en urgences, qui n'entreront pas dans le champ des quotas, va déjà permettre de résoudre le problème des urgences qui occupaient parfois des places d'ACA.

2. Tarification, points ISA

L'absence de textes avant 1991 a également conduit à des divergences entre caisses et établissements concernant la tarification des actes faits en ACA.

Pour l'ACA **dans le secteur privé, l'assurance maladie considère que la tarification est globalement incitative**³⁵, la rémunération par le FSO constituant un encouragement au développement de l'activité, ce qui est confirmé par certains responsables d'établissement, en l'absence toutefois de données comptables précises sur la rentabilité de l'ACA. L'ACA permet d'autre part une augmentation de l'activité, avec la production un nombre de K par FAS supérieur au nombre de K par jour d'HC.

D'autres responsables d'établissement rétorquent que **la tarification de l'ACA n'est pas rentable, notamment quand l'activité ACA est importante** : il existe un problème d'adéquation tarification / cahier des charges, le prix de journée et les honoraires ne constituant pas une tarification adaptée. Le coût « administratif » (frais engagés lors de l'entrée et de la sortie du patient) est indépendant de

³⁵ M. AOUSTIN, échelon national du service médical de l'assurance maladie.

la durée du séjour, et le forfait d'entrée – défini comme couvrant les frais d'admission pour les patients hospitalisés – ne s'applique pas à l'ACA. En partant du postulat que le forfait d'entrée couvre ces frais, il ne reste alors pour un acte avec FAS 2 qu'environ 31 francs, différence entre le FAS 2 et le forfait d'entrée (381 – 350 F), pour la rémunération de l'hébergement, du repas, des soins infirmiers, des médicaments éventuels en l'absence de forfait pharmacie...

Le coût d'une intervention est le même qu'en HC, en effet le coût du secteur technique est le même quel que soit l'hébergement, et si l'ACA permet un plus grand nombre d'interventions, cela nécessite plus de salles techniques (salles d'opération et de surveillance post-interventionnelle).

Il y a perte sur le prix de journée sans compensation sur les honoraires ou le FSO pour un même acte par rapport à une HC, et même avec la diminution des frais d'hôtellerie et de personnel, l'établissement doit produire à moindre coût.

Non seulement il n'existe pas de rémunération spécifique dans le secteur public, mais la valorisation du point ISA y est moins importante en ACA qu'en HC. L'ACA fait fortement chuter le nombre de points ISA pour l'établissement, malgré une revalorisation lente en 1997. Il existe un risque de sous évaluation de la valeur en points ISA des groupes de la CM 24, lié aux insuffisances de la comptabilité analytique des hôpitaux et à l'affectation d'une partie des coûts à la journée. Ainsi le différentiel de points ISA en CM 24 est très faible, tous les patients restant moins d'un jour. Or un calcul de points reposant sur la notion de nombre de journées d'hospitalisation est un non-sens pour l'ACA, dans la mesure où ce mode de prise en charge a fait évoluer vers une consommation technique et non plus hôtelière, le coût technique du 1^{er} jour n'étant pas « remboursé » avec les points ISA en ACA, et l'établissement perdant plus en points ISA que ce qu'il économise avec une nuit d'HC en moins. Même si les coûts directs de l'ACA sont moindres, leur évaluation doit être juste, et si la productivité d'un service augmente, le coût pour ce service va augmenter, il doit donc gagner des points ISA en proportion.

De plus, certains sont dubitatifs vis-à-vis de la fiabilité de l'évaluation des coûts par séjour par les établissements volontaires participant à l'élaboration de l'échelle nationale des coûts, et du fait de leur petit nombre sur la puissance statistique obtenue à partir de GHM peu représentés³⁶.

Les services centraux du Ministère de l'emploi et de la solidarité étudient actuellement la possibilité de mettre en place un coefficient multiplicateur des points ISA comptabilisés, pour des GHM susceptibles de traduire une chirurgie ambulatoire réellement substitutive³⁷. Certains pays rémunèrent déjà l'acte différemment suivant l'existence ou non d'une vraie chirurgie substitutive³⁸.

La tarification freine également l'ACA de façon indirecte dans le secteur public, le système actuel de dotation globale accordant les crédits à un service en fonction du nombre de lits. Or l'ACA, en diminuant la durée de séjour, augmente d'autant le nombre de lits vides en hospitalisation et fait chuter le taux d'occupation des lits, majorant d'autant la surcapacité des hôpitaux publics.

Mais l'activité ACA dans les établissements sous dotation globale n'est pas suffisante pour déséquilibrer les budgets, ni même faire évoquer des craintes de ce côté, et il n'y a pas de grande plainte sur la valorisation des points ISA dans la

³⁶ F. DEMONT, médecin DIM, CHU de Tours.

³⁷ Circulaire du 16 décembre 1997 AUBRY-KOUCHNER aux directeurs d'ARH.

³⁸ A. LESTIENNE, CNAM.

région, alors qu'il s'agit d'un thème très discuté au niveau national. Seuls les rares établissements sous dotation globale qui travaillent beaucoup en ACA se déclarent gênés par cette tarification.

Ainsi l'appréciation de l'adéquation de la tarification pourrait être dépendante du niveau d'activité ACA de l'établissement, ceux ayant une forte activité trouvant l'ACA moins rentable que l'HC, voire non rentable, dans les deux secteurs.

3. Coûts globaux

Les alternatives à l'hospitalisation sont le plus souvent venues compléter le dispositif médico-technique ou médico-social existant sans que l'utilité de maintenir les structures qui préexistaient soit remise en cause.

Dans la région Languedoc-Roussillon, la **production de néo-activité** au lieu d'une substitution entraîne une augmentation des coûts : inflation d'actes exploratoires au détriment de la « vraie » chirurgie substitutive (tendance au remplissage par les endoscopies quand on augmente le nombre de places), même si les tutelles ne remettent pas officiellement en cause la place des endoscopies dans l'ACA³⁹.

Il existe de plus un **antagonisme entre la volonté d'équilibrer les secteurs public et privé, de maintenir une double offre, et la nécessité de passer « d'une logique où chaque établissement s'efforçait d'être polyvalent à une logique coopérative.** L'offre doit répondre aux besoins, non plus seulement établissement par établissement, mais au niveau d'un bassin de population »⁴⁰.

Il existe un **risque d'augmentation des coûts en cas de transfert vers la médecine de ville d'une charge auparavant assumée par la dotation globale (suites opératoires)**, ce qui peut d'ailleurs constituer un frein au développement de l'ACA dans le Public. Ce risque peut être tempéré par le principe des enveloppes séparées, les médecins de ville seront en effet très réticents à assumer des suites opératoires si leur objectif annuel de dépenses est déjà atteint ou risque de l'être, alors que l'hôpital a plutôt intérêt à diriger vers la ville.

4. Financement

La création d'une UCA nécessite des investissements importants, **les textes édictant des conditions techniques strictes de fonctionnement.**

Certains établissements en équilibre financier précaire ne peuvent ou n'osent pas investir pour offrir aux praticiens un plateau technique adapté.

Des crédits du Fonds d'Investissement et de Modernisation des établissements (FIMO) peuvent être utilisés pour la transformation de lits en places⁴⁰, mais il n'y a pas beaucoup de projets présentés à la DH⁴¹.

Installer une place en ambulatoire serait beaucoup plus coûteux dans le Public que dans le Privé⁴².

³⁹ A. LESTIENNE, CNAM ; M. Aoustin, échelon national du service médical de l'assurance maladie.

⁴⁰ Circulaire du 16 décembre 1997 AUBRY-KOUCHNER aux directeurs d'ARH.

⁴¹ M. METTENDORF, DH.

⁴² A. LESTIENNE, CNAM.

Les établissements régionaux n'ont globalement pas rencontré de gros problème pour le financement, adaptant le plus souvent une structure préexistante libérée, sans investissement lourd.

5. Accessibilité géographique des structures

La répartition inégale de l'offre sur le territoire régional peut poser des problèmes d'accès, comme le taux d'occupation élevé des places.

L'éloignement des patients d'une UCA peut poser plusieurs problèmes :

- déplacement à distance, source d'**inconfort** pour le patient ;
- utilisation d'un moyen de transport, ce qui peut entraîner des **frais de transport** parfois pris en charge par l'assurance maladie ;
- **empêcher la prise en charge en ACA ;**
- **risque en cas de complication** s'il n'y a pas non plus de structure d'urgence à proximité. Même si ce type de risque s'avère marginal, l'éventualité de sa survenue constitue un puissant frein à la prise en charge en ACA de patients « éloignés ». Il existe, semble-t-il, un certain consensus pour exprimer l'éloignement maximum admissible en temps et non pas en distance, 1 heure maximum étant le délai le plus souvent cité. La contrainte d'éloignement peut être variable suivant le type de patient : ainsi une limite de 20 km est parfois fixée pour les patients âgés.

Mais en l'absence de tout règlement, **la question de l'éloignement maximum admissible pour le patient et de la prise en charge éventuelle d'une complication par une structure de proximité différente de l'établissement où se situe l'UCA, pour des raisons de sécurité, n'a pas de réponse claire.** Il est en effet difficile de garantir l'absence de perte de chance pour le patient, même en supposant que dans tous les cas les praticiens ayant réalisé l'acte puissent être joints, afin d'orienter le diagnostic et la conduite à tenir.

Les conséquences médico-légales en sont inconnues, en attendant une éventuelle jurisprudence sur ce critère.

Dans la région Languedoc-Roussillon on constate pour l'HC comme pour l'ACA une fuite de patients à distance, vers Nîmes et même Montpellier, du fait du patient ou du médecin traitant.

Certains établissements envisagent à terme la suppression de certaines activités peu pratiquées, avec parfois instauration de filières avec les CHU, y compris si un établissement voisin met à disposition l'activité requise, ce qui risque de « structurer » les fuites de patients, et de faire disparaître la réponse locale à des besoins.

6. Accessibilité financière

Il peut y avoir des difficultés d'accès aux soins si l'ACA n'est disponible sur un secteur géographique que dans le privé et que des praticiens ou des anesthésistes sont en secteur 2 et en situation de monopole.

D'après les acteurs de soins, **il n'y a pas dans la région Languedoc-Roussillon, de problème d'accessibilité financière.**

7. Libre choix

La problématique du libre choix est **indissociable de celle de maintien d'une double offre publique et privée**. Mais il n'est pas possible de doubler partout les plateaux techniques.

8. Réticence, difficultés de certains établissements

Certains points influant sur les établissements ont déjà été abordés, comme la tarification, les quotas, la saturation des UCA et des services d'HC.

- **Pour les gros établissements, il faut créer d'emblée une structure de taille suffisante, donc tout (accord de plusieurs services et praticiens, financement) doit se débloquer en même temps. Les CHU mettent d'ailleurs en place de petites structures par rapport à leur taille. Les projets ambitieux, avec parfois jusqu'à 35 services à faire travailler ensemble, posent problème. Parfois des projets plus modestes voient le jour. Pour réussir, il faut une réelle volonté médicale et administrative, et l'accord de tous, ce qui n'est pas évident à obtenir, notamment dans le Public.**
- **Risque de perte de recrutement, assez théorique toutefois, si la clientèle ne suit pas.**
- **Les établissements à forte attractivité géographique ont des possibilités d'extension de l'activité ACA limitées si une part significative du recrutement est lointain.**
- **Certains établissements peuvent centrer leur activité sur la chirurgie lourde.**
- **Il n'existe habituellement pas d'entente ni de collaboration entre les établissements. La plupart ont conscience qu'il est difficile de créer, maintenir ou développer 2 UCA dans une petite ville, mais chacun la veut chez soi.**

9. Réticence de certains praticiens

Divers facteurs interviennent dans la réticence des praticiens.

- Une **moindre adaptabilité**, une plus grande résistance à changer d'anciennes habitudes.
- L'**absence de motivation**, une clientèle fidélisée, l'absence d'intéressement ; ainsi il y a peu ou pas de demande des praticiens à l'hôpital public, notamment en cas d'activité à temps partiel.
- Leur « **culture médicale** » : par exemple tendance des hospitaliers à raisonner en termes d'hospitalisation ; l'idée courante que l'importance d'un service se mesure en nombre de lits, le travail à l'extérieur des limites traditionnelles du service.
- Leur **formation**, initiale ou continue. La pratique de l'ACA concerne surtout de « petites » interventions, principalement réalisées dans les cliniques privées, expliquant en partie un développement prédominant de l'ACA dans le Privé, ce qui diminue d'autant la réalisation de tels actes dans les CHU. **La clientèle des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) n'est plus guère représentative pour les actes courants et par conséquent n'est plus suffisante pour constituer une base pour l'enseignement**, ce qui a plusieurs conséquences :
 - Poser problème pour l'enseignement de la chirurgie courante. De plus la nécessité de séniorisation de l'ACA rend difficile l'enseignement dans ce contexte, ce qui rend obligatoire la formation sur des patients en HC. Cela n'a pas actuellement de grande répercussion dans la mesure où les interventions courantes ne sont pas réalisées

exclusivement en ACA, mais les patients permettant la formation deviennent plus rares et se trouvent plutôt dans le Privé.

- L'absence de mise en situation des praticiens (en ACA) pendant leurs études.
 - Avec, comme conséquence, la difficulté à se plonger dès l'installation dans la pratique en ACA, nécessitant le « zéro défaut », de plus sans accoutumance préalable.
 - L'absence du rôle fondamental habituel des CHU dans l'évaluation des techniques et la diffusion de cette évaluation, leur exclusion entraînant une tendance à freiner, parfois involontairement (doute des praticiens sur la qualité de la méthode non mise en œuvre dans les centres de références que sont les CHU).
- L'échange de lits d'hospitalisation contractuellement à leur disposition contre des **places d'ambulatoire plus ou moins ouvertes à tous les praticiens avec l'exigence d'une plus grande souplesse de gestion de créneaux horaires** jusqu'alors dédiés : une UCA nécessite le plus souvent la multidisciplinarité pour pouvoir fonctionner. Il y a un vingtaine d'années encore, la possibilité de s'installer était liée à la possibilité de disposer de lits chirurgicaux sous des formes administratives ou réglementaires, d'où la notion de patrimoine. On peut noter ici le peu de pouvoir des établissements sur les praticiens dans ce contexte.
 - **La nécessité d'une organisation plus contraignante de leur activité notamment concernant les horaires.**
 - L'accroissement de l'intensité au travail.
 - **L'absence de rigueur, une capacité technique insuffisante, un taux élevé de complications.**
 - Leur **recrutement**, le type d'opérations pratiqué, ou les problèmes de recrutement.
 - **La crainte de la critique, des complications, des antécédents de complication grave sur une intervention réputée bénigne.**
 - La **saturation des places**, déjà évoquée.
 - La **typologie de leur clientèle** : âge, niveau socio-culturel, passivité dans la prise en charge.
 - Leur **absence de prise en compte des souhaits des patients.**
 - **L'absence d'auto-évaluation, de remise en cause.**
 - Leur disponibilité insuffisante, **notamment en cas de problème, mais aussi pour toutes les explications à donner avant.**
 - L'**absence de concurrence locale** faisant disparaître l'émulation. Parfois le déclin démographique relatif d'une discipline ne nécessite pas d'effort pour augmenter sa clientèle.
 - L'aspect médico-légal : **le fait d'avoir déjà eu un ou des contentieux, de craindre davantage dans ce contexte qu'en HC un contentieux, une mise en cause, une plus grande sévérité du juge, l'existence désormais d'un risque pénal.**
 - L'absence d'engagement des praticiens avec lesquels ils collaborent, **ce qui concernerait essentiellement les anesthésistes-réanimateurs, mais en pratique il n'y a pas de frein de ce côté.**
 - La qualité technique insuffisante de la structure dans laquelle ils travaillent, l'absence de possibilité d'accès à une UCA. **Seuls les établissements privés fonctionnent en « clinique ouverte » dans la région Languedoc-Roussillon et les établissements font parfois pression sur les praticiens qui ne leur accordent pas l'exclusivité.**

L'opposition formelle de la part d'un praticien semble plutôt rare, le plus souvent il s'agit d'une absence de motivation. Mais les problèmes de formation existent déjà.

10. Indisponibilité de praticiens

Des difficultés de recrutement de chirurgiens pratiquant dans des disciplines fortement impliquées dans l'ACA (ophtalmologistes, ORL) ou d'anesthésistes peuvent se faire jour dans certaines régions ou secteur (public). Ces difficultés peuvent être liées à une démographie médicale défavorable, une faible attractivité de la région ou des établissements, aux établissements dont l'UCA est déjà saturée et qui ne peuvent donc les accueillir, ou ne le souhaitent pas s'ils estiment l'activité peu rentable dans le cas des établissements privés à but lucratif, ou parfois pour diverses autres raisons (rivalités avec un autre établissement où ces praticiens travaillent déjà).

L'indisponibilité de praticiens pose des problèmes ponctuels à quelques établissements, excepté dans les grandes villes régionales.

L'indisponibilité d'anesthésistes devient préoccupante en France, ce problème n'est pas encore très sensible en région Languedoc-Roussillon, même si le vieillissement de cette catégorie professionnelle pose souci, en l'absence de génération de remplacement, et si certains établissements ont déjà des difficultés de recrutement.

11. Implication insuffisante des généralistes

La plupart des praticiens interrogés ou s'exprimant sur le sujet font état du **peu de collaboration avec les médecins généralistes**, avec lesquels l'entente est qualifiée de moyenne.

Les médecins généralistes semblent ne voir aucun intérêt à l'ACA, ils ne s'impliquent guère, voire freinent. Ils craindraient d'être plus dérangés, et ont tendance à se « décharger » sur l'hospitalisation.

Ils ne « jouent pas toujours le jeu » en envoyant les patients loin.

12. Patients

Plusieurs aspects sont à discuter :

- La **méconnaissance de l'ACA**, de son existence, de ses avantages.
- La suspicion sur ce mode de prise en charge dans un contexte de maîtrise des dépenses, ou face à un « allègement » des soins dans un contexte sécuritaire, avec, pour certains, un **sentiment d'insécurité** vécu par le patient et la famille provoqué par le retour [jugé trop] précoce au domicile. Ainsi, 20 % des patients disent être sortis trop tôt⁴³, 6 % en Belgique, sans parfois le ressentir au moment de la sortie, ce qui n'influe pas nécessairement sur la satisfaction des patients⁴⁴. On peut en rapprocher le contexte sécuritaire, (socio-culturel) augmentant le recours à l'hospitalisation.

⁴³ L. JOUFFROY, vice-président de l'AFCA.

⁴⁴ C. DE LATHOUWER, président-fondateur de l'IAAS, Belgique.

⁴⁵ H. JOHANET, clinique Sainte Marie, Pontoise.

⁴⁶ Y. JACOB, clinique Claude Bernard, Metz.

- La nécessaire **sélection des patients**, même si pour certains il est plutôt question de savoir si un patient justifie d'une hospitalisation que de savoir s'il existe une contre-indication à l'ACA⁴⁵. C'est le patient, son environnement psycho-social et ses conditions de vie, la capacité de prise en charge organisationnelle qui autorisent la prise en charge ambulatoire beaucoup plus que l'acte en soi. La décision opératoire est déjà prise en fonction de critères médicaux.
 - Les contre-indications :
 - * L'âge en lui-même, l'éloignement du domicile, la traumatologie ne sont pas des contre-indications.
 - * Peuvent l'être : l'avis de l'anesthésiste, le souhait du patient.
 - * Le sont : certains gestes spécifiques dans chaque spécialité (par exemple, geste de revascularisation, greffon iliaque, geste sur le membre inférieur, greffon osseux, prothèse⁴⁶).
 - **Les Co-Morbidités Associées (CMA). Cependant, l'existence même de ces comorbidités, stabilisées dans leur environnement médical habituel, peut au contraire justifier l'ACA et non l'inverse. Il faut en effet alors tout faire pour éviter une HC⁴⁷.**
 - **Les problèmes sociaux surtout : personnes ne comprenant pas, vivant seules... Il y aurait ainsi 25 % minimum d'HC incompressibles sur une indication en tenant compte des causes médicales et sociales⁴⁸.**

13. Actes praticables en ACA

Ce type de prise en charge est limité à certains **actes à faible risque de complication, avec anesthésie relativement brève** (maximum une heure/une heure trente).

Il n'y a pas de normalisation des pratiques médicales, **pas de référentiel d'actes** pouvant être effectués en ambulatoire.

Les IVG, ayant leur propre tarification, sont comptabilisées hors ACA, hormis dans un établissement de la région pour qui les IVG représentent une part importante de l'activité de l'UCA, qui les a intégrées dans l'activité ACA dans une évaluation à usage interne.

14. Suivi des suites opératoires

- Suivi des suites immédiates
Peuvent poser problème :
 - La douleur post-opératoire : elle constitue un frein important au développement de l'ACA, **en gênant et retardant la sortie des patients ; sa maîtrise est très importante. Un traitement antalgique doit être systématiquement prescrit. Des modifications des techniques chirurgicales peuvent aussi permettre une diminution de la douleur.**

⁴⁷ J.P. VINCENT, clinique du square des Emaillleurs, Limoges.

⁴⁸ J. GIORDAN, clinique Beau Soleil, Montpellier.

L'information du patient est dans ce domaine très importante : gestion de la douleur, qui appeler... « Passeport » contre la douleur⁴⁹, questionnaire d'évaluation.

La promotion, l'affichage, la dynamisation de cette prise en charge par l'UCA sont très importants.

Sa prise en charge fait également l'objet d'une forte mobilisation dans la région.

Peu de patients considèrent que la douleur n'a pas d'importance dans la qualité de la prise en charge ou pour le choix d'un établissement⁵⁰.

Plus d'une personne sur deux dit avoir eu mal dans les suites si on l'interroge systématiquement après la sortie⁴⁸ (cure de hernie inguinale).

Peu d'études sont disponibles sur le sujet.

- Les hémorragies.
- La symptomatologie respiratoire et digestive⁵¹.

D'après les responsables d'UCA rencontrés en Languedoc-Roussillon, le taux d'hospitalisations non prévues au décours de l'acte reste partout très inférieur à 5 %.

- Suivi des suites « tardives »

La réponse idéale serait une organisation en réseau⁵². La continuité des soins n'est pas dans la loi...

Certains patients font appel au médecin traitant pour l'ablation des fils, très peu pour un traitement antalgique complémentaire⁵³.

L'association du médecin traitant au suivi post-opératoire est variable suivant la qualité des relations, l'implication des généralistes, le milieu rural ou urbain, les données sociales et géographiques locales, l'éloignement du recrutement, la spécialité des praticiens et le type des interventions réalisées.

Certains avec plus de 10 ans d'expérience ne déplorent aucun retard de prise en charge d'une complication, aucune complication liée au mode ambulatoire⁵⁴.

Dans la région, la participation du généraliste aux suites n'est pas du tout structurée, et entre dans le cadre d'un manque global de collaboration déjà décrit.

L'adhésion des médecins traitants se fait à l'usage, réclamant parfois une certaine persévérance, la collaboration avec les médecins de ville n'est pas toujours facile.

« L'ambulatoire [en ophtalmologie] ne finit pas à la sortie de l'unité ambulatoire, mais avec la guérison, c'est-à-dire parfois quelques semaines plus tard »⁵⁴.

Pour d'autres, les patients n'appellent jamais le médecin traitant, ou alors celui-ci les renvoie sur les praticiens⁵⁵.

L'information du médecin généraliste pourrait être améliorée : le patient ne part pas toujours avec un courrier.

Lorsque l'on questionne les médecins traitants⁵⁶ :

- ils veulent être formés,

⁴⁹ E. VIEL, CHU de Nîmes.

⁵⁰ Enquête *Anaesthesia*, 1987.

⁵¹ Critères de sortie présentés par C. MANN, congrès de Menton.

⁵² G. BAZIN, AFCA.

⁵³ Y. JACOB, clinique Claude Bernard, Metz.

⁵⁴ J.P. VINCENT, clinique du square des Emailleurs, Limoges.

⁵⁵ H. JOHANET, clinique Sainte Marie, Pontoise.

⁵⁶ E. VIEL, CHU de Nîmes.

- ils pensent que la visite après un acte d'ACA devrait faire l'objet d'une cotation particulière.

En Languedoc-Roussillon, les hospitalisations à distance de l'acte pour complication différée sont anecdotiques.

- **Les complications sont cependant gérées par le chirurgien.** La gestion des suites opératoires peut soulever des problèmes de responsabilité médico-légale pour les praticiens ayant fait le ou les acte(s), rédigé l'ordonnance de sortie (d'antalgiques notamment), qui sont responsables.

15. Frein social

Ce problème n'a été soulevé qu'une fois, lors d'un entretien régional, du fait de la crainte par le personnel de l'établissement que la montée en charge d'une activité d'ACA entraîne des licenciements parmi le personnel. Globalement le personnel ne fait pas obstacle au développement de l'ACA, assez souvent c'est même le contraire.

16. Absence d'incitation, de promotion et de contraintes

Hormis l'échange de lits qui pèse sur les établissements.

IV. Développement de l'activité

1°) Potentiel de développement – substitution

Le développement, certes lent en France, mais aussi dans d'autres pays, a été permis par l'amélioration de l'anesthésie et notamment la plus grande rapidité du réveil, l'amélioration des techniques chirurgicales moins invasives, et la validation de critères de sortie des patients.

Le potentiel exact de développement de l'ACA avec les indications actuelles n'est pas connu. **Certes, les pourcentages concernant la substitution font autorité, mais leur provenance demeure obscure⁵⁷. Il est de plus difficile de donner une limite précise à ce qu'est la chirurgie.**

La vraie chirurgie substitutive est celle qui ne peut se faire qu'à 20 à 50 % en ACA à un moment donné, (on peut même considérer dans un endroit donné) moment auquel elle est réellement substitutive. Le potentiel de substitution devrait être considéré au sens large, à un moment donné dans un établissement donné, concernant tout ce qu'il est possible de substituer. **Une définition « nationale » des actes substitutifs ne tient pas compte du potentiel de certains établissements débutant dans l'ACA. Il faudrait d'ailleurs plutôt parler en terme contractuel de substitution à venir⁵⁸.**

⁵⁷ C. DE LATHOUWER, IAAS.

⁵⁸ F. DEMONT, DIM CHU de Tours.

L'assurance maladie veut voir se développer en ACA une chirurgie qualifiée (**de plus grande technicité**) et substitutive (évitant l'HC) : d'où la notion de **chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive**. Il s'agit de privilégier la substitution, pas de pénaliser ce qui se fait déjà. Quand on encourage la première, on « désincite » la seconde évidemment, mais pas délibérément⁵⁹. La position des tutelles vis-à-vis des endoscopies n'apparaît pas claire aux yeux de nombreux praticiens. Pour la CNAM, on peut admettre que certains établissements soient positionnés sur l'endoscopie⁵⁹, qui a par ailleurs été et est encore substitutive vis-à-vis de la chirurgie pour certaines pathologies.

Quatre spécialités sont principalement représentées parmi les procédures pour lesquelles l'ambulatoire est une réelle alternative à l'hospitalisation⁶⁰ : chirurgie générale, ophtalmologique, orthopédique et gynécologique. Les seules procédures ayant fait l'objet d'une évaluation publiée sont la cure de hernie inguinale, l'extraction de cataracte, la libération chirurgicale dans le syndrome du canal carpien (**mais pas d'étude comparative ACA – HC**), la chirurgie des tumeurs du sein.

Les études cliniques présentent certaines limites méthodologiques : faible nombre de patients, groupes comparés trop dissemblables, voire absence de comparaison, modalités de suivi mal précisées.

- Il ne semble pas y avoir d'obstacles majeurs à la réalisation des cures de hernies inguinales en mode ambulatoire en terme de survenue de complications et de récidives.
- Pour la chirurgie de la cataracte, l'étude de la littérature montre l'absence de différence entre prise en charge ambulatoire et traditionnelle en termes de survenue de complications et de résultats (acuité visuelle à 6 mois).
- Pour la chirurgie du canal carpien, alors que la pratique ambulatoire est courante, il n'existe pas, dans la littérature, d'étude permettant de l'évaluer par rapport à la chirurgie traditionnelle.
- Pour la chirurgie des tumeurs du sein, les études actuellement existantes comparant chirurgie ambulatoire et traditionnelle permettent certes d'envisager la pratique ambulatoire sans risque majoré de complication ou de récurrence, mais ne sont pas suffisantes pour l'affirmer.

Données actuelles en France :

- L'intervention la plus pratiquée en ACA est la libération chirurgicale dans le syndrome du canal carpien, avec 53 % ; ensuite la cataracte, puis la hernie (moins de 10 % pour cette dernière).
- D'après une enquête au CHU de Bordeaux⁶¹, portant sur 1396 patients sélectionnés, **seulement 5 %, soit un quart des patients ont été pris en charge en ACA alors que 20 % pouvaient être concernés par une prise en charge en ambulatoire.**
- **Dans le secteur privé, les séjours de 48-72 heures qui représentent 41 % de la totalité des séjours en HC relèveraient plus d'une fois sur trois en fait de l'ACA.**
- 36 % de l'activité opératoire de chirurgie orthopédique pourrait se faire en ambulatoire⁶².

⁵⁹ A. LESTIENNE, CNAM.

⁶⁰ ANAES

⁶¹ SFAR, 1997.

⁶² P. BOILEAU, hôpital del'Archet II, CHU de Nice.

⁶³ J.P. SALES, AFCA.

- L'HC continue de croître en chirurgie dans le Public, alors qu'elle stagne et même diminue dans le Privé, en nombre d'actes comme en K. La substitution serait donc plus opérante dans le Privé, si les parts de marché sont inchangées, ce qui est inconnu, secteur dans lequel il existe une discrète augmentation des cas «complexes» par rapport aux cas diagnostiques à en juger par l'évolution des FAS : + 8 % en places sur 2 ans, + 9 % d'interventions, + 10 % pour le FAS 1 et + 8 % pour le FAS 2.

Comparaison aux autres pays :

- **Il n'est pas évident que le potentiel de développement de l'ACA soit de 60 % de la totalité de la chirurgie, comme dans d'autres pays**, ni que ce potentiel sera atteint grâce à une liste indicative d'actes⁶³.
- Une seule étude a permis de comparer la part de l'ACA dans l'activité chirurgicale totale entre pays⁶⁴, à laquelle la France n'a pas participé du fait de l'inaccessibilité aux bases de données⁶⁵ (International Association for Ambulatory Surgery – IAAS – , 1995-1996), trouvant pour le pourcentage d'interventions effectuées en ACA par rapport au total ACA + HC les chiffres suivants : USA 87 %, Canada 70 %, Nouvelle Zélande 56 %, Australie 33 %, Pays Bas 56 %, Belgique 37 %, Portugal 10 %, Irlande 35 %, Danemark 41 %, Luxembourg 18 %.
- Cette estimation peut être biaisée par un sens différent donné au terme « ambulatoire » : par exemple, aux Etats-Unis, ce terme signifie moins de 24 heures d'hospitalisation. En France « c'est dormir le soir à la maison ». Cela peut expliquer des différences.
- En Belgique, les 100 interventions les plus fréquentes ont été identifiées. Une quarantaine est éligible pour l'ACA, une cinquantaine relève actuellement obligatoirement de l'HC. **Parmi les 20 interventions les plus fréquentes à l'hôpital en Belgique en 1993, 13 sont éligibles à l'ACA, dont 9 des 10 plus fréquentes, soit 85 % des interventions. 44 % sont effectivement réalisées en ACA.** Parmi les non éligibles, certaines pourraient se discuter⁶⁶. A noter que dans un même pays il existe des différences d'une région à l'autre, d'un praticien à l'autre. Dans certains pays, certains hôpitaux ou praticiens font aussi bien que les meilleurs scores internationaux.

L'évaluation du potentiel de substitution dans un établissement avec le PMSI est relativement complexe :

- Il faut sélectionner des actes éligibles, fréquents, habituellement faits en hospitalisation, et identifier les intitulés et les codes diagnostiques. La CM 24 est très hétérogène. Le potentiel de substitution est hors CM 24, il faut le chercher dans ce qui est actuellement fait en HC. Les GHM 761-777 sont intéressants mais la liste est limitative.
- En cherchant parmi les séjours en HC, on pourrait « transformer » en ACA⁶⁷ :
 - **Des séjours d'un à 3 ou 4 jours, mono-unités, dont le mode d'entrée est le même que le mode de sortie (= 8 pour domicile).**
 - **En excluant les complications, les transferts, les urgences, les erreurs de codage.**
 - **En tenant compte de certaines caractéristiques des patients, notamment : score ASA inférieur à 3, la ou les CMA, très mal codée(s) ; les facteurs**

⁶⁴ C. DE LATHOUWER, IAAS.

⁶⁵ G. PARMENTIER, AFCA.

⁶⁶ C. DE LATHOUWER, IAAS.

⁶⁷ Notamment d'après F. DEMONT, DIM, CHU de Tours.

psycho-sociaux : il existe quelques codes mais ceux-ci ne sont pas saisis par les médecins et il n'y a de plus aucun code permettant de savoir si le patient a le téléphone (dossier administratif). La seule solution consiste à faire une expertise sur dossier avec les volets chirurgical, anesthésique, infirmier, en tenant compte rétrospectivement d'une adhésion supposée à l'ACA...

- **En donnant « artificiellement » à ces séjours une date d'entrée égale à la date de sortie, on les groupe en CM 24. On peut alors calculer un potentiel par GHM d'ambulatoire, et un indicateur de substitution pour les GHM i à j : somme des séjours de GHM i à j en ACA / somme des séjours de GHM i à j en ACA + somme des séjours de GHM i à j « potentiels ».**

On pourrait alors faire des contrats par service sur des pathologies ciblées.

Il faut cependant se méfier du score de performance des établissements : si celui-ci est élevé (durée de séjour basse en HC), le potentiel de substitution s'en trouve à mauvais escient élevé d'autant. L'établissement moins performant aura beaucoup plus de marge, on aura tendance à exiger moins de lui. Il s'agit donc de pondérer les exigences de substitution en fonction du score de performance de l'établissement.

La méthodologie suivie à l'ARH Languedoc-Roussillon⁶⁸ pour apprécier les possibilités de substitution, les priorités et les objectifs à définir, et apprécier l'accessibilité géographique et financière, est la suivante :

- Extraction des GHM de la CMD 24 correspondant à une hospitalisation d'au maximum 24 heures.
- Elimination des séances. On obtient alors un certain nombre de GHM représentatifs de l'activité ACA de la région, avec des actes qu'on peut qualifier de traceurs de cette activité.
- Retour dans la base pour chercher à quels RSA appartiennent ces actes. On peut ainsi obtenir l'âge, le sexe, la durée d'hospitalisation.

Cela permet également de mettre en évidence les différences de technique opératoire pour une même indication, et son influence sur le mode ambulatoire ou HC.

Des données concernant chaque acte avec la durée de séjour correspondante ont ainsi pu être obtenues pour la région, par bassin (critère le plus pertinent pour adapter l'offre de soins), par établissement, qui seront exploitées par le groupe chirurgie ambulatoire du SROS.

D'autres données restent à exploiter, telles que l'appréciation des déplacements des patients pour les soins par le géocodage.

Les entretiens avec les acteurs régionaux permettent cependant assez facilement de dégager un certain potentiel de substitution dans les établissements, même s'il reste assez vague de prime abord, avec l'avantage de connaître les obstacles, d'adapter un éventuel soutien, d'estimer le degré de coopération. L'activité ACA dans les structures régionales peut être qualifiée de basique dans la plupart des cas, avec des possibilités de substitution certaines.

Quelques remarques :

⁶⁸ D'après A. CORVEZ.

- **La substitution à tout prix n'est pas dénuée de risques** : elle peut amener des changements de technique opératoire pas forcément bénéfiques. La volonté actuelle des tutelles et des praticiens est que le développement de l'ACA n'influe pas sur les pratiques.
- **Des études pour les principales indications éligibles** seraient utiles afin de savoir si le mode ambulatoire :
 - entraîne un risque particulier : augmentation du risque de complication, influence du mode ambulatoire sur la prise en charge des complications, perte de chance pour le patient (exemple amygdales et hémorragie) ;
 - entraîne une dégradation des résultats immédiats et à distance (donc recul nécessaire).

L'expérience acquise ayant désormais validé certaines indications en ACA, ces études doivent porter sur les indications « à problème », entraînant une forte réticence de la part de certains praticiens (par exemple, amygdaléctomie, hémorroïdectomie). Les patients devraient alors être pris en charge par les mêmes praticiens suivant des modes différents.
- **Il est nécessaire de résoudre certains problèmes organisationnels relativement simples** :
 - Sur le plan des horaires pour les actes maîtrisés en ACA par l'équipe mais effectués sous couvert d'une HC d'une nuit du fait d'une prise en charge au bloc trop tardive (partage d'enjeu commun – organisation – avec l'HC).
 - Réflexion à mener sur le fait de garder quelqu'un hospitalisé après un acte potentiellement ambulatoire pour des raisons de confort ou de facilité d'organisation. Exemples : découverte d'une anomalie au cours d'un examen sous anesthésie, chimiothérapie à démarrer (poursuite du bilan diagnostique ou de la démarche thérapeutique). Cela risque de plus d'allonger la durée d'hospitalisation en l'absence de toute programmation.

On pourrait édicter un code de bonne conduite générale dans l'établissement pour favoriser la programmation des hospitalisations.

2°) Arguments en faveur du développement (bénéfices apportés)

- **Qualité et sécurité des soins** :
 - Les résultats médicaux sont décrits le plus souvent comme supérieurs à la chirurgie traditionnelle. On observe une diminution de la période de convalescence et de la durée des arrêts de travail.

La part de la prise en charge par elle-même dans ce résultat n'est cependant pas évidente :

* Certes l'ACA constitue un défi avec un effet d'entraînement et de stimulation du progrès des matériels et des techniques opératoires, mais il faut remarquer que ces progrès ont sans doute davantage favorisé son développement que l'inverse. Il ne s'agit pas en effet d'attribuer à un mode de fonctionnement des avantages liés à l'amélioration de la technique et de la pratique médicale, même si ce mode de fonctionnement peut être le témoin de l'amélioration de la qualité en nécessitant un niveau de compétence et de maîtrise des événements supérieur, des praticiens (plus ?) qualifiés, des équipes plus rigoureuses, plus motivées, plus entraînées, des structures mieux organisées.

Rien ne permet de penser que de telles équipes n'adoptent pas ou n'adopteraient pas également un comportement identique en HC, avec d'aussi bons résultats. Néanmoins il faut reconnaître que **le fait que ce mode de prise en charge ne tolère pas ou très mal l'approximation, la désorganisation, est indiscutablement un facteur positif en soi.**

* L'ACA est une activité très « normée », qui s'accommode mal des dysfonctionnements, mais dont les contraintes entraînent sans doute un **meilleur respect des normes techniques et des procédures**. Cela pourrait cependant fort bien s'étendre à l'HC...

* **Les patients recourant à l'ACA sont plus actifs dans leur prise en charge, et choisissent le plus souvent cette méthode pour se couper le moins possible de la vie active.**

- **La réduction des infections nosocomiales pour les patients pris en charge en ACA est généralement mise en avant. Mais il n'existe que peu d'informations publiées concernant l'impact sur le taux d'infections nosocomiales du passage d'une prise en charge en HC vers une prise en charge en ACA. Par ailleurs l'impact de cette transition sur le taux d'infections postopératoires reste incertain⁶⁹.**

La chirurgie orthopédique ambulatoire permettrait une diminution des infections nosocomiales de 10 à 15 %⁷⁰.

L'enquête de prévalence instantanée des infections nosocomiales « un jour donné » de 1996, menée par le Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN), les CCLIN, et la cellule infections nosocomiales du Ministère, concernant les établissements publics, PSPH, et quelques établissements privés, a exclu les patients en hospitalisation de jour ou de nuit⁷¹.

Il existe plusieurs raisons de penser que le risque d'infections nosocomiales pourrait être inférieur en ACA par rapport à l'HC :

* **Certaines sont indépendantes de la méthode : bon état général du patient (moindre susceptibilité de l'hôte), interventions moins lourdes, nécessitant un monitoring moins intensif, réduisant le nombre de portes d'entrée possibles, chirurgie plus « propre », de classe 1 ou 2 (propre ou « propre-contaminée »), équipes plus performantes (?). Ainsi le risque d'infection postopératoire en ACA pourrait ne pas différer sensiblement du risque associé à des protocoles opératoires similaires conduits en HC par les mêmes équipes sur un terrain identique.**

* D'autres sont à attribuer directement au mode de prise en charge : réduction de la possibilité de transmission d'un patient à l'autre, du fait d'une moindre probabilité de contact (temps d'exposition, autres malades traités dans l'UCA en général non infectés). La déconnexion complète d'avec le système hospitalier traditionnel, réduisant en théorie considérablement le risque de contracter un germe multi-résistant est d'ailleurs mise en avant par les partisans des centres autonomes, mais ce débat souffre d'un manque d'évaluation fiable.

Si des données préliminaires suggèrent que le taux d'infections postopératoires en ACA est relativement bas, les quelques études sur le sujet montrent des écarts d'incidence très importants suivant la méthodologie employée, notamment pour la surveillance après la sortie, le mode de surveillance postopératoire idéal, sur le plan de l'efficacité et de l'efficience, n'étant pas déterminé. En effet, l'évaluation de l'apparition de ces infections dans le cadre de l'ACA se heurte à plusieurs obstacles, en tout premier lieu le fait qu'elles surviennent après la sortie de l'UCA, et qu'une surveillance ultérieure est donc nécessaire

⁶⁹ Confirmé par un entretien avec le Dr BRANGER, directeur du CCLIN Ouest.

⁷⁰ P. BOILEAU, hôpital del'Archet II, CHU de Nice.

⁷¹ Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N° 36/1997 du 2 septembre 1997.

pour une évaluation précise du taux des complications infectieuses. Les différentes méthodes proposées pèchent par un manque de sensibilité et/ou de spécificité. Ce problème se pose moins en chirurgie avec HC, même s'il existe également. La prise en charge en ACA augmentant, la plupart des infections notamment de sites opératoires sera diagnostiquée en consultation externe ou à domicile, l'absence de surveillance systématique provoquant des erreurs d'appréciation du taux réel d'incidence, de la durée réelle d'hospitalisation, et du coût global réel.

Or la réalisation d'enquête montre clairement que les infections nosocomiales après prise en charge en ACA existent, avec des taux d'incidence parfois similaires à ceux de patients hospitalisés également surveillés après leur sortie de l'établissement de soins. Il est de plus nécessaire de comparer à état général de patient et type d'intervention identique pour acquérir la certitude que le mode de prise en charge lui-même influe sur les résultats.

En conclusion, **les données actuelles de la littérature sur le risque d'infection associé à l'ACA ou à d'autres procédures invasives non strictement chirurgicales pratiquées en ambulatoire sont encore insuffisantes pour pouvoir en tirer des conclusions formelles**, même si les expériences individuelles de praticiens sont en faveur d'un risque infectieux très réduit avec ce mode de prise en charge.

Il est nécessaire de mener des études pour mieux cerner le risque infectieux, en standardisant la procédure de surveillance postopératoire en fonction des résultats recherchés mais aussi des contraintes de coût et de temps disponible. Cette surveillance doit pouvoir donner naissance à des programmes de prévention capables de démontrer leur efficacité et leur efficience.

- La réduction des complications thrombo-emboliques grâce à un lever et une mobilisation précoces est également parfois citée, de façon moins insistante cependant que la réduction des infections nosocomiales. Cet item partage bon nombre de réflexions avec le précédent, une réelle évaluation serait nécessaire.
- Le développement d'une activité de soins en dehors d'un cadre autorisé donc de façon non contrôlée lié à l'absence d'adaptation du système de soins à la demande peut dégrader la qualité et la sécurité des soins, de même que l'absence de rémunération de l'environnement, qui est susceptible d'induire une attitude excessive d'économie.

- Service rendu au patient :

L'avis est relativement unanime, les patients sont très satisfaits, pour 80⁷², 90⁷³, voire 100⁷⁴ % d'entre eux. On peut constater qu'il s'agit souvent de patients préselectionnés, interrogés a posteriori. Néanmoins la préférence va également souvent à l'ACA quand les patients sont interrogés à ce sujet avant l'acte.

De même, les acteurs régionaux font part d'un fort taux de patients satisfaits. Ainsi **la satisfaction de la clientèle, l'amélioration du service rendu ressortent comme les principaux arguments pour le développement de l'ACA.**

L'acte chirurgical reste le même, mais la structure se met à la disposition du patient et non l'inverse.

Cet aspect constitue indiscutablement un point fort de l'ACA, même s'il ne faut pas ignorer que certains patients sont réfractaires à ce mode de prise en charge, a priori comme a posteriori, avec dans certaines rares études un taux d'insatisfaction équivalent au taux de patients satisfaits.

- Intérêts des établissements :

⁷² Enquête en février 1997 d'un magazine anglais de consommateurs, « Which », citée par H. JOHANET.

⁷³ Enquête de l'AFCA en 1990.

⁷⁴ Y. JACOB, clinique Claude Bernard, Metz.

Pour les établissements, **l'ACA induit une dynamique collective**, en supprimant les secteurs individuels dans l'unité, et est fortement structurante. **Les personnels sont mieux gérés**, fortement impliqués, notamment outre-Atlantique et en Grande Bretagne.

Elle permet une **optimisation des organisations**, dégage des **gains de productivité**, même si on peut là aussi remarquer que les mêmes principes pourraient être appliqués à l'HC.

Le fonctionnement d'une UCA induit une **augmentation de l'offre de l'établissement**, **peut augmenter son recrutement** sur certaines pathologies grâce au mode ambulatoire, et accroître son attractivité globale.

La création d'une activité ACA dans une structure a de plus un effet dynamisant sur les établissements voisins.

Cette restructuration des établissements entraîne des gains pour la collectivité sous réserve que :

- la banalisation n'entraîne pas d'augmentation des volumes ;
- l'activité soit substitutive et non cumulative ;
- restructuration et complémentarité soient organisées⁷⁵.

- **L'équipe chirurgicale, y compris le praticien, peut gagner du temps** pour une même intervention grâce à l'organisation, au prix cependant de contraintes supérieures. Le chirurgien n'a pas à revenir voir le patient le lendemain, voire le surlendemain.

- **La productivité s'améliore**, avec une plus grande production de soins à moyens constants, les gains de productivité pouvant atteindre 30 % si on ne considère que le temps passé, qui représente une part importante des dépenses par rapport aux consommables⁷⁶.

A noter cependant qu'on pourrait attendre de l'HC des gains similaires de productivité avec une organisation optimisée de la sorte.

⁷⁵ M. Aoustin, échelon national du service médical de l'assurance maladie.

⁷⁶ D'après F. Venutolo, CH de Gonesse.

- Economies réalisées :

Certains pensent que l'ACA peut diminuer les coûts puisque les dépenses d'hôtellerie et de personnel diminuent. Mais :

- L'ACA «consomme» quand même le plus coûteux, c'est-à-dire la technique.
- Il peut y avoir transfert de certaines dépenses vers la médecine de ville : visites ou consultations supplémentaires du médecin traitant, actes d'imagerie, de biologie, paramédicaux, ce qui peut s'avérer plus coûteux que l'économie réalisée, notamment pour les actes faits dans un établissement public financé par le budget global.
- L'ACA peut occasionner d'autres dépenses : il faut par exemple prendre en compte le coût éventuel d'un transport sanitaire (conduite non autorisée le jour même alors que le patient aurait pu conduire le lendemain en cas d'hospitalisation), le coût éventuel d'un arrêt de travail pour la personne accompagnante (qui peut cependant se produire aussi en cas d'hospitalisation), les coûts imputables aux aides bénévoles mobilisés au chevet du patient une fois qu'il a regagné son domicile.
- L'ACA ne peut exister sans une unité d'hospitalisation sur laquelle elle s'appuie, susceptible d'accueillir des patients en urgence ou au dernier moment alors que leur sortie était programmée, et devant donc garder des lits disponibles (chaque patient doit pouvoir être hospitalisé dans les suites, mais cette éventualité étant assez rare, il n'est pas nécessaire en pratique de garder un lit d'HC disponible par place).
- Il existe un risque de lui attribuer une diminution des coûts en fait uniquement liée à la qualité des équipes et des structures ou aux progrès techniques nécessaires pour qu'elle existe, ou à la motivation des patients, à leur type d'emploi, leur niveau socio-culturel, aux bénéfices secondaires attendus de l'opération par ceux qui choisissent plutôt l'HC en ce qui concerne la diminution de durée des arrêts de travail.
- Les pathologies prises en charge sont souvent peu graves, les patients déjà cadrés en externe, tout est programmé, et la durée des actes est à peu près prévisible d'où une optimisation de la programmation et donc de la rentabilité du bloc.
- La survenue méconnue de complications (telles qu'infections nosocomiales, cf. supra) peut entraîner une utilisation de ressources et grever le coût global de la prise en charge.

Néanmoins, l'organisation à laquelle elle contraint, fait économiser. Grâce à ce point bénéfique majeur, l'ACA pourrait constituer un modèle pour l'hospitalisation, hors urgences – qui nuisent à la programmation – et patients médicalement lourds.

Tout cela peut varier suivant les actes, **les données disponibles sont très partielles.**

La chirurgie orthopédique ambulatoire permettrait une diminution d'environ 20 à 25 % du coût socio-économique⁷⁷.

Il n'existe que très peu d'études comparatives concernant les conséquences économiques du transfert de la chirurgie classique vers la chirurgie ambulatoire : 12 études méthodologiquement correctes, avec peu d'indications cliniques (7 études), la majorité se cantonnant au coût hospitalier⁷⁸.

L'ANAES a fait une analyse de la littérature économique portant sur les indications cliniques évaluées (cure de hernie inguinale, extraction de la cataracte, libération chirurgicale dans le syndrome du canal carpien, chirurgie des tumeurs du sein). Cette analyse montre que la prise en charge ambulatoire mobilise moins de ressources en terme de coût direct. Cependant, la synthèse des études publiées appelle les remarques suivantes :

- Les études économiques comparatives proviennent essentiellement des Etats-Unis, du Canada et du Royaume-Uni, ce qui pose des problèmes de transposition. Seules deux études françaises ont pu être retenues.

⁷⁷ P. BOILEAU et al., hôpital de l'Archet II, CHU de Nice.

⁷⁸ S. CHARVET-PROTAT, ANAES.

- Dans l'ensemble des études analysées, les gains en terme de ressources mobilisées pour la chirurgie ambulatoire tiennent essentiellement à la moindre durée d'hospitalisation, faute de valorisation pertinente d'autres éléments d'arbitrage.
- La revue de la littérature ne permet qu'exceptionnellement de trouver une valorisation satisfaisante des coûts directs et extra-hospitaliers et ne permet pas non plus d'identifier des études coût – efficacité avec calcul de ratios.

La CRAM de Rennes⁷⁹ a évalué cet aspect économique pour 5 interventions : canal carpien (18 patients en HC, 14 en ACA), extraction de dents de sagesse (21 et 50), cataracte (74 et 14), varices des membres inférieurs (42 et 13), ménisectomie sous arthroscopie (32 et 44), dans 26 établissements uniquement privés totalisant 221 places et 1974 lits, pour 2 795 721 habitants (recensement 1990).

Les recueils ont été les plus exhaustifs possibles, les patients ont été suivis pendant 9 mois grâce au Système Informatique de l'Assurance Maladie (SIAM).

En étudiant tous les postes de dépenses, l'ambulatoire s'est révélé plus coûteux en transports et un peu aussi en visites et consultations hors hospitalisation, et moins coûteux pour tout le reste. Dans les structures pratiquant les deux types d'intervention, l'ambulatoire a toujours été moins cher. Les économies réalisées résultent de la différence entre le FAS et les frais de séjour, avec une durée d'hospitalisation de 3 jours dans 60 % des cas.

En extrapolant à la France entière pour les dossiers de cataracte, soit 228 914 cataractes en 1992, si 50 % sont réalisables en ambulatoire (absence de pathologies associées – CMA), l'économie potentielle est de 89 millions de Francs. En reprenant le même calcul pour trois autres interventions : varices 86 millions de F., ménisque 24 millions de F., canal carpien 24 million de F. **Si on prend les 30 interventions les plus souvent réalisées en France, l'économie potentielle annuelle est de plus d'un milliard de Francs.**

La même étude n'a pas été possible dans le secteur public du fait du trop faible nombre d'actes en ambulatoire à l'hôpital public en Bretagne et de la difficulté d'évaluation du coût d'une cataracte en hospitalisation dans ce secteur. A noter que quand l'ACA se fait dans une structure d'HC, on perd tous les avantages en termes de coût, le seul avantage étant de permettre de s'y habituer sans créer de nouvelle structure.

Tout cela est compliqué par le fait que le bénéfice économique est susceptible de varier suivant l'acte réalisé, suivant l'endroit où il est réalisé, établissement ou région (exemple des frais de séjour hospitalier peu importants en Bretagne).

L'ensemble de ces éléments explique une attitude prudente des tutelles⁸⁰, d'autant plus que l'ACA nécessite un investissement au départ, le retour sur investissement n'est alors pas évident.

Les acteurs régionaux pensent pour la plupart que l'ACA peut permettre des économies, mais sans en avoir la certitude, certains étant même franchement dubitatifs.

- **Influence sur le tissu économique local :** la plupart des entreprises ne se décident avant installation qu'après avoir passé au crible un certain nombre de critères, dont la qualité des établissements de soins locaux.

⁷⁹ P. PREVOST, CRAM de Rennes.

⁸⁰ M. METTENDORF, DH.

3°) Atouts

Les praticiens hospitaliers et les établissements sont conscients de la nécessité de son développement et pour la plupart d'entre eux s'y déclarent favorables, **au moins dans certaines spécialités impliquées (ORL⁸¹)**. **Globalement, plus de 90 % des médecins se déclarent favorables à l'ACA.**

Une enquête d'opinion dans le secteur hospitalier public⁸² a montré, pour les 318 établissements ayant répondu parmi 541 ayant des lits de chirurgie, que 88 % des établissements étaient favorables au développement de l'ACA, et 8 % plus ou moins favorables.

La plupart des acteurs pensent que le développement de l'ACA constitue une perspective incontournable. Le développement de l'ACA aux Etats-Unis a montré que le risque médico-légal n'était pas un frein réel.

La pratique d'ACA a déjà acquis un niveau suffisamment élevé en France au moins dans certains établissements pour pouvoir parler « d'âge de raison ». L'activité réalisée en France dans les établissements qui pratiquent l'ACA peut déjà être considérée comme une référence : **la priorité est de commencer par amener les retardataires au niveau de la moyenne**, qui représente une approche raisonnée et raisonnable de ce mode de prise en charge sans chercher à tout prix des indications « scoop » non validées et sans tomber dans une approche « ultra » parfois semble-t-il nécessaire dans certains pays. **Cet objectif devrait réunir un consensus.**

Le souci des tutelles et des caisses de ne développer en ACA que la chirurgie qualifiée et substitutive semble assez bien compris des praticiens et chefs d'établissement.

La plupart des patients sont très demandeurs. Ils deviennent acteurs de leur propre prise en charge.

En interrogeant les praticiens, on arrive à un **accord sur l'existence d'un « gisement » d'activité ACA**, même en ne retenant que les indications actuellement bien validées.

Cette activité peut débuter dans des structures existantes à adapter, quitte à créer par la suite des locaux plus spécifiques.

Une place génère en moyenne 3 fois plus de K (KC + K) qu'un lit d'HC (5735 K contre 1740 K par trimestre – dernier trimestre 1995 – Languedoc-Roussillon).

Les listes d'actes tarifantes concernant l'ACA ont déjà été élaborées par la sécurité sociale dans ses accords avec les cliniques privées, et contiennent pratiquement tous les actes. Ces listes mettent en parallèle la cotation des actes de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) (pour les praticiens du secteur privé) et le niveau de tarif des frais d'environnement (pour les cliniques) et permettent de déterminer le tarif approprié qui s'applique lorsqu'un acte est fait en ambulatoire.

⁸¹ Enquête du collège français d'ORL rapportée par G. RENOU, CH de Poissy.

⁸² M.C. L'HUILLIER, AFCA.

Un plan de lutte contre la douleur a été récemment mis en place, ce qui peut concerner l'ACA pour le suivi post-opératoire. Parmi les mesures arrêtées figurent l'inscription au programme de la Formation Médicale Continue (FMC) de la douleur comme thème prioritaire, la diffusion auprès des établissements de santé et des médecins hospitaliers du « carnet douleur », la disparition prévue du carnet à souches.

4°) Orientations et moyens d'influer

a) **Cadre général**

Les thèmes « nationaux » tels que réglementation, taux de change, tarification, maîtrise des coûts, mesures incitatives (point ISA), régulation globale Public / Privé, évaluation de l'activité, accréditation, ne concernent pas directement la révision du SROS qui s'inscrit dans une logique régionale. Celle-ci consiste à bien connaître l'état de développement local de l'ACA, à s'assurer de l'adéquation aux besoins locaux, de l'égalité de l'accès aux soins dans la région, et de la rentabilité des moyens engagés. Les objectifs sont de favoriser le développement régional de l'ACA par des mesures de contractualisation, la constitution de complémentarités entre établissements, en influant sur l'adaptation des organisations. L'évaluation concernera les actions engagées sur le plan sécurité, respect des normes, conformité avec les bonnes pratiques, la qualité des prestations. Il s'agit également de faire évoluer les mentalités (communication).

Le niveau régional ne peut cependant faire abstraction des enjeux nationaux autour de l'ACA, et la réflexion et les mesures prises au niveau national se répercutent au niveau régional. D'autre part les problèmes rencontrés par les acteurs de terrain hexagonaux sont globalement similaires, même s'ils s'expriment de façon différentes suivant le contexte local.

b) **Débat autour de la nécessité du développement de l'ACA**

Le développement de l'ACA peut et doit faire l'objet d'un débat préalable.

On peut soulever trois grandes interrogations pour ne pas brûler les étapes dans le développement de l'ACA, après avoir posé un principe : un raisonnement à intervention équivalente entre HC et ACA, l'ACA ne justifiant pas un autre type d'intervention si les résultats en sont moins bons.

1. **Faut-il réellement promouvoir l'ACA ?**

Autrement posée, cette question pouvant être jugée comme provocatrice pourrait être : le patient peut-il tirer un bénéfice supplémentaire de ce mode de prise en charge, et, si le bénéfice n'est pas supérieur à celui ressortant d'une HC, la société en tire-t-elle un bénéfice notamment en termes de coût ? Sachant que si le patient en tire un bénéfice inférieur à l'HC, la réponse à la première formulation de la question est clairement non.

La réponse à cette interrogation passe par des thèmes déjà abordés plus hauts : qualité des résultats, taux de complications, satisfaction des patients, économies induites.

- En terme d'évaluation de la qualité des résultats, force est de constater le peu de données disponibles. Cependant l'empirisme à travers l'expérience des praticiens, la qualité et la motivation des équipes, et les données préliminaires disponibles laissent **supposer que l'ACA est intéressante, et qu'elle favorise l'innovation**. L'intégration d'une réflexion sur la qualité des soins et l'évaluation des résultats médicaux s'imposent cependant pour mieux cerner le sujet.
- **Le taux de complications souffre également d'un manque d'évaluation. La plus grande rigueur nécessaire (« zéro défaut ») pour la pratique de l'ACA offre toutefois un préjugé favorable** sur ce point.
- La plus grande satisfaction des patients en ACA ne va pas de soi. Il existe indiscutablement un certain nombre de patients réfractaires à l'ACA. On peut espérer qu'une meilleure information, une meilleure promotion de la méthode et d'une prise en charge active de sa santé par chacun permettront de réduire le nombre de ces patients. D'autre part, comme évoqué plus haut, **le développement de l'ACA est plutôt tiré par le souhait de certains patients**, que par celui de la majorité des praticiens et des tutelles. La plus grande partie des établissements se sont essentiellement adaptés, peu ont devancé l'évolution : la demande a fortement influé sur l'offre. Il n'en demeure pas moins que **l'importance et la localisation de l'offre d'ACA doit tenir compte de la typologie de la clientèle locale concernant ce critère**.
- L'étude des coûts de l'ACA nécessite de connaître les coûts directs et indirects. En ce qui concerne l'étude des coûts directs, l'ACA nécessite de raisonner en terme d'épisodes de soins, donc en prenant en compte les phases pré-hospitalière, hospitalière et post-hospitalière (soins, consultations et visites médicales, examens complémentaires, médicaments). L'évaluation des coûts indirects repose sur le recensement des aides bénévoles, des ressources familiales mobilisées, du nombre et de la durée des arrêts de travail.
On a vu plus haut que le peu d'études actuellement disponibles ne permettent de conclure qu'à une **mobilisation moindre de ressources par l'ACA en terme de coût direct**.

A noter que les variables ci-dessus sont susceptibles d'être fortement influencées par des facteurs locaux...

Si le bénéfice apporté par la méthode est vraisemblable, il est nécessaire de mieux cerner pour quels actes et à quels patients elle peut s'appliquer. Il s'agit en particulier de savoir s'il faut ou non aller au delà de laisser cette possibilité aux patients motivés que cette procédure intéresse, en essayant d'en intéresser d'autres (intervention du coût), la pratique faisant ensuite « boule de neige ».

2. Faut-il promouvoir l'ACA partout ? Existe-t-il réellement, dans le contexte local, au niveau d'un établissement, une nécessité, un potentiel de développement de l'ACA, et dans l'affirmative quel est-il ?

Il est nécessaire de raisonner davantage en terme de potentiel de substitution actuel établissement par établissement, qui n'est pas toujours celui des meilleurs équipes nationales, que d'éventuelles extensions futures d'indications. L'évaluation de ce potentiel ne saurait être dogmatique mais **doit s'adapter à la réalité locale, notamment au profil de la population**.

Si l'ACA peut être un moyen de maintenir une chirurgie de proximité, il faut considérer que la viabilité d'une UCA nécessite une équipe entraînée, qui pour maîtriser parfaitement les interventions courantes est en général capable de prendre en charge en HC des interventions plus lourdes. L'UCA se situera donc a priori à proximité immédiate d'une unité de chirurgie avec HC assumant les mêmes actes mais aussi des actes plus lourds, ce qui nécessite quand même **un niveau de recrutement suffisant pour assurer la qualité des soins, des moyens matériels et humains suffisants, des praticiens qualifiés**, ce qui limite obligatoirement le nombre d'UCA.

c) Orientations

L'évolution de l'ACA dans le sens souhaité dépend de la capacité à proposer, en ne se contentant pas de décider en réaction à l'environnement, et à trouver un accord sur les propositions, pour éviter que la population, les patients, ne supportent finalement les conséquences des désaccords⁸³.

1. Textes

Revenir sur la nécessité de structure indépendante dans deux cas :

- **Dans le cadre d'une période dérogatoire de quelques années, ce qui laisserait aux praticiens le temps de s'accoutumer à ce fonctionnement, de faire leur expérience et de profiter de celle des autres. Il n'est d'autre part pas toujours possible de construire ou d'adapter immédiatement une unité dédiée à l'ACA. Cette mesure permettrait de profiter en temps voulu de la nécessité de réfection d'un service pour injecter les crédits dans une nouvelle structure. En outre elle correspondrait davantage à la réalité car en pratique, dans le Public notamment, l'ACA est surtout réalisée avec des patients hébergés en service d'hospitalisation traditionnelle, seule façon parfois de débiter dans ce domaine. Il serait alors plus facile aux équipes exerçant de cette façon actuellement non réglementaire de se faire connaître. L'inconvénient de la perte du bénéfice budgétaire d'une véritable UCA est assez théorique si on adapte les effectifs de nuit du service au nombre de lits réellement occupés la nuit, en réservant certains lits pour l'ACA.**
- **Accepter que certains patients n'aillent pas dans une structure spécifique résoudrait le problème des actes à fort risque de prolongation d'hospitalisation (25 % pour certaines interventions telles que les coelioscopies opératoires gynécologiques). Cela éviterait des transferts internes trop nombreux et parfois traumatisants pour le patient, ce qui peut aussi freiner le praticien.**

2. Taux de change, quotas, substitution

Les tutelles envisagent actuellement l'instauration d'un taux dérogatoire d'échange de lits d'HC contre des places d'ACA. Certains établissements se déclarent intéressés à deux lits pour une place, d'autres seulement à un lit pour une place.

Les deux principaux acteurs, établissements et tutelles, doivent chacun trouver leur compte dans l'adaptation de l'offre pour parvenir à un accord et inciter ensemble au développement de l'ACA.

⁸³ Suivant la théorie d'« externalisation des coûts » proposée par F. TAYLOR, ingénieur américain, au début du siècle.

On peut tenter de recenser les souhaits et intérêts respectifs de chacun des deux principaux protagonistes pour la fixation du niveau de l'offre :

- Concernant les tutelles :
 - **Assurer un niveau d'offre et une accessibilité à cette offre correspondant aux besoins.**
 - **Maîtriser les dépenses, en maintenant une certaine pression sur l'offre, du fait des répercussions du niveau de celle-ci sur l'importance de la demande. Mais cette pression ne doit pas provoquer d'attente excessive pour les patients, au risque de nuire au confort et à l'accessibilité, même si dans certains pays y compris européens l'attente est utilisée pour diminuer le recours aux soins. Imposer une attente pour le recours aux soins ne paraît pas licite si on fait reposer le contrôle de l'activité aussi bien diagnostique que thérapeutique sur les recommandations de bonne pratique. Le retard à la prise en charge serait alors source de conduites inadaptées, moins performantes et plus coûteuses, d'inquiétude et de moindre confort pour les patients.**
 - **Ne pas financer ni valoriser de lits inactifs, ne pas attribuer une rente de situation aux établissements peu performants, accroître l'activité des établissements performants.**
 - **S'assurer de la coopération des établissements pour promouvoir l'ACA.**
 - **Améliorer le niveau moyen des établissements.**
 - **Restructurer le secteur en aidant les lits productifs.**
- Pour les établissements :
 - Augmenter l'activité : structure plus grande, clientèle plus importante, recrutement plus lointain, accroissement d'activité, nouvelles activités.
 - Diminuer les coûts : améliorer la productivité.
 - Lisser l'activité (sur l'année).
 - Améliorer l'organisation.
 - Assurer le transfert progressif de l'activité d'HC vers l'ACA.
 - Améliorer la qualité des soins.
 - Améliorer le service rendu.
 - Adopter les recommandations de bonne pratiques comme préalable à la qualité des soins.
 - Promouvoir voire imposer l'ACA auprès des praticiens réfractaires.

Les bases possibles d'un accord pourraient être :

- **Intégrer la mise à disposition de places d'ACA dans une rationalisation globale de l'offre de soins**, en chirurgie dans le cas présent. La proposition faite aux établissements n'est pas d'accroître leur offre mais de la modifier.
- **Adapter la capacité des établissements en fonction de la mise à disposition d'activités précises, permettant la substitution, une meilleure couverture des besoins locaux**, avec engagement contractuel de l'établissement de les réserver à cette activité, en recherchant l'accord du ou des praticiens concernés.

Trois points préalables : que l'activité soit connue, que l'activité déjà réalisée soit évaluée suivant les mêmes principes que l'extension d'activité, prévoir les éventuels effets pervers en termes de disparition d'activité.

- **Fermer les places vides (après un délai de 3 ans), ce qui permettrait soit de les faire disparaître, soit de les redistribuer sur les établissements plus performants.**

Cette adaptation pourrait suivre le schéma suivant :

- **En cas d'activité inexistante**, l'activité est déjà passée en ACA, ou ailleurs, ou n'existe plus : **fermer les lits inactifs d'HC**, après discussion sur un éventuel taux d'occupation seuil pour l'HC. **Fermer également les places d'ACA inoccupées.**
- **Pour l'activité actuellement réalisée en HC : Corréler le nombre de places nouvelles à l'activité théoriquement substituable en évaluant un potentiel de substitution intégré dans la réalité locale**, déterminé conjointement avec l'établissement. Ceci peut intégrer le cas d'actes déjà réalisés en HC par un autre praticien.
- **Pour les activités nouvelles** potentiellement mises à disposition par l'établissement en ACA ou un accroissement du volume des activités déjà réalisées en ACA, que cela résulte d'une extension des indications ou d'un accroissement démographique (on peut raisonner de même pour les actes que les établissements dont l'UCA est actuellement saturée facturent en externe pour éviter de reverser des indûs) :
 - * **Estimer les indications** d'après les recommandations de bonne pratique.
 - * **Estimer les besoins, en tenant compte de l'évolution locale de la démographie et de l'épidémiologie des maladies, des priorités de santé publique, des flux locaux de patients. La répartition des places doit tenir compte des circuits locaux voire régionaux dans les spécialités qui travaillent en ACA, tout en favorisant au maximum la proximité pour les patients. Le « rapatriement » d'une clientèle locale devrait alors faire envisager des mesures correctives pour les établissements à distance qui l'assumaient auparavant.**
 - * **Permettre alors l'accroissement du nombre de places d'ACA :**
 - soit en accordant une **création de places**,
 - soit par des **transferts de places entre établissements**, a fortiori si cet accroissement d'activité est lié au fait qu'elle n'est plus assumée par un autre établissement.

Avec dans tous les cas :

- **Engagement de l'établissement sur le respect des bonnes pratiques**, en prévoyant une **auto-évaluation** propre à peser sur les praticiens ayant des conduites déviantes en termes d'indications. Cela n'empêchant pas un **contrôle a posteriori par les tutelles**.
- **Prise en compte de l'HC « incompressible »** dans les objectifs assignés aux praticiens (patients refusant l'ACA – « convenance personnelle » – autour de 6 %, contre-indications médicales et sociales, 20 %⁸⁴).
- **Adaptation rapide du nombre de places autorisées.**

On s'orienterait ainsi vers l'autorisation d'un certain type et d'un certain niveau d'activité plutôt qu'un nombre de places. Par exemple tant de cataractes, tant de hernies, d'endoscopies etc. Plusieurs avantages :

⁸⁴ Chiffres d'après J. GIORDAN, clinique Beau Soleil, Montpellier.

- S'adapte aux besoins. La réflexion sur la saturation et les quotas doit s'accompagner d'une réflexion sur l'offre des différentes spécialités, pour éviter que l'occupation des places par certaines entraîne une inaccessibilité pour d'autres.
- Rend plus lisible pour tous (base du SROS) les souhaits de la tutelle, notamment pour les actes d'exploration, la substitution.
- Incite l'établissement à recruter pour des services non encore localement disponibles pour développer son activité, ce qui améliore le service rendu à la population.
- Permet de clarifier les rapports entre les praticiens pour l'occupation des places.

Principal inconvénient : le manque d'évaluation des besoins.

Au total contractualiser le nombre de places autorisées ou plutôt l'activité autorisée, au regard de la volonté de l'établissement, de son attractivité, des activités mises à disposition, de la typologie de la population environnante, et de l'activité que les tutelles souhaitent le voir développer.

Sur un mode contraignant, on pourrait créer une UCA en fermant progressivement des lits d'HC pleins, obligeant ainsi les praticiens et l'établissement à se mettre à l'ACA, au risque, dans le cas contraire, de voir l'activité diminuer. Un test est envisageable sur 2 ou 3 ans pour les endroits où l'investissement n'est pas trop lourd, voire en élaborant une convention avec une structure existant déjà dans le secteur « opposé », en ménageant un accès aux praticiens de l'autre secteur, surtout pour les petites villes. Les praticiens du public restent alors salariés, ceux du privé restent rémunérés à l'acte, l'établissement touche le FSO ou est au forfait global suivant les cas. Le secteur 1 conventionnel est garanti pour les patients du Public.

3. Tarification, points ISA

L'évaluation du juste coût de l'ACA est incontournable, surtout en ce qui concerne la partie accueil et hébergement.

Il serait nécessaire de rendre l'ACA au moins aussi incitative, voire plus incitative financièrement que l'HC d'une nuit, ou de pénaliser cette dernière.

La cotation d'un acte correspondant à la rémunération du praticien et à la prise en charge des frais de bloc, il ne paraît pas judicieux de « surcoter » un acte fait en ACA par rapport au même acte fait en HC, y compris pour les FSO.

Pour les établissements sous dotation globale, il est important que les praticiens n'aient pas le sentiment que leur activité chirurgicale se dévalorise lorsqu'elle est effectuée dans le cadre de l'ambulatoire. Or c'est ce que l'on constate aujourd'hui avec la valorisation de l'activité chirurgicale par le point ISA.

Une juste évaluation d'emblée du coût de production induit par les actes faits en ACA en attribuant un nombre de points ISA en rapport serait plus judicieuse que de devoir modifier un système au départ simple et basé sur la réalité par des coefficients multiplicateurs de points sans valeur intrinsèque, avec un risque de subjectivité.

L'établissement serait gagnant avec un nombre de points ISA en ACA identique à celui en HC. Il paraît cependant difficile avec le système actuel de tarifier (financièrement comme en terme de points ISA) ACA et HC manière similaire. Cela inciterait certes l'établissement à choisir la méthode la moins chère (intéressant dans le cas présent si c'est l'ACA, sinon...), mais cela ne tiendrait pas suffisamment compte des réalités locales (typologie de la clientèle, qualification des praticiens, niveau technique de la structure) et s'avérerait punitif pour l'HC lorsqu'elle est réellement nécessaire, l'établissement devant engager des moyens plus importants pour la même production.

On pourrait concevoir de **découpler l'allocation budgétaire du nombre de lits et la rendre dépendante de la production de soins**. La notion de nombre de patients traités, par type de pathologie et par type d'acte avec leur incidence économique (valeur du point ISA) se substituerait alors au nombre de lits et places.

On pourrait même faire preuve d'audace et envisager de soustraire cette activité de la dotation globale. **Quelle que soit la nature juridique de l'établissement la prenant en charge, celui-ci se verrait opposer le même montant d'allocation de ressources dès lors que les prestations seraient équivalentes⁸⁵**.

Ainsi l'allocation d'un budget serait proportionnelle au nombre de patients pris en charge en ACA et indépendant du système des points ISA.

Dans les deux secteurs on pourrait envisager **d'augmenter le montant de la consultation quand elle précède un acte fait en ambulatoire et d'instaurer une prime pour les praticiens ayant une activité en ambulatoire supérieure ou égale à la moyenne régionale**, en suivant ainsi un principe de « bonus » (complément de rémunération) comparable à celui actuellement envisagé pour les praticiens ne dépassant pas un certain volume d'actes⁸⁶.

La définition et l'harmonisation des décisions sur la prise en charge en tarification ACA pour certains actes est nécessaire, afin de désamorcer la polémique sur les actes facturés en ACA qui relèveraient en fait de soins externes. Cela est le cas d'actes ne requérant qu'une simple anesthésie locale suivis d'une surveillance hospitalière ou d'une aide infirmière pendant quelques temps (heures ?). Il faut prendre pour cela en compte l'évolution du contexte médico-légal que la tutelle ne peut ignorer.

4. Coûts globaux

On peut réduire les coûts globaux en **exploitant le potentiel de substitution**, mais sans doute davantage en **fermant les lits d'HC inoccupés**.

Ne pas multiplier les plateaux techniques (« doublons ») notamment entre les secteurs public et privé. Il est nécessaire de considérer le coût du maintien de 2 structures (publique et privée), et de s'interroger sur nécessité de créer une seconde structure dans le secteur non représenté notamment dans une petite ville, alors qu'il en existe déjà une.

Evaluer les gains de productivité qu'on peut attendre du regroupement de deux structures surtout dans une petite ville.

⁸⁵ A. LESTIENNE, CNAM.

⁸⁶ Récemment révélé par le Secrétaire d'Etat à la santé, B. KOUCHNER.

Développer l'ACA, c'est aussi organiser, améliorer l'HC : **on peut en attendre plus que les effets limités à la seule pratique de l'ACA.** Ainsi développer l'ACA pourrait avoir un effet d'entraînement sur la DMS des patients hospitalisés. **Cela mériterait être évalué en étudiant l'existence éventuelle d'une corrélation entre la DMS d'un établissement en HC pour des pathologies ciblées et son niveau de pratique en ACA.**

5. Financement

La nécessité d'un **investissement coûteux au départ** est à tempérer par la possibilité d'utilisation commune avec l'HC de toute la partie technique. Le problème est surtout de ramener la structure hôtelière au niveau du bloc, nécessitant souvent la création d'une unité d'hébergement.

On peut rappeler la proposition sus-jacente de **permettre un démarrage d'activité sans nécessairement obliger à la création d'une structure indépendante.** Il faut sans doute **profiter de la nécessité de réfection d'une partie d'un service de chirurgie.**

Ne pas financer une UCA si l'HC est peu active : l'UCA serait également vide. Les établissements surdotés ont beaucoup plus de facilités à créer de belles structures par redéploiement budgétaire, qui vont rester vides. **Mettre des moyens là où l'activité existe déjà,** le risque est grand sinon d'investir en pure perte, ou d'entraîner une inflation d'actes.

Les modifications en nombre et qualification du personnel peuvent également avoir des répercussions.

Ne pas hésiter à commencer petit, en prévoyant des possibilités d'agrandissement.

Etudier la taille critique d'une UCA permettant une bonne rentabilisation.

6. Accessibilité géographique

L'obligation de proximité pour ce mode de prise en charge fait échapper dans une certaine mesure à la « fuite » des patients, mais ne dispense pas d'**étudier les déplacements des patients et de prendre en compte l'attractivité des établissements.** Cette obligation de proximité permet d'évaluer les besoins sans trop de biais en considérant la structure de la population de proximité. Néanmoins, l'attractivité « naturelle » des grandes villes peut justifier d'un nombre de places dans leurs établissements supérieur à ce que nécessiterait leur nombre d'habitants.

La disponibilité locale d'une spécialité chirurgicale et son accessibilité financière conditionnent aussi l'accessibilité géographique.

On peut se baser sur la norme d'éloignement généralement admise par rapport à la structure ambulatoire en cas de problème, hors cas particulier, (une heure maximum) pour définir la notion de proximité et décider d'une répartition des UCA dans les régions peu peuplées en fonction d'un compromis « coût-efficacité », sachant que :

- Etablir une règle univoque n'est ni possible ni raisonnable, la « tolérance à l'éloignement » dépendant de l'acte pratiqué et du terrain sur lequel il est pratiqué, éventuellement d'un risque particulier du geste du fait de certaines circonstances inhabituelles : risque de complication, type de complication, risque prévisible dans une certaine mesure ou non, caractère brutal possible de

la complication, délai d'évolution envisageable avant la survenue d'un risque grave, éventuellement vital, de séquelles...

- Réside en général dans ces régions peu habitées une patientèle plutôt âgée, peut-être moins favorable à ce mode de prise en charge.
- Le problème de la répartition des UCA a déjà été abordé⁸⁷.

On peut envisager d'**encourager (financièrement) un chirurgien ou un anesthésiste à se déplacer** dans une structure locale si sa spécialité n'est pas représentée localement, ou, s'il n'y a pas de recrutement local, à travailler dans plusieurs établissements.

En ce qui concerne la **prise en charge par une structure de proximité d'une urgence dans les suites opératoires d'ACA**, il faut au minimum s'assurer de la compétence de cette structure pour les cas qu'elle est susceptible de recevoir et élaborer une **convention entre les établissements** précisant notamment les modalités d'appel et de déplacement éventuel des praticiens ayant effectué l'acte. Cette réflexion relève de la responsabilité directe des praticiens (chirurgien et anesthésiste) et des sociétés savantes des différentes spécialités chirurgicales pour chaque acte, à tempérer en fonction du terrain.

7. Accessibilité financière

Surtout si un seul établissement assume localement l'activité :

- Inciter les praticiens en secteur 2 à être accessibles aux plus démunis sur la base du secteur 1 :
 - **en mettant en évidence la demande**, pas toujours connue d'eux, et mettre alors en avant la déontologie ;
 - **en négociant ainsi un éventuel apport d'activité supplémentaire** (rapport prix-volume en quelque sorte), l'apport de places d'ambulatorio supplémentaires (interférence avec l'établissement, qui en y trouvant son compte peut leur accorder certains avantages sur le « manque à gagner ») ;
 - **en leur accordant à cette condition certains avantages sociaux** comme pour les médecins en secteur 1 ;
- **Envisager des modalités particulières de coopération Public – Privé** : « Concession de service public », « Pôle Public-Privé », etc.

8. Libre choix :

Maintenir (ou plutôt rétablir) le choix entre secteur public et secteur privé, particulièrement à travers un développement dans le secteur public. **Faciliter alors l'installation de jeunes praticiens dans le secteur hospitalier public.**

Peut-être est-ce là l'occasion en cas d'activité inexistante ou embryonnaire d'un secteur, de **reconsidérer la complémentarité entre établissements**, sans nécessairement débattre de la place respective du Privé et du Public dans le système de soins, mais aussi dans le Public même des CHU par rapport aux centres hospitaliers non universitaires (les petits hôpitaux locaux n'étant pas concernés par l'ACA) :

⁸⁷ « Faut-il promouvoir l'ACA partout ? », page 59.

- **Faut-il maintenir partout une double offre Public et Privé, et à quel coût ?** Les petites villes sont très directement concernées puisqu'il s'agit d'une prise en charge forcément de proximité. Dans une grande ville avoir plusieurs structures ne pose pas problème. Sur un plan financier, doit-on ériger une structure neuve dans un établissement, alors qu'il en existe une à proximité et que de surcroît le financeur est le même au bout du compte ? Il faut également tenir compte d'une éventuelle taille critique à atteindre pour ne pas engendrer de surcoût par rapport à une seule UCA, afin de donner des arguments économiques à la décision. Chaque cas particulier doit se discuter. **En cas de surcoût, il faut envisager l'abandon de l'activité ACA par la structure la moins développée, la moins performante**, en prévoyant éventuellement une compensation, sachant que cela peut signifier peu ou prou l'abandon de la chirurgie à moyenne échéance.
- **Définir clairement le rôle des CHU dans l'offre de soins de proximité** : doivent-ils ou non se comporter comme des hôpitaux de proximité (surtout s'ils sont plus chers) dans les grandes villes où il n'y a qu'eux et le secteur privé ?
- **En cas de maintien de la seule structure privée, en assurer l'accès financièrement** cf. supra.

9. Besoins

Les variations démographiques, en nombre et en structure (âge, niveau socio-culturel) ont une influence sur les besoins ; le niveau et le type de l'offre doivent en tenir compte.

Dresser un constat de l'état de santé de la population et étudier sa structure, analyser la consommation médicale et les flux en matière de soins, connaître la proportion de patients recourant à un établissement situé à distance en trouvant un hébergement sur place.

Une enquête auprès des personnes se présentant comme premiers recours médical, et, à ce titre, des **médecins généralistes**, géographiquement et financièrement accessibles, (tout au moins ceux en secteur 1), permettrait de mieux cerner les besoins.

L'avantage du recours aux généralistes pourrait être de lui faire jouer un rôle d'intermédiaire pour porter à la connaissance de leur clientèle l'offre de soins et les moyens d'y accéder pour les patients à faible niveau de revenus. On peut également envisager de recourir aux **services sociaux des collectivités territoriales, aux organismes caritatifs**, ces derniers semblant désormais prendre en charge au moins une partie de la population en situation précaire.

Pour mieux connaître d'éventuelles fuites de patients, on pourrait faire des enquêtes locales, auprès des médecins généralistes, des **pharmaciens**, des établissements de soins, en s'appuyant sur les données déjà connues des caisses.

10. Accompagnement des établissements

La faisabilité d'une intervention en ambulatoire et le potentiel de substitution sont très variables d'un établissement à l'autre : **l'accompagnement des établissements doit donc être individualisé**. On peut faire une **enquête dans un établissement sur les problèmes à résoudre**, en proposant de dresser une liste dans l'ordre d'importance, **voire un véritable audit externe** sur le potentiel de substitution, l'organisation de l'ACA. Pour la mission de conseil, l'ARH a souhaité une **mission régionale d'appui** « reflétant dans sa composition la diversification des compétences requises, elle devrait apporter aux établissements l'aide méthodologique indispensable pour évaluer leur potentiel de progression et les mesures d'organisation ad'hoc ».

On peut à ce titre remarquer le caractère inachevé de certains projets en cours dans la région.

La formalisation des rapports Public-Privé nécessite une prise en charge spécialisée.

La complémentarité a certaines limites : il n'est pas question que des patients partent dans un autre établissement pour y subir un acte en ambulatoire, ou d'adresser à un établissement après ACA⁸⁸. De même il ne doit pas y avoir après ACA de prise en charge particulière à domicile, telle qu'Hospitalisation A Domicile (HAD).

Le « passage » à l'ACA n'est pas une obligation ; certaines structures, centrées sur les actes lourds, n'en feront pas. C'est pourquoi **la complémentarité doit s'organiser, il n'est pas forcément nécessaire d'axer les ambitions au même niveau**⁸⁸.

Concernant le versant « contraintes », l'élaboration de listes d'actes réalisables en ACA pourrait s'accompagner d'effets pervers, ce qui ne rend pas souhaitable le développement de « références médicales d'actes marqueurs » dans chaque spécialité faisant envisager en cas de non respect une diminution ou une absence de prise en charge financière pour le praticien (honoraires) ou l'établissement (FSO, hébergement).

On pourrait cependant **obliger les établissements à mettre des moyens dans l'ambulatoire** (« sanctuarisation » d'un budget), pour créer des structures attirantes, peut-être au détriment des moyens mis dans les secteurs hôteliers d'HC, au moins partiellement, éventuellement sur la base des possibilités estimées de substitution.

La contractualisation sur la base du potentiel de substitution a déjà été développée.

Si l'établissement local ne peut ou ne veut proposer d'ACA, on pourrait envisager l'ouverture d'une « consultation avancée » locale par des praticiens travaillant dans une UCA mettant à disposition ce type de prise en charge si cette UCA n'est pas trop éloignée (réserves probables de la part de l'Ordre des Médecins).

11. Accompagnement des praticiens

Eviter de juger les pratiques, ce qui ne ferait que braquer les praticiens.

Insister sur la formation des chirurgiens, des anesthésistes et des généralistes, et plus particulièrement mener une réflexion sur la formation des chirurgiens du fait de la nécessité :

- de sénioriser la prise en charge en ACA, dans le cadre de l'obligation du « zéro défaut »⁸⁹, de la nécessité d'un acte le plus bref possible ;
- d'acquérir une expérience si possible au cours de leur formation initiale, pour éviter des résistances après. Cela passe par une promotion de la chirurgie ambulatoire au cours des Diplômes d'Etudes Spécialisés (DES) de chirurgie. On pourrait rendre obligatoire un stage d'internat dans une structure pratiquant l'ACA, ce qui aurait un double avantage : d'une part formation des internes et d'autre part incitation pour les CHU à faire de l'ACA (voyant partir « leurs » internes, ils feront des efforts pour les garder). On peut également proposer une formation continue sur ce thème. « Tant qu'on n'en a pas vu ou pas fait, on n'y croit pas »⁹⁰. Or en CHU les chirurgiens ont très peu l'occasion de se faire une expérience ;

⁸⁸ M. AOUSTIN, échelon national du service médical de l'assurance maladie.

⁸⁹ J. GIORDAN, Clinique Beau Soleil, Montpellier.

⁹⁰ H. JOHANET, Clinique Sainte Marie, Pontoise.

- d'utilisation par les praticiens de méthodes permettant de diminuer la douleur post-opératoire.

La formation des anesthésistes est également importante, et doit prendre en compte la prévention des effets de l'opération, nausées-vomissements, douleur, ce qui peut amener à compléter ou modifier le mode anesthésique.

Valider les indications qui existent déjà, par l'élaboration d'un référentiel de pratiques admises (consensus dans chaque spécialité) pourrait influencer favorablement sur les conséquences de la mise en cause de la responsabilité des praticiens.

Protéger les praticiens des pressions exercées sur eux par les établissements, visant notamment à s'attacher leur exclusivité, et gênant leur mobilité. Cela pourrait s'améliorer par le **développement des complémentarités entre établissements**, ce qui désamorcerait les dissensions locales entre établissements. Mais aussi en **suspendant l'attribution de places aux établissements à l'accès à l'UCA de praticiens** notamment pour les spécialités non prises en charge localement jusqu'alors.

Lutter contre la saturation des UCA qui gêne l'accès de certains spécialistes alors qu'il existe un besoin local, thème développé plus haut (**autorisation d'un certain niveau de certaines activités plus que d'un nombre de places**).

Motiver les praticiens en insistant sur le gain sur le volume d'actes et le service rendu au patient que peut entraîner la contrainte d'organisation, **les faire participer à l'évaluation de leur potentiel de substitution**, provoquer le débat, éventuellement par le biais des CME.

Sur le plan tarification, « **bonus** » pour ceux réalisant une part significative de leur activité en ACA.

Pour le versant psychologique, il s'agit de **reconnaître l'effort des praticiens** qui « jouent le jeu » de l'ACA.

Sur le plan contraintes, l'élaboration d'une liste d'actes servant de base à des « références médicales d'actes marqueurs » dans chaque spécialité, avec facteurs d'exclusion liés au terrain, à l'isolement du patient (et aussi à sa volonté) appelle les mêmes remarques que pour les établissements. En revanche, on pourrait demander que **pour tout acte pouvant relever de l'ACA et réalisé en HC, les contre-indications ou les souhaits d'HC du patient apparaissent dans le dossier de façon systématique**.

12. Indisponibilité de praticiens

Sur un plan général, le Languedoc-Roussillon est une région attractive ce qui lui permet de préserver un haut niveau d'offre médicale.

La pénurie en médecins anesthésistes depuis longtemps annoncée n'a pas encore de répercussions très importantes dans la région, mais le pire semble à venir.

La formation de spécialistes en fonction des besoins de santé semble être la principale mesure qui permettrait d'assurer un nombre et une qualification de praticiens répondant aux besoins de la population, même si le résultat ne sera sensible qu'à moyen terme.

Un certain nombre de mesures jouant sur des facteurs plus locaux, concernant la répartition des spécialistes sur le territoire régional, a déjà été abordé.

13. Médecins généralistes

- **Promouvoir** l'ACA auprès d'eux.
- **Les impliquer.** A ce titre mener une enquête auprès d'eux pour définir les besoins.
- La **présentation de l'offre locale** et de ses perspectives d'évolution en fonction des praticiens disponibles, au mieux conjointe avec les praticiens proposant localement une activité ACA, et l'intégration d'une **formation sur l'ACA** dans les objectifs prioritaires de formation médicale continue sont discutés plus bas (promotion).

14. Patients

- **Pas de contrainte pour le patient** qui doit avoir la possibilité d'entrer librement dans cette formule, et avoir le libre choix du médecin même si celui-ci exerce à distance de son domicile et qu'il ne pourra pas de ce fait bénéficier de l'ACA si ce type de prise en charge était possible.
Des contraintes comme par exemple la mise en cause du remboursement de la part correspondant à l'hébergement pour les patients souhaitant aller loin de leur domicile et empêchant par cela une prise en charge en ACA dans une indication reconnue ne seraient probablement pas bien acceptées dans un pays où il existe une tradition de libre choix du médecin, de l'établissement de soins, et de libre accès à l'offre, d'où des décisions politiquement difficiles. Pourtant, la règle du remboursement des soins sur la base des tarifs pratiqués par l'établissement le plus proche du domicile est encore en vigueur : « Les assurés, qui font appel sans motif justifié sur le plan des techniques médicales à un médecin qui ne réside pas dans la même agglomération ou, à défaut, dans l'agglomération la plus proche ne peuvent prétendre à la prise en charge par la caisse d'assurance maladie dont ils relèvent des dépenses supplémentaires résultant de ce choix »⁹¹. Cependant cette disposition fait l'objet de nombreux recours devant le Médiateur de la République⁹². Celui-ci a, dans son XXVème rapport, constaté « l'obsolescence et le caractère inégalitaire de la règle de l'établissement hospitalier le plus proche » et donc des frais d'hospitalisation, laissés à la charge des assurés sociaux qui vont ailleurs, et souhaité « que la réflexion entamée aboutisse à des mesures offrant aux assurés un traitement équitable sur l'ensemble du territoire ».
- La pression de la clientèle joue un rôle fondamental dans le développement de l'ACA. Il est cependant nécessaire de **promouvoir la méthode** pour la porter à la connaissance des patients, thème repris dans le paragraphe spécifiquement consacré à ce sujet (cf. infra).
Le refus de la clientèle serait un argument facilement évoqué par certains praticiens pour justifier plus facilement une attitude frileuse de leur part.
- Un certain nombre de sorties de l'UCA semble annulé du fait d'une mauvaise évaluation pré-opératoire du contexte psycho-social. Peut-être existe-t-il par ailleurs un certain nombre de cas où de telles conditions défavorables restent inconnues, ce qui peut entraîner une insatisfaction pour le patient, compromettre la qualité globale des soins, voire faire prendre des risques. Un critère de qualité de la prise en charge pourrait être l'**évaluation pré-opératoire systématique du contexte psycho-social** par le médecin traitant, qui semble le plus à même de le connaître, en faisant figurer cette évaluation dans le dossier. Ceci nécessite bien entendu une participation active du médecin traitant à la démarche, qui doit notamment donner son avis à ce sujet par écrit chaque fois qu'un de ses patients est susceptible de suivre une telle procédure. On pourrait même envisager une évaluation psycho-sociale en parallèle à la consultation pré-anesthésique, tout en établissant les formalités de pré-admission, éventuellement avec la participation d'une infirmière de l'UCA, ce qui permettrait d'évaluer plus spécifiquement l'absence de contre-indication sur ce plan, de recueillir l'avis du médecin traitant s'il y en a un, et de diminuer l'anxiété du patient par une première présentation rapide de l'UCA et du personnel.

15. Orientation de l'activité

⁹¹ C. EVIN, « Petit dictionnaire du droit des malades », Editions du Seuil.

⁹² Actuellement B. STASI.

Valider les indications de l'ACA (intégrer cette notion dans les conférences de consensus ou en faire une multi-disciplinaire sur ce thème).

Le relatif consensus sur la nécessité de voir se développer la chirurgie qualifiée et substitutive en ACA n'est globalement pas remis en cause au niveau régional par les acteurs rencontrés, qui souhaitent cependant une clarification pour l'endoscopie. Il faut concentrer les efforts sur la substitution à travers l'établissement de référentiels, d'actes marqueurs, mais sans liste d'actes obligatoires en ambulatoire : « ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, c'est le patient »⁹³. L'ACA est en effet rendue possible par la rencontre d'un patient ayant besoin d'un acte avec une structure ayant le savoir-faire⁹⁴. Les critères socio-économiques ou la préférence individuelle du patient permettent l'arbitrage. Le praticien aussi a le choix. Il n'est pas question de remettre ce choix en cause⁹⁵.

L'assurance maladie s'est beaucoup interrogée sur ce plan, pour aboutir à ne pas retenir une liste d'actes, pour plusieurs raisons :

- L'ACA n'est pas suffisamment développée pour que le payeur limite le remboursement d'un acte sur la base du tarif de l'acte fait en ambulatoire.
- L'ACA fait intervenir un acte, une équipe, des motifs sociaux. Le payeur doit pouvoir permettre à certaines personnes d'être hospitalisées. Le professionnel est donc actuellement libre de sa pratique.
- Si une liste d'actes exhaustive et exclusive est retenue, cette liste risque d'être trop importante (technique) pour certaines équipes, alors que d'autres équipes auront la capacité de réaliser en ACA des actes plus techniques que ceux de la liste.

Ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera peut-être plus demain, quand l'expérience sera acquise...

La qualification des actes réalisés pourrait être connue par le PMSI. Des experts ont ainsi proposé une classification des actes en 3 niveaux en fonction du niveau de technicité requis pour réaliser l'acte en ambulatoire (hors conditions socio-économiques défavorables, mauvais état du patient) :

- 1) Actes aisément réalisés par les équipes les plus habituelles.
- 2) Actes plus difficiles, régulièrement réalisables en ambulatoire mais nécessitant la maîtrise de l'équipe.
- 3) Actes plus rarement faits en ambulatoire, uniquement actuellement par les équipes les plus entraînées.

Les GHM 760 et suivants ressemblent étrangement au groupe 2.

On pourrait trouver pour chaque catégorie un certain nombre d'actes marqueurs ; par exemple, une équipe qui réalise en ACA les cataractes est capable aussi de réaliser un certain nombre d'actes apparentés. De même pour l'appendicectomie.

Une simulation a donné des résultats concluants.

Un tel classement permettrait de dresser le profil des établissements, de faire une évaluation du niveau de technicité de leur activité ACA, et d'en suivre l'évolution au cours des années.

Cette proposition a été faite au Ministère⁹⁴.

⁹³ AFCA.

⁹⁴ M. AOUSTIN, échelon national du service médical de l'assurance maladie.

⁹⁵ M. METTENDORF, DH.

Il faut **s'appuyer sur le concept de substitution à venir pour un établissement donné**. Quand un acte est couramment pratiqué en ACA, il perd son caractère substitutif (notion de substitution à venir). Il faut retenir pour chirurgie substitutive la définition « qui n'est pas encore couramment pratiqué en ACA dans un établissement donné ». Car ce qui est substitutif dans un établissement ne l'est pas nécessairement dans un autre. Parfois ce qui n'est même plus considéré comme substitutif n'est même pas encore fait en ACA dans certains établissements, comme les endoscopies digestives sous anesthésie. Transférer ces actes en ACA serait un gain pour les patients et l'assurance maladie, même si cela n'est pas considéré au niveau national comme de la substitution... Cela renforce encore l'idée d'individualisation des contrats.

On pourrait s'accorder sur une liste de ce type d'acte, et imposer progressivement le passage à l'ACA pour ces actes, par exemple 30 % la 1^{ère} année, 50 % la 2^{ème} etc. ce qui permettrait une adaptation progressive.

Comme au niveau national, en Languedoc-Roussillon le **principal sujet de débat concerne l'activité d'endoscopie, notamment digestive. Les acteurs souffrent de l'absence de lisibilité des souhaits de la tutelle** dans ce domaine. **La répartition de l'activité entre endoscopies et chirurgie dans un contexte de quotas de places est également un motif de discordance entre praticiens.**

- Un premier élément de discussion est la pratique de ces examens dans une UCA. Ces examens le plus souvent initialement diagnostiques, exploratoires, peuvent se transformer en geste thérapeutique, donc en « chirurgie endoscopique » en cours d'examen, et il existe un risque de complication de type chirurgical même pour des examens purement diagnostiques. La pratique dans le cadre d'une UCA est tout à fait légitime en cas d'anesthésie. En effet, l'exécution de ces examens dans des conditions sécurisées est indiscutablement un bénéfice, il n'est probablement pas souhaitable de revenir à une pratique en dehors de tout contrôle réglementaire, dans un environnement non sécurisé, le praticien réalisant l'acte anesthésiant ou « sédatant » parfois lui-même le patient, sans pouvoir le surveiller de façon optimale pendant comme après l'examen⁹⁶. L'alternative serait leur réalisation dans le cadre d'une HC. La pratique d'endoscopies même sans anesthésie nécessitant le même matériel lourd, les mêmes procédures de désinfection, la stérilisation des pinces à biopsies oblige le plus souvent à utiliser la même structure, du fait de contraintes économiques et d'organisation.
- Un autre sujet de discordance possible concernant les endoscopies repose sur la pratique d'une anesthésie pour réaliser ces examens. S'il n'existe pas de recommandations particulières de bonnes pratiques dans ce domaine, on peut remarquer que cette pratique s'est développée en grande partie du fait de la demande des patients eux-mêmes, à l'heure où la lutte contre la douleur devient une priorité nationale. **Si la pratique d'une anesthésie systématique pour certains examens (endoscopies digestives hautes par exemple) est discutable, il est souhaitable que le choix soit finalement laissé aux patients**, après avoir été informés en toute objectivité par le praticien des modalités de réalisation des examens.
- Enfin, **concernant le nombre de ces examens, il faut se baser sur leur justification médicale**, et non pas sur une limitation plus ou moins clairement exprimée de l'accès aux places d'ACA, ce qui peut pénaliser les autres disciplines. **Le suivi des recommandations de bonnes pratiques, par consensus de sociétés savantes**⁹⁷, sans pouvoir se substituer à la responsabilité individuelle des praticiens, est à privilégier dans ce domaine.

⁹⁶ Voir le travail de P. CHAUD sur la pratique de l'ACA dans les cabinets libéraux.

⁹⁷ Ce travail a déjà largement été engagé grâce par exemple aux récentes conférences de consensus ayant pour thèmes le cancer colo-rectal, la surveillance après polypectomie endoscopique, le reflux gastro-oesophagien qui ont toutes clarifié l'opportunité de l'indication et de la répétition des examens d'exploration d'endoscopie digestive.

La part relative de chaque spécialité doit découler d'une réflexion approfondie sur les orientations de l'établissement, sujet précédemment abordé.

Définir éventuellement des interventions jugées comme prioritaires en terme d'importance du besoin local, des économies potentielles.

Le développement de nouvelles indications doit suivre les voies habituelles de l'évaluation en médecine, en évitant tout « sensationnalisme ».

16. Prise en charge des suites opératoires

Une formation accrue des praticiens, chirurgiens et anesthésistes sur l'utilisation de modes opératoires et d'anesthésie permettant un **meilleur contrôle de la douleur post-opératoire est souhaitable.** En effet le réveil rapide du patient peut être contradictoire avec l'analgésie, mais il ne faut pas non plus qu'une douleur trop vive apparaisse au domicile, la « juste antalgie » n'est donc pas toujours évidente à obtenir.

Des études comparatives sur les différents modes opératoires et d'anesthésie prenant particulièrement en compte le critère douleur post-opératoire **doivent être favorisées.**

Un débat sur la prise en charge des suites opératoires est nécessaire. Le fait que le généraliste assume les suites immédiates mérite d'être évalué.

- Sur le plan de la qualité des soins :

il ne faut pas faire de l'ACA un domaine particulier, on ne peut pas dire que la formation aux suites d'ACA soit mal faite. C'est plus globalement la formation à l'ensemble des suites chirurgicales et d'anesthésie qui n'est pas évidente pour un médecin généraliste, avec la nécessité d'en assumer régulièrement et de toutes sortes pour acquérir et conserver une expérience, d'avoir déjà vu des complications en étant encadré pour ne pas faire courir de risque au patient. Dès lors les médecins généralistes auront-ils tous la volonté de se former, pourront-ils suivre suffisamment de cas de chaque intervention, de chaque type d'anesthésie pour être et demeurer compétents ?

L'acquisition d'une expérience spécifique plaiderait plutôt en faveur du spécialiste qui a fait l'acte, qui a de plus le devoir mais également le droit d'assumer ses suites.

La stricte codification des signaux d'alarme, l'information écrite à ce sujet sont utiles, mais dans ce cas c'est davantage le patient qu'il faut sensibiliser.

Le plus souvent, en cas de problème, l'expérience montre qu'il est fait appel au chirurgien ou à l'anesthésiste.

- Sur le plan économique :

rappelons que la cotation d'un acte en secteur privé couvre normalement le suivi post-opératoire immédiat ; économiquement il serait donc logique que les suites soient assumées par le praticien ayant réalisé l'acte.

La visite systématique du médecin traitant après l'intervention devra cependant peut-être se discuter avec l'assurance maladie... En effet, sur le plan du coût, les soins post-opératoires préalablement inclus dans la dotation globale des hôpitaux publics ou dans les honoraires du chirurgien exerçant dans les établissements privés sont externalisés vers la ville et facturés en plus en cas de suivi par le médecin traitant.

La formation des médecins généralistes aura un coût, ils réclameront de plus probablement une contre-partie financière à la prise en charge des suites opératoires⁹⁸.

⁹⁸ Voir l'enquête de E. VIEL, congrès de Menton.

- Eventuellement sur le plan de l'accessibilité (l'ACA étant de toute façon une discipline de proximité sur le plan géographique) : auront-ils tous la volonté de rester disponibles ?

En revanche le patient doit partir systématiquement avec un courrier et le compte-rendu opératoire. Il faut donc **intégrer la mise à disposition d'un secrétariat** pour l'UCA dans la négociation sur l'ACA avec l'établissement.

Sans oublier de demander au patient son avis (libre choix).

Le suivi des suites soulève également un problème médico-légal : le chirurgien et l'anesthésiste qui ont fait le geste sont responsables, au cas où une complication soit méconnue face à un symptôme banal (douleur) ou que le patient ne soit pas correctement pris en charge pour cette complication. Le médecin généraliste préfère souvent ne pas s'exposer à un risque médico-légal en renvoyant facilement le patient sur les praticiens ayant réalisé l'acte.

Le choix de la surveillance doit sans doute relever des praticiens ayant participé à l'acte eux-mêmes, comme le choix du mode de prise en charge, suivant les risques de complication, la confiance dans les correspondants et la compétence de ceux-ci dans la spécialité, la façon dont chacun tolère de s'exposer au risque médico-légal. Parfois une infirmière, un kinésithérapeute "suffiraient".

17. Accréditation

Il n'existe pas de référentiel spécifique à l'ACA pour ce processus d'évaluation externe, intervenant sur l'organisation générale de l'établissement, réalisé par des professionnels, indépendamment des établissements et des organismes de tutelle.

Dans la version actuelle du manuel, il n'y a pas non plus de référence sur la substitution⁹⁹.

Mais le référentiel comporte un **item**, « **le patient et sa prise en charge** », **qui doit influencer sur l'accréditation d'un établissement** dans un domaine où l'activité ambulatoire est insuffisante (par exemple très inférieure à la moyenne régionale) sans raison particulière. **Les critères d'accréditation pourraient prendre en compte la satisfaction de la clientèle** à travers l'impression d'adéquation durée de séjour – pathologie prise en charge – acte(s) pratiqué(s).

L'accréditation pourrait évoluer vers **l'évaluation de la performance médicale**, certains regrettant que ce ne soit pas (encore ?) le cas. Ainsi, en ophtalmologie, un programme Américain d'évaluation des résultats de l'intervention de la cataracte (National Eye Outcome Network - NEON) a été développé après une longue étude multicentrique financée par l'administration américaine¹⁰⁰.

Le démarrage de la procédure d'accréditation a cependant le mérite de sensibiliser à la démarche qualité, qui est désormais « dans l'air ».

La démarche qualité en ACA est le sujet d'une réflexion au sein de l'AFCA¹⁰¹.

18. Evaluation

- Evaluation de la nature des actes par le PMSI
Pour l'évaluation des établissements prévue dans l'avenant du contrat tripartite concernant la notion de chirurgie qualifiée et substitutive, **l'utilisation de plusieurs ratios peut être proposée**¹⁰².

⁹⁹ S. CHARVET-PROTAT, ANAES.

¹⁰⁰ J.P. VINCENT, clinique du square des Emailleurs, Limoges.

¹⁰¹ L. JOUFFROY, clinique des Diaconesses, Strasbourg.

Des améliorations du codage PMSI sont possibles, telles que **l'attribution d'un « GHM 700 » (GHM d'ACA) spécifique à tous les GHM chirurgicaux**, hormis ceux qui manifestement ne relèvent pas (encore) de l'ACA, voire individualiser strictement les actes dans un GHM spécifique ("purifier" les GHM) qui doivent être spécifiques d'une pathologie précise pour ceux concernant l'ACA, quel que soit le groupe de l'acte (1, 2, ou 3), évitant d'interférer pour le même GHM avec une pathologie nécessitant l'HC.

Cela permettrait de plus d'évaluer la technicité de l'établissement plutôt que de noyer l'acte dans un GHM « généraliste » (701 à 723), de rendre l'activité ACA clairement visible, ce qui autoriserait la mesure de sa montée en charge.

Il est en effet souhaitable de créer des GHM spécifiques avant que la pratique d'ACA soit très largement diffusée dans une indication, ce qui permettrait de mieux distinguer les équipes d'avant-garde. En attendant, le choix qui a été fait est celui de distinguer des GHM spécifiques au fur et à mesure qu'ils apparaissent de façon statistiquement significative dans la base nationale.

Plutôt que de multiplier les codes de CMA, la complexité entraînant finalement une absence de codage, on pourrait **créer un code de contre-indication médicale à l'ACA**, complété sans trop compliquer les choses par **un code de contre-indication psycho-sociale**. Cela peut de plus avoir un effet incitatif en obligeant à justifier de l'absence de prise en charge en ACA, les motifs étant toujours contrôlables sur dossier après. Les contrôles seront par ailleurs plus faciles s'il est un jour décidé, particulièrement pour les interventions du groupe 1, de ne plus payer un acte que sur la base de l'ACA (l'absence de ces deux codes entraînant un paiement sur la base de l'ACA).

- **Evaluation des établissements**

On pourrait élaborer une **liste de quelques actes marqueurs d'un niveau de pratique dans chaque spécialité pour connaître le niveau d'ACA de l'établissement** :

- Etablissement sans activité ACA : niveau 0.
- Etablissement faisant moins que les interventions couramment faites : niveau 1.
- Etablissement faisant ce qui est déjà généralement couramment fait : niveau 2.
- Etablissement faisant plus que ce qui est couramment fait : niveau 3.

Ces niveaux pouvant être individualisés par spécialités.

On pourrait rétorquer qu'avoir une liste de seulement quelques actes représentatifs n'est plus nécessaire maintenant que l'on peut obtenir l'intégralité des données facilement par le PMSI. Mais l'évaluation serait plus simple avec seulement quelques actes, notamment s'il faut aller vérifier dans les dossiers les contre-indications à l'ACA.

- **Evaluation des actes**

Pour les principales indications éligibles, donner des moyens pour évaluer l'incidence du mode ambulatoire sur :

- **La sécurité** : éventuelle existence d'un risque particulier : augmentation du risque de complication, retard à la prise en charge des complications, perte de chance pour le patient.
- **La qualité des soins** : gains médicaux (qualité des résultats, éventuelle diminution des complications telles que infections nosocomiales, complications thrombo-emboliques) ou au contraire dégradation des résultats immédiats et à distance (donc recul nécessaire), prise en charge de la douleur post-opératoire etc. Quelle qu'en soit la cause, la certitude indiscutable d'une amélioration de la qualité médicale serait la meilleure des promotions pour l'ACA.
- **La satisfaction des patients.**

¹⁰² Détaillés page 30 dans le paragraphe consacré au PMSI.

Et l'influence d'éventuelles mesures sur ces différents points. Par exemple pour la sécurité, établir et valider ou conforter des critères de surveillance immédiate permettant une sortie sans risque majoré.

Puis en **diffuser les résultats**.

A noter que les établissements interrogés se déclarent toujours prêts à élaborer des protocoles communs, à faire des études sur le devenir des patients.

- **Evaluation de l'amélioration de l'accessibilité aux soins** en étudiant l'influence possible du mode de prise en charge sur le nombre d'indications, par enquête auprès des patients.
- **Evaluation des techniques chirurgicales** (et enseignement) en associant le secteur privé. Il faut donner la possibilité au secteur privé d'évaluer les techniques sur les interventions qu'il prend habituellement en charge, voire d'enseigner.
- Evaluation financière

On peut envisager de faire le bilan financier d'une UCA selon une méthode de comptabilité analytique pathologie par pathologie, acte par acte, mais même si l'ACA s'avérait plus coûteuse que l'HC, il serait difficile de revenir en arrière.

Certains facteurs pourraient entraîner un surcoût en sus de ceux déjà évoqués notamment dans le suivi des suites opératoires : **l'anxiété du patient ou de son médecin traitant ou une prise en charge médicalement inadaptée**. Dans le premier cas, il s'agit a priori d'un mauvais candidat à l'ACA, d'où l'importance de ne pas « forcer la main » à ceux qui ne le souhaitent pas. Dans l'autre cas il s'agit d'un problème de formation et d'expérience.

Les établissements émettent de façon très générale le **souhait d'évaluer leur activité**, volontiers suivant des protocoles discutés de façon multicentrique, l'évaluation étant peu ou pas développée actuellement, sauf exception. Cette évaluation pourrait être grandement favorisée par la mise à disposition d'informations sur le devenir des patients (par les caisses par exemple).

Un consensus se dégage également pour dire **qu'un retour d'information PMSI comparant aux autres établissements** serait motivant (« à la Canadienne¹⁰³ »).

¹⁰³ BOCOgnano A., et al., « Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec ».

19. Promotion

Diffuser la liste des centres pratiquant l'ACA, **témoignant du dynamisme de l'établissement**, ainsi que les indications potentielles, les avantages, les contraintes, auprès du grand public **par le biais des médecins, des organismes de couverture du risque maladie, après avoir informé ces derniers, ou directement (médias). Diffuser un support par bassin de santé présentant l'offre de soins locale, en prévoyant une « entrée » par pathologie. Y mentionner les actes habituellement faits en ACA par les établissements.**

Demander aux caisses et aux assureurs complémentaires de faire la promotion de l'ACA auprès de leurs adhérents.

Organiser des réunions regroupant les tutelles, les praticiens impliqués dans l'ACA, présentant leur offre, et les médecins généralistes. A plus forte raison dans le cadre du projet gouvernemental concernant la FMC médicale, excluant l'implication de l'industrie pharmaceutique, et prévoyant de limiter les thèmes de FMC obligatoire aux priorités de santé publique et aux données récentes scientifiques et techniques. L'ACA semble pouvoir s'intégrer au moins dans le 2^{ème} cadre, mais on pourrait aussi imaginer que **des formations concernant les priorités locales et notamment les thèmes prioritaires des SROS puissent valider la FMC obligatoire**, ce qui en augmenterait sans doute d'autant la participation.

Communiquer sur l'ACA, en organisant des enquêtes auprès du grand public, d'adhérents d'organismes de prévoyance, en diffusant les résultats. On pourrait envisager des réunions publiques, des salons pour la présentation de l'offre de soins et notamment de l'ACA à la population, aux assureurs complémentaires.

Formation d'un référent au moins par établissement.

IDEEES FORCES

Organisation de l'offre, activité, financement

- Ne pas se polariser sur la nécessité de structure indépendante **pour les établissements débutants leur activité ACA.**
- Ne pas hésiter à commencer petit, **en prévoyant des possibilités d'agrandissement.** Limiter les ambitions au début : **ne pas se centrer d'emblée sur la chirurgie qualifiée et substitutive telle que définie au niveau national, amener progressivement les établissements à la pratique très courante.**
- **Ne pas multiplier les plateaux techniques** (« doublons ») notamment entre les secteurs public et privé. Il est nécessaire de considérer le coût, le niveau de compétence requis, le volant de clientèle nécessaire, la difficulté à recruter certains praticiens. **Evaluer la taille critique rentable d'une UCA. Favoriser la complémentarité.** Mais **freiner les complémentarités avec les établissements lointains** (filiales, réseaux avec une structure éloignée) en ce qui concerne les soins courants, pour lesquels la prise en charge locale doit être favorisée. **Adapter la capacité des établissements individuellement** en tenant compte du niveau actuel d'activité, de l'offre de soins environnante, du profil de la clientèle, de projets concrets concernant la mise à disposition d'activités précises (néo-activité ou substitution), et d'une meilleure couverture des besoins locaux. **Concentrer les moyens :** fermer les lits et places vides, sans échange, les redistribuer aux établissements ayant un projet solide, et déjà un bon niveau d'activité ; pas de création d'UCA si l'établissement n'a pas le recrutement nécessaire (l'activité correspondante en HC). **Axer l'activité des établissements sur les spécialités pour lesquelles ils ont des atouts,** les mêmes que pour l'HC : praticiens, recrutement, équipement (mêmes spécialités en ACA qu'en HC). Clarifier le problème de l'activité d'endoscopie. **S'orienter vers l'autorisation d'un certain niveau pour un certain type d'activité** plutôt que celle d'une certaine capacité de la structure.
- **Se baser sur les recommandations de bonne pratique** pour estimer le niveau d'activité nécessaire, et faire s'engager l'établissement sur leur respect.
- Etre ferme sur ce qu'il n'est plus admissible de voir fait en HC **sauf si la pathologie responsable des symptômes, des CMA ou des problèmes socio-culturels le nécessitent.**
- Ouvrir les établissements à tous les praticiens capables de développer l'ACA, **attribuer des places sous réserve de la mise à disposition d'une discipline. Favoriser la mobilité des praticiens à compétences plus rares.**
- **Contracter individuellement avec les établissements sur des objectifs précis,** favoriser le dialogue sachant que les outils d'évaluation de l'activité sont encore imparfaits.
- Accompagner les établissements dans leur projet **en les faisant bénéficier d'une expertise et de conseils par des professionnels compétents dans le domaine.**
- Prévoir et engager une **procédure d'auto-évaluation** des établissements.
- **Contrôle a posteriori** par les tutelles.
- **Ne pas isoler l'ACA comme « un concept à part entière »,** faire partager ses enjeux à l'ensemble de l'offre hospitalière. Restructurer les services en ayant pour objectif la mise en commun des moyens pour les patients et pathologies nécessitant la mobilisation de ressources comparables pour leur prise en charge : durée prévisible de séjour, lourdeurs des soins. [Une réanimation], un service lourd, un hôpital de semaine, une UCA. Appliquer la logique de fonctionnement d'une UCA (mutualisation des blocs, des lits, des places, avec créneaux

horaires réservés, remise dans le pool commun si inoccupé quelques jours avant) aux autres services d'HC.

Accessibilité, libre choix

- **Choisir la répartition des UCA en fonction d'un compromis** taille du bassin de population – proximité – qualité et a priori de la possibilité d'implantation d'une unité d'HC disposant des mêmes compétences à proximité. Se baser sur la notion d'une norme d'éloignement d'une heure maximum pour les patients, à adapter individuellement.
- Laisser le choix de la méthode et des suites à l'équipe chirurgicale et au patient (sans faire peser contrainte sur ce dernier).
- **Vérifier qu'il existe une convention** avec un établissement de soins capable de gérer une complication postopératoire **en cas d'éloignement important**.
- Préserver l'accès sur le plan financier.

Tarification

- Rendre l'ACA aussi rentable que les HC très brèves. « **Désinciter** » les HC d'une nuit.
- Obtenir rapidement des données fiables sur les vrais coûts de l'ACA, **(comptabilité analytique) auprès des établissements qui la produisent habituellement**.
- Evoluer vers une tarification à la pathologie, **laissant le mode de prise charge aux choix de l'établissement et du patient, mais prenant en compte des types de recrutement particulier pouvant nuire à la pratique de l'ACA, afin de ne pas défavoriser l'HC lorsqu'elle est indispensable. Laisser aux établissements plus de liberté pour choisir entre lits et places, entre HC et ACA, en finançant sur la base de la production de soins, indépendamment du mode de prise en charge.**

Formation, implication des praticiens, promotion

- Mettre l'accent sur la formation à tous les niveaux, **dégager des moyens, afin de disposer de personnes référentes pour l'organisation des soins dans les établissements.**
- Mais aussi reconnaître les efforts des praticiens : « **bonus** » pour la pratique de l'ACA, pour favoriser la mobilité.
- Favoriser la **participation active des praticiens**, provoquer le débat dans les établissements, impliquer les médecins généralistes notamment en recensant les besoins auprès d'eux.
- **Aborder systématiquement le mode de prise en charge lors des conférences de consensus** sur un sujet concernant une exploration, un traitement chirurgical, réalisés en ACA.
- **Promotion** par tout moyen adapté, en considérant que les usagers sont le meilleur vecteur d'évolution.

Evaluation

- Rendre plus lisible l'activité ACA dans le PMSI, **anticiper l'avenir.**
- Stimuler la réalisation d'études sur les résultats, **en prévoyant la mise à disposition de moyens. Convaincre les réticences pour ne pas enfermer l'ACA dans une image « clientéliste ».**
- Favoriser l'auto-contrôle des établissements **en les faisant s'engager sur le respect des bonnes pratiques.**
- Informer davantage les établissements sur leur propre activité et celle des autres : **mettre à la disposition des établissements des données individualisées sur leur activité ACA et leur potentiel de substitution et l'activité ACA d'autres établissements de la région, d'établissements considérés comme référents.**

CONCLUSION

La pratique de l'ACA met en jeu une organisation axée sur l'efficacité, la productivité et l'efficience en restant centrée sur le patient et sa satisfaction.

Ce mode de prise en charge peut être considéré comme un modèle de performance et d'adaptation du système de soins, bien que l'évaluation de nombre de ses aspects soit encore nécessaire.

L'ACA partage avec l'ensemble du système de soins, notamment l'HC, un grand nombre d'enjeux autres que la seule diminution du temps passé en dehors de son environnement habituel par le patient.

Elle ne se positionne pas en concurrence de l'HC mais en est complémentaire. Il ne s'agit pas de l'isoler comme un concept à part, mais de faire partager ses orientations à l'ensemble de l'offre hospitalière, pour que cette dernière en tire bénéfice.

Le choix du niveau et de la répartition de l'offre d'ACA s'intègre dans une problématique générale de planification avec nécessité d'une analyse des besoins, définition d'orientations claires visant à mieux couvrir ces besoins.

Les conditions de son développement doivent être déterminées par l'analyse de l'activité, du recrutement, de l'attractivité des établissements dans un bassin de population, de la disponibilité de praticiens et passe nécessairement par le niveau loco-régional pour cette prise en charge par essence de proximité.

Après une période marquée par les contraintes il est nécessaire de créer les conditions propices à ce développement tout en encadrant l'activité. Il s'agit de favoriser une participation active des acteurs de soins, de définir le cadre de la complémentarité entre établissements, de concentrer les moyens sur ceux qui disposent des atouts et des compétences dans le but d'optimiser les ressources, et de les accompagner en formalisant les volontés et les projets.

BIBLIOGRAPHIE

Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), *Actes du congrès de Limoges*, 7 et 8 juin 1996, février 1997, 690 p.

AFCA, « *La lettre de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire* », N° 4, septembre 1998, 12 p.

AFCA, « *La notion d'actes marqueurs d'une chirurgie ambulatoire qualifiée et substitutive, méthodologie utilité* », octobre 1996, 29 p.

AFCA, *Livre des résumés du congrès de Menton* (et expériences de chirurgie ambulatoire de différentes équipes), 18 et 19 septembre 1998, 114 p.

AFCA, *Livre des résumés des journées de formation de Montpellier*, 5 et 6 novembre 1998, 87 p.

Agence Nationale d'Evaluation en Santé (ANAES), « *La chirurgie ambulatoire* », mai 1997, 105 pages.

Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Bilan de la carte sanitaire au 30 septembre 1998 : chirurgie* », 1 p.

Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Bilan de l'application du SROS chirurgie au 30 septembre 1997* », 7 p.

Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Bilan de l'offre hospitalière de la région Languedoc-Roussillon* », version du 4 juin 1998, 109 p.

Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Bilan du SROS I* », 1998, 22 p.

Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Calendrier des travaux de la révision du S.R.O.S du Languedoc Roussillon* », 1998, 4 p.

Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *La chirurgie ambulatoire en Languedoc-Roussillon* », 1998, 2 p.

Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Pré-rapport d'orientation stratégique pour le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire du Languedoc-Roussillon* », juin 1998, 46 p.

Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *SROS, synthèse d'études* », 1998, 22 p.

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Rhône-Alpes, « *Hôpital 2004, synthèse des réunions usagers-experts* », octobre novembre 1998, 10 p.

BOCOGNANO A., MIREAULT J., SOURTY LE GUELLEC M.-J., « *Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec* », CREDES, N° 1991, 1997, 29 p.

BRABANT, « *Pour demain quelle tarification ?* », *Hospitalisation Privée*, novembre 1991, N° 308, p. 34-35.

Caisse Régionale d'Assurance Maladie, concours Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Annexes spécifiques au contrat-type* », 1998, 29 p.

Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon, concours Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, *Contrats d'Objectifs et de Moyens des établissements de santé privés du Gard*, 1998, 30 p.

Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon, concours Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *L'hospitalisation privée : de la convention au contrat* », 1998, 17 p.

Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon, concours Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Présentation de la procédure de contractualisation* », 1998, 4 p.

Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon, concours Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Propositions en matière de procédures concernant le secteur privé au niveau de la contractualisation, des mouvements tarifaires, du classement et du contrôle* », avril 1997, 15 p.

Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon, concours Agence Régionale de l'Hospitalisation Languedoc-Roussillon, « *Relevé des positions exprimées par le comité technique en séance du 23 novembre 1998* », 13 p.

Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud-Est, « *Chirurgie Anesthésie-Ambulatoire. Evolutions 1992-1996* », janvier 1998, 62 p.

CHAUD P., « *La pratique de la chirurgie et de l'anesthésie ambulatoire dans les cabinets médicaux libéraux. Etude réalisée dans le département de l'Hérault* », ENSP, mai 1995, Rennes, 61 p.

Colloque à l'Assemblée Nationale (actes), « *Les alternatives à l'hospitalisation : l'avenir* », 1991, 19 p.

Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS), « *La chirurgie ambulatoire* », *compte-rendu de la présentation orale* faite à cette occasion par un membre de l'ARH, 21 décembre 1998, Montpellier, 18 p.

COUMAU C., « *La chirurgie ambulatoire* », *Impact Médecin Hebdo*, 16 janvier 1998, N° 392, p. 34.

DEBRAY C., « *Quatre fois plus d'anesthésies pourraient être réalisées en ambulatoire, selon une étude* », extrait d'un *compte rendu du congrès de la SFAR*, 1997, Paris.

DELORME J., « *Les nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire* », *Le Concours Médical*, 13 juin 1998, p. 1692-1694.

DEMONT F., LEGROUX P., CANTORI J., « *Analyse économique de la chirurgie ambulatoire des hernies inguinales* », *Cahiers d'Anesthésiologie*, 1993, Tome 41, N°4, p. 335-337.

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Languedoc-Roussillon, « *Schéma régional d'organisation sanitaire / chirurgie* », février 1994, 60 p.

ETOURNEAU C., « *Le bloc opératoire soumis au crible de l'analyse des juristes* », *Décision Santé*, juillet-août 1997, N° 116, p. 20-22.

Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, « *Chirurgie sans hospitalisation* », *Texte de la Vème conférence de consensus*, Paris, 22, 23 et 24 mars 1993, Paris, 209 p.

FRANCIOLI P., « *Infections nosocomiales : un problème en pratique ambulatoire* », *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1996, 116, p. 371-377.

G.A., « *La chirurgie ambulatoire, pratique de l'an 2000* », *Décision Santé*, décembre 1997, N° 122, p. 35-37.

GAUDIN A.M., « *Chirurgie ambulatoire : les cliniques montrent l'exemple* », *Le Quotidien du Médecin*, jeudi 7 mars 1991, N° 4703, p. 7-8.

GUIDICELLI H., VERAN-PEYRET M.F., « *La chirurgie en France. Constat et propositions* », février 1996, 143 p.

GUILBAUD Odile, « *Chirurgie ambulatoire : un taux de change misérabiliste* », *Horizon Clinique*, octobre 1991, p. 12.

HEMBERT Guy, « *L'état général de la chirurgie ambulatoire en France* », *Hospitalisation Nouvelle*, mai 1991, N° 191, p. 21-24.

HOLTZ T., WENZEL R., « *Post discharge surveillance for nosocomial wound infection : a brief review and commentary* », *The American Journal of Infection Control*, 1992, Vol. 20, N° 4, p. 206-213.

HOOP P., « *Les potentialités de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital Henri Mondor* », ENSP, décembre 1994, Rennes, 100 pages.

HURT W., « *Outpatient gynecologic procedures* », *Surgical Clinics of North America*, 1991, Vol. 71, N° 5, p. 1099 -1110.

Informations Hospitalières, numéro spécial, « *L'hospitalisation en France* », mars 1996, N° 44.

JACOB Y., « *La chirurgie de la main : des atouts pour la chirurgie ambulatoire* », Conférence organisée par Euroforum, 22 et 23 octobre 1996, *Inter Bloc*, N° 2/97 – Tome 16, p. 78 – 80.

KERVAN Y.M., « *Développement de la chirurgie de jour : encore de multiples obstacles financiers* », *Le Quotidien du Médecin*, jeudi 14 mars 1991, N° 4708, p. 6.

« *La chirurgie ambulatoire : défi ou nouvelle activité ?* », *Hospitalisation Nouvelle*, Table ronde p. 33-40.

« *L'activité anesthésique en France : une enquête de la SFAR* », *Stratégie Santé*, 30 octobre 1997, N° 15, p. 9-10.

« *La légitimité économique de la chirurgie de jour en question* », *La lettre de Stratégie Santé*, 15 mars 1998, N° 98, p. 1 et 4.

LARONCHE Martine, « *Opérés d'un jour* », *Le Monde*, 13 février 1991, p. 18.

L'HUILLIER M.C., « *Où en est la chirurgie ambulatoire dans le secteur public ?* », *communication de LIMOGES*, 7 juin 1996.

LIEBERT P., RAVAZZOLO A., DOIZY E., CORNILLAULT A., RENARD M.A., PATUREAU J., LE FORMAL N., COLEMAN B., MARTIN S., TOUPE M.F., VILLERMET C., « *Evaluation de l'évolution de la chirurgie ambulatoire* ». Séminaire interprofessionnel, ENSP, novembre 1991, Rennes, 15 p.

MAHIEU A., RAFFY-PIHAN N., « *La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives* », rapport du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Santé (CREDES), Biblio N° 1203, novembre 1997, 69 p.

MAHIEU A., RAFFY-PIHAN N., « *La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives* », *Questions d'économie de la santé* (publication du CREDES), janvier 1998, N° 2, 4 p.

MANIAN F., MEYER L., « *Comparison of patient telephone survey with traditional surveillance and monthly physician questionnaires in monitoring surgical wound infections* », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1993, Vol. 14, N° 4, p. 216-218.

NAFZIGER D.A. et al., « *Infection control in ambulatory care* », *Infectious Disease Clinics of North America*, juin 1997, Vol. 11, N° 2, p. 279-296.

NICHOLS R., « *Surgical wound infection* », *The American Journal of Medicine*, 1991, Vol. 91, Suppl. 3B, p. 54s – 64s.

Observatoire Régional de la Santé de Languedoc-Roussillon, « *La santé observée* », *tableau de bord régional sur la santé en Languedoc-Roussillon*, 1^{ère} version en 1994, 2^{ème} (actualisation) en 1998.

OLIVIER A., « *Où en est la chirurgie ambulatoire ?* », *Gestions Hospitalières*, mai 1998, p. 353-355.

PARMENTIER G., « *La chirurgie ambulatoire* », Conférence organisée par Euroforum, 22 et 23 octobre 1996, *Inter Bloc*, N° 2/97 – Tome 16, p. 74-78.

PARMENTIER G., « *La chirurgie ambulatoire en question* », *Hospitalisation Nouvelle*, mai 1991, N° 191, p. 17-21.

PLICHON O., « *Compétition européenne : la France tiendra-t-elle le choc ?* », *Capital*, janvier 1999, N° 88, p. 14-18.

QUERNEAU, « *Champs et normes en chirurgie ambulatoire* », *Hopitalisation Privée*, novembre 1991, N° 308, p. 30-32.

RAIKOVIC M., « *Chirurgie ambulatoire : les dangers du rapport coût – efficacité* », *Décision Santé*, février 1992, N° 17, p. 20-22.

REDMOND MC, « *Ambulatory approach. Infection control monitoring in the ambulatory surgery unit* », *Journal of Post Anesthesia Nursing*, Vol 8, N° 1 (february), 1993, p. 28-34.

REIMER K., GLEED C., NICOLLE L., « *The impact of post discharge infection on surgical wound infection rates* », *Infection Control*, 1987, Vol. 8, N° 6, p. 237-240.

ROUSSELET-BLANC J., « *Chirurgie-éclair* », *Le Figaro Magazine*, 15/4/1989, p. 96 – 99.

SANDS K., VINEYARD G., PLATT R., « *Surgical sites infections occuring after hospital discharge* », *The Journal of Infectious Diseases*, 1996, Vol. 173, p. 963 – 970.

SERAQUI M. (sous la direction de), « *Guide de l'ambulatoire* », éditions ENSP, décembre 1998, 171 p.

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), « *L'anesthésie en France en 1996. Résultats d'une enquête de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation* », *Supplément aux Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 1997, Vol 16, N° 6, p. 1-4.

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), « *Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire* », 2^{ème} édition 1990-1994, 5 p.

SESBOUE P., « *Chirurgie ambulatoire* », *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, 1989, p. 53-55.

THEVENIN-LEMOINE B., ALLAIN M., GOUELLO M., ALACCHI M., CARDINALE H., CHABRY C., TRUTT B., « *La chirurgie ambulatoire dans les établissements privés du Val d'Oise* », *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, 1996, n° 4, p. 32-37.

« *Vers une remise en cause de l'activité de chirurgie ambulatoire* », *Hopitalisation Nouvelle*, N° 188 , février 1991, pages 47-50.

CONGRES

Congrès Franco-Italien de chirurgie ambulatoire, Menton, 18 et 19 septembre 1998. Programme et compte-rendu du congrès en annexe.

JOURNEES DE FORMATION

AFCA, « *La chirurgie ambulatoire : enjeux, mise en place, organisation* », 5 et 6 novembre 1998, Montpellier. Programme et compte-rendu des journées en annexe.

REUNIONS PUBLIQUES

« *Les inégalités géographiques d'accès aux soins* », Etats Généraux de la santé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 7 décembre 1998, Digne (Alpes de Haute Provence).

« *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire : mieux répondre à vos besoins de santé : quelles priorités, quels progrès pour les hôpitaux et les cliniques ?* », Etats Généraux de la santé en Languedoc-Roussillon, 15 janvier 1999, Montpellier.

TEXTES REGLEMENTAIRES

- Circulaire ministérielle du 4 mai 1981 relative aux traitements de chimiothérapie dans les établissements de soins privés.
- Loi 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.
- Loi DMOS du 31 décembre 1991. Procédure déclaratoire.
- Décret 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L 721-10 de code de la santé publique relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et au taux de change.
- Décret 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
- Décret 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures des soins alternatives à l'hospitalisation.
- Arrêté du 12 novembre 1992 relatif aux modalités et au contenu de déclaration prévue à l'article 24 de la loi portant réforme hospitalière.
- Accord tripartite du 14 décembre 1992 sur la tarification des structures de chirurgie ambulatoire.
- Circulaire n° 52 DH/PE du 15 décembre 1992 relative aux modalités de la déclaration des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
- Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire.
- Arrêté du 11 février 1993 relatif au dossier justificatif à produire à l'appui d'une demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation.
- Lettre du 26 février 1993 relative aux structures alternatives.
- Lettre du 2 mars 1993 relative à la reconnaissance des structures de soins alternatives à l'hospitalisation existant au 2 août 1991.
- Lettre du 9 mars 1993 relative aux décrets 92-1100 à 92-1102 du 2 octobre 1992.
- Lettre du 10 mars 1993 relative aux structures de soins alternatives.
- Lettre DH n° 00218 du 20 avril 1993 relative aux modalités de déclaration des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
- Lettre DH n° 00224 du 22 avril 1993 relative à la procédure de régularisation des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
- Circulaire DH/EO/93 n° 30 du 26 août 1993 relative aux demandes de création de places de structures alternatives à l'hospitalisation, après la procédure déclarative de l'article 24.
- Arrêté du 24 février 1994.
- Décret 95-993 du 28 août 1995 portant diverses dispositions relatives à l'organisation et l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique.
- Accord tripartite du 1^{er} mars 1996.
- Avenant N° 1 au contrat prévu par l'article 7 du contrat national tripartite du 14 décembre 1992, publié au JO N° 79 du 3 avril 1998.
- Circulaire DGS-SP1-VS1/DSS-1A/DH-EO-AF2/97-790 du 16 décembre 1997.
- Lettre du 26 mars 1998 relative aux schémas régionaux d'organisation sanitaire.
- Circulaire DH/EO/AF/N° 654/98/CNAM/CAB N° 553/98-AG du 3 novembre 1998 relative aux modalités pratiques des contrats d'objectifs et de moyens régissant les rapports entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements relevant de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.

ANNEXES

1. Compte-rendu de la réunion des Etats Généraux de la santé à Digne, le 7 décembre 1998.
2. Compte-rendu de la réunion des Etats Généraux de la santé à Montpellier, le 15 janvier 1999.
3. Thèmes prioritaires de travail des ARH dans le cadre du SROS 2.
4. Compte-rendu du congrès de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), à Menton, les 18 et 19 septembre 1998.
5. Compte rendu des journées de formation organisées par l'AFCA à Montpellier, les 5 et 6 novembre 1998.
6. Statistiques d'activité des établissements 1997 du département du Gard.
7. Données PMSI 1996 de la région Languedoc-Roussillon.
8. Guides d'entretien.
9. Liste des personnes rencontrées au cours des entretiens.
10. Classification PMSI.
11. Répartition des places d'ACA dans la région Languedoc-Roussillon.
12. Bilan du SROS 1.

ANNEXE 1

LES INEGALITES GEOGRAPHIQUES D'ACCES AUX SOINS
Réunion dans le cadre des Etats Généraux de la santé
Digne, le 7 Décembre 1998

Compte-rendu établi par Alain FERRERO , médecin inspecteur de santé publique
stagiaire, DDASS de Nîmes

PRESENTATION GENERALE :

- Centre culturel Pierre Gassendi, facile d'accès, stationnement sans problème.
- Horaire a priori commode (18H-20H45).
- Durée 2 H 45.
- 80 à 100 personnes présentes, dans une salle pouvant en contenir aisément le double.
- Un journaliste de FR3, Hugues GIRARD, qui mène le débat.
- 3 présentations orales d'acteurs de santé sur le thème traité, de 20 à 30 minutes chacune. Deux concernent surtout les urgences (raisons de ce choix non explicitées).
- Discussion avec intervention des personnes présentes dans la salle entre chaque présentation.
- Quelques personnalités identifiables : le Préfet des Alpes de Haute Provence, Monsieur FABRY ; le DRASS, Monsieur COETMEUR ; le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), Monsieur C. DUTREIL ; et les intervenants.

INTERVENTIONS

INTRODUCTION

Par un élu a priori.

Présentation des Etats Généraux de la santé, de leur finalité.

Consensus pour définir l'accès aux soins comme une priorité de santé publique.

Mr PERRIN, Observatoire régional de la Santé (ORS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), économiste semble-t-il.

Présentation de données sur la mortalité prématurée.

Définition : de 1 à 59 ans ; taux annuel pour 100 000 habitants.

Concerne 600 hommes et 300 femmes en PACA.

Probabilité pour ouvriers et employés 3 fois supérieure à cadres supérieurs.

Distinction communes rurales (10% de la population en PACA) et communes urbaines (90% de la population).

Rurales : définition INSEE : isolée, < 2000 habitants.

On observe un écart significatif ; rurales : 365, urbaines 155. (Ce qui ne fait pas le total ?).

Notamment pour certaines causes : accidents de la voie publique, tumeurs des voies aéro-digestives supérieures.

Homme > femme.

Cela semblerait lié au système de santé.

Pour Marseille, il existe des différences entre quartiers défavorisés et moins ou non défavorisés : pour les arrondissements à forte précarité, + 12 % par rapport à ceux à précarité moyenne, + 25 % par rapport à ceux à précarité faible.

L'offre en médecins est inférieure à celle des autres quartiers.

Proportion de personnes sans couverture complémentaire ni exonération du ticket modérateur selon le type de communes : rurales 16,6 %, urbaines 14,5 %.

Consommation de soins des communes rurales inférieure de 20 % aux urbaines, aussi bien pour le recours médical que pour les débours. Avec 100 de moyenne nationale, 82 pour les rurales et 101 pour les urbaines.

Discussion :

- Le côté social prime pour l'accès aux soins.
Mais même après ajustement en fonction des revenus, le facteur géographique persiste.
Les personnes bénéficiant de l'Aide Médicale Gratuite (AMG) consomment moins de soins que les autres.
En cas de revenu bas, on observe plus volontiers un recours aux urgences et plus tardivement.
Remarque de la mutualité : importance de la couverture complémentaire pour l'accès aux soins (pas le seul facteur cependant si on regarde ce qui a été dit précédemment).
Couverture complémentaire pas évidente en cas de bas salaire, il n'y a pas que les exclus ou les personnes percevant des minima sociaux...
Retraité CFDT : le vieillissement accru sur le département exige le maintien de services de proximité. Il n'y pas nécessairement de corrélation entre l'importance de la population et les moyens nécessaires (sous-entendu : prendre également l'âge en considération). Une personne de l'assistance qui cite le résultat d'un rapport : le département « fait » 11% des hospitalisations (de PACA a priori) pour 5 % de la population (à cause de l'âge ? Ne le dit pas). Nécessité de création d'équipes d'Hospitalisation A Domicile (HAD). Prévoir la dépendance, ce qui nécessite du personnel qualifié et en nombre suffisant.
- On en fait plus pour l'armée que pour la santé...
- Une personne de l'assistance : est-il juste d'éloigner les naissances et les morts (sous-entendu les malades qui meurent à l'hôpital, a priori) ? Souhait de rester à proximité en cas de maladie.
- Un élu de Manosque s'étonne qu'on ne parle pas du développement de la prévention, de l'éducation à la santé des enfants (moyens de la médecine scolaire). Réponse d'une infirmière scolaire : on fait ce qu'on peut avec les moyens qu'on a...
- Problème des équipements lourds (IRM) non disponibles dans le département, ce qui nécessite des transports pas forcément économiques.

Conclusion

- Le côté social prime pour l'accès aux soins. Mais même après ajustement en fonction des revenus, le facteur géographique persiste. **Les communes rurales sont doublement défavorisés : sur le plan social et sur le plan géographique**, comme le dit quelqu'un de l'assistance (une professionnelle a priori).
- **Les inégalités en terme de mortalité prématurée seraient liées avant tout au système de santé.**
- Préoccupations exprimés par les non professionnels : **maintien des structures de proximité (vieillesse, maladie, naissance, décès).**
Prévoir la dépendance, ce qui nécessite du personnel qualifié et en nombre suffisant.

- **Prendre en compte le profil démographique (âge) pour décider des moyens nécessaires.**

Docteur TOURNIER, médecin chef du SAMU

« La civilisation s'arrête à Sisteron ».

Diapositives présentant de jolis villages très enclavés...Et des endroits où « même les téléphones portables ne passent pas ».

Problèmes : grand territoire, peu de population, mais il y a des gens partout, c'est ça la difficulté...

Forte augmentation de la population pendant les périodes touristiques, alors que le nombre de médecins diminue à ces moments. Augmentation également de la circulation, réseau routier pas en très bon état, ce qui allonge les délais d'interventions.

Loisirs : parapente, 70 sorties de SMUR par an, dans les endroits les plus inaccessibles.

Présente un texte concernant les missions des SAMU : « **l'Etat a le devoir d'assurer à tous les citoyens en tout lieu les soins nécessaires** ».

Problèmes quotidiens

- 1) Particularisme géographique : isolement, dispersion de la population, difficultés des communications.
- 2) Paysage médical : moyens considérés comme suffisants ; « on est loin de manquer de ressources ».
- 3) Organisation départementale et régionale de l'aide médicale urgente.
1000 à 1200 interventions/an.

Carte avec courbes isochrones autour de Digne, pour le délai normal d'intervention d'un véhicule d'urgence. Le SMUR de Digne couvre son secteur en ½heure à une heure. Mais pour certains endroits, la nuit, en hiver... L'inégalité géographique face aux soins est une réalité concrète !

Comment répondre ? Décision de réunion des 3 principaux gestionnaires de l'urgence (SAMU, pompiers, gendarmerie), plus les ambulanciers, sur un seul site : un centre départemental inter services.

Conclusions

- 1) Il appartient à l'Etat de mettre en place les moyens efficaces pour remplir les missions.
- 2) L'efficacité suppose une masse critique d'activité : on ne fait bien que ce qu'on fait souvent.
- 3) Mettre tous les moyens partout n'est pas possible, ne serait-ce que parce qu'il faut recruter des personnes compétentes et qu'elles le restent.

Discussion

- Débat assez long sur la nécessité d'un hélicoptère.
- Un élu, maire, et deux autres personnes : polémique sur la maternité de Sisteron.
- Un élu, maire de commune rurale, administrateur de l'hôpital de Sisteron : 2 établissements SEVESO dans le département, risque insuffisamment pris en compte.
- Désaccord entre médecin-chef du SAMU et élus pour la maternité de Sisteron : le premier pense que l'efficacité nécessite une masse critique d'activité (sous-entendu : il y a peu d'activité), les seconds citent un rapport (MSA) concluant que les hôpitaux locaux rendent un service important et pratiquent plus que les CHU... Réponse de C. DUTREIL qui dit avoir une équipe

qui travaille sur le sujet, qu'il n'envisage pas la fermeture des hôpitaux locaux mais seulement certaines adaptations aux besoins locaux.

- G. BORDES, chef de service de médecine CH de DIGNE : parfois les patients vont se faire soigner au loin alors que les actes pourraient être faits sur place ; seulement 5 % de ses patients nécessitent le CHU. Voudrait favoriser la venue locale de « professeurs ». C. DUTREIL favorable à toute forme de collaboration de ce type, et globalement entre établissements. Le journaliste de FR3 cite l'exemple d'un maire qui lui confiait ne surtout pas souhaiter se faire soigner dans « son » hôpital...
- Deux personnes de l'assistance sur la collaboration entre structures de soins. Réponse de C. DUTREIL : un des objectifs du SROS est le développement de la télémedecine. Pour l'HAD, elle ne coûte pas nécessairement moins cher que la télémedecine.

Conclusion

- **L'inégalité géographique face aux soins est une réalité concrète.**
- Globalement un certain souhait des professionnels et de l'assistance pour le **développement des coopérations entre établissements, le développement des alternatives à l'hospitalisation** telle que l'HAD.

Docteur BETTI, Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) PACA. Urgentiste dans le Var.

Présente une enquête faite par l'URML sur la prise en charge des urgences par les médecins libéraux.

1750 médecins ont répondu, soit 15 %, ce qui limite quand même la portée des conclusions.

Sans entrer dans les détails de la présentation, l'enquête étant prochainement disponible intégralement :

- Les médecins sont plus disponibles en milieu rural, que ce soit pour leurs patients ou pour tout patient (84 %).
- Les patients ne parvenant pas à joindre leur médecin s'adressent avant tout à des structures type SOS médecins, puis au tour de garde ordinal, puis aux urgences (18 %) puis au 15 qui ferme la marche (16 %).
- Les médecins ruraux laissent avant tout en cas d'absence la consigne d'appeler le tour de garde ordinal. En ville, de recourir à SOS ou au 15.
- Attitude des patients. Petites communes : tour de garde ordinal.
Grandes villes : SOS.
Globalement le 15 est peu utilisé.
- Participation aux gardes plus importante en zone rurale.
- Typologie des urgences traitées : les généralistes traitent davantage d'urgences vitales dans les petites communes. Dans les grandes villes les médecins libéraux ont plus ou moins délaissé l'urgence.
- Taux d'hospitalisation : pas de différence zone rurale – zone urbaine.
- Problèmes de transport : une faible proportion de médecins en a.
- Destination des patients : les médecins généralistes envoient pour 70 % à l'hôpital public ; les spécialistes gardent plus en libéral.
- Un médecin sur 4 a un problème pour faire hospitaliser un patient en urgence.
- Le libre choix Public – Privé n'est pas respecté en urgence pour 1/3 des médecins.

Discussion

- Le journaliste de FR3 : pas assez de communication autour du 15.
- Une personne de l'assistance, a priori non professionnel : déficit de personnel infirmier et aide-soignant dans le département. Pas évident en citant des chiffres. Pas de problème de ce côté pour TOURNIER.
- Doit on tout dimensionner en fonction du nombre de touristes ? Non ! En été, on fait un effort supplémentaire (TOURNIER). Mais la possibilité de renforcer les équipes l'été serait une bonne chose.
- Un non professionnel de l'assistance : déficit en anesthésistes ? Réponse de TOURNIER : à Sisteron, un poste vacant depuis plus d'un an, et un anesthésiste est susceptible de partir bientôt à la retraite, il ne sera sans doute pas possible de lui trouver un successeur...
- Problème des difficultés d'hospitalisation en cas d'urgence ; C. DUTREIL répond qu'il s'agit plus d'un problème d'acceptation des patients par les services que de capacité des établissements.
- Ne pas se polariser sur les hôpitaux : ils ne sont qu'un élément de l'offre de soins (C. DUTREIL).

Conclusion

- **Le 15 est peu utilisé.**
- **Les médecins libéraux notamment généralistes sont fortement impliqués dans l'urgence en milieu rural.**
- **Le problème démographique des anesthésistes semble commencer à inquiéter** (une seule remarque toutefois, mais sur un petit nombre de réflexions des non - professionnels).
- On devrait pouvoir introduire **plus de souplesse pour l'activité saisonnière** (C. DUTREIL).

REMARQUES PERSONNELLES

- Temps de parole en grande partie mobilisé par des acteurs de santé. Même en l'absence d'identification de certains intervenants, on peut comprendre à leurs remarques ou questions qu'ils jouent un rôle dans le système de soins : infirmière scolaire, président de la Mutualité Française des Alpes de Haute-Provence, administrateur de l'hôpital de Sisteron (également maire).
Pour les questions ou remarques ne semblant pas émaner d'acteurs du système de soins, interventions notamment d'élus (maires) ou de représentants d'association (exemple : président d'association responsable des retraités CFDT du département). Très peu de personnes intervenant pour leur propre compte. Cependant toutes les demandes de prise de parole ont été satisfaites...
- Tendance à parfois déborder le sujet en évoquant d'autres problèmes tels que les sites SEVESO, la prévention et la santé des enfants.
- Discussions sur la fermeture de lits hospitaliers et des menaces sur les hôpitaux locaux, et surtout de façon insistante et récurrente à propos de la maternité de Sisteron.
- Réunion tournant sans doute un peu trop à l'explication de l'offre de soins, à un état des lieux qui aurait pu faire l'objet d'une diffusion antérieure à la réunion, type pré-rapport d'orientation stratégique, en profitant de celle-ci pour aborder d'autres sujets, les présentations et discussions étant trop centrées sur les urgences. Cela aurait permis que la réunion soit davantage un débat, une expression des problèmes et des souhaits de la population et/ou des associations, une confrontation d'opinions, en organisant éventuellement le débat autour de certains thèmes tels que proximité et qualité des soins, naître au pays, vieillir au pays etc.
- On a le plus souvent l'impression d'assister en spectateur à une réunion entre professionnels de santé.
- Difficultés pour la population d'exprimer ses vœux ; les intervenants en face connaissent bien les dossiers et peuvent assez facilement opposer des arguments, notamment économiques, difficiles à contester publiquement, sans réflexion préalable, ce qui a tendance à inhiber les envies d'intervenir dans le débat.
- Absence totale de débat sur les moyens qu'on accepterait de consacrer à la santé, et dans quel but.
- Impression que les choix sont déjà faits, que la tutelle veut bien écouter, mais pas infléchir.
- Ce type de réunion publique pourrait s'envisager pour la présentation de l'offre de soins à la population, aux assureurs, éventuellement de façon régulière.

ANNEXE 2

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE : MIEUX REPONDRE A VOS BESOINS DE SANTE : QUELLES PRIORITES, QUELS PROGRES POUR LES HOPITAUX ET LES CLINIQUES ?

Etats Généraux de la Santé Languedoc – Roussillon

15 janvier 1999 – Montpellier

**Compte rendu établi par Alain FERRERO, médecin inspecteur de santé publique stagiaire
DDASS du Gard (Nîmes)**

I. PRESENTATION GENERALE DE LA REUNION

- Corum, centre ville de Montpellier.
- Horaire : 14H30-17H45.
- Environ 350 personnes dans le public.
- Présence à la tribune de 9 représentants des usagers et 7 membres du comité d'orientation du SROS (« comité des sages »).
- Débat mené par un journaliste de FR3.
- Chronologiquement :
 - Introduction par Monsieur CONSTANTIN, Préfet de région.
 - Présentation orale du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Languedoc Roussillon, Monsieur GRATEAU (ARH LR).
 - Débat entre les représentants des usagers, chacun parlant au nom de son association, et les membres du comité d'orientation.
 - Questions de la salle.
 - Questions écrites présentées par l'animateur.
 - Encore quelques questions orales.
 - Conclusion.

II. INTRODUCTION

Monsieur CONSTANTIN.

Déroulement et buts des Etats Généraux.

Durée environ ¼ heure.

III. OBJECTIFS ET DEMARCHE DE L'ARH LR

Monsieur GRATEAU.

Présentation du SROS et des priorités régionales.

Durée environ ½ heure.

IV. DEBAT A LA TRIBUNE

Souhaits des représentants des usagers (associations diverses), parlant l'un après l'autre, avec réaction à chaque fois d'un ou plusieurs membres du comité d'orientation.

- 1) Usagers de l'hôpital : faire connaître l'existence des associations d'usagers dans les établissements.
- 2) Handicapés mentaux : savoir annoncer le handicap (information et formation des personnels médicaux), accueil dans les structures spécifiques.
- 3) Complexité de l'hôpital, difficultés d'orientations : signalisation, anonymat des équipes, « noria » de professionnels. Complexité du monde hospitalier, du SROS.
- 4) Déficience des relations humaines à l'hôpital ; souhait d'un hôpital « médico – psycho – social ».
- 5) Ambiguïté des informations sur l'évolution de la maladie, les risques des thérapeutiques.
- 6) Déficience de la prise en charge des familles dans les heures suivant l'accident (Ligue contre la violence routière).
- 7) Insuffisance de l'accès aux soins pour les démunis, difficultés à la sortie de l'hôpital. Accroissement très rapide du nombre de ces personnes. Espoir de la Couverture Maladie Universelle (Secours populaire).
- 8) Obligation pour les patients d'aller aux urgences car n'ont plus accès au médecin généraliste. Concept de lieu de dispensation de soins gratuits (usagers CGT).
- 9) Eloignement des soins du fait des secteurs psychiatriques.
- 10) Bon accès géographique global pour les soins.
- 11) Importance de l'aspect économique local.
- 12) Nécessité du respect de l'intimité à l'hôpital, mais aussi de l'accès à l'information médicale, qui doit rester confidentielle.
- 13) Les usagers éloignés de Montpellier tiennent à leurs hôpitaux locaux, « qualité de vie dans la maladie ». Les malades veulent rester près de chez eux, cela doit faire partie de l'aménagement du territoire (une "visiteuse" de malades hospitalisés). Mais il faut être assuré d'être pris en charge à un niveau supérieur si c'est nécessaire.
- 14) Problème du retour à domicile des handicapés au sortir de l'hôpital, manque de structures relais.

V. QUESTIONS ET REMARQUES DE LA SALLE

- 1) La présidente des familles de traumatisés crâniens de Languedoc-Roussillon : manque d'informations dans les suites de l'accident, pas de prise en charge psychologique des familles, multiplicité des intervenants ; réclame un référent par patient.
- 2) Violences à la chasse : réclame la formation des chasseurs.
- 3) Une usagère de l'hôpital de Narbonne, également conseillère régionale : attachement à l'hôpital de proximité. Manque de personnel en hospitalisation. Idée de rentabilité du service public inacceptable. Crainte que le transfert des urgences (services d'orientation) vide puis fasse fermer les hôpitaux de proximité.
- 4) Une assistante sociale représentant le service social hospitalier de Montpellier : place des familles dans l'accompagnement des malades.
- 5) Un médecin retraité se présentant comme un usager : caractère « touffu » de l'hôpital. Donner au malade un interlocuteur. Les surveillantes ne sont plus au contact des malades, elles font des tâches administratives. Dérive, dysfonctionnement du service infirmier. Problème de l'intimité dans les chambres à 2 lits. Lutte contre la douleur.
- 6) Un chômeur sur les problèmes d'obtention de la carte santé : l'appel prend 5 à 6 mois en cas de refus initial. Pendant ce temps, pas de soins.
- 7) Association des dialysés et transplantés de la région LR : la moitié des dialysés sont autonomes, se traite à domicile. 120 malades sont mis quotidiennement sur les routes pour se faire dialyser à Montpellier du fait de l'absence de centre à Nîmes et Béziers.

- 8) Un agent hospitalier : plaider pour le personnel : il existe une prise de conscience pour le respect des patients.
- 9) Sur la proximité : il ne faut pas que l'aménagement du territoire sacrifie le patient.
- 10) Plusieurs personnes pour la nécessité d'un référent [médical] par patient.

2^{ème} partie (chronologiquement après les questions écrites) :

- 1) Un représentant des assurés sociaux aux conseils d'administration des hôpitaux. Une remarque : cette réunion est une « causerie » (aimable ?) par rapport aux premiers Etats Généraux de la Sécurité Sociale qui avaient été une empoignade entre assurés et décideurs. Pour la suppression et la création de lits il faut tenir compte du fait que le département (l'Hérault a priori) compte 20 % de personnes fragilisées supplémentaires par rapport à la moyenne nationale. Comment faire face avec 2 % de taux directeur ? Problème de place pour tout ce qui touche au handicap : délai parfois de 2 ans pour entrer en structure spécialisée.
- 2) A nouveau un chômeur (le même que précédemment) : sur le même sujet également car n'a pas obtenu de réponse ni remarque à ce qu'il a dit précédemment (6). Est membre d'une association de chômeurs ; pour accéder à la carte santé, il faut un plafond de revenus de 3107 F mensuels. Problème de l'aide médicale. 500 dossiers en retard. Remarque d'un membre du comité d'orientation : a fait faire une enquête : à Béziers, 60 % des personnes soignées dans les dispensaires de Médecins du Monde étaient des personnes en attente de régularisation administrative. Réponse : plafond fixé par le conseil général ; la commission chargée de l'examen des dossiers siège une fois par mois, problèmes de disponibilité de ceux qui y siègent. On essaie de passer à 2 par mois...

VI. QUESTIONS ET REMARQUES ECRITES

- 1) Remarque d'un médecin généraliste sur la longueur des délais de courrier près hospitalisation : un mois habituel.
- 2) Protection de la santé des jeunes : où sont les IVG dans le schéma ?
- 3) Pourquoi les soins hospitaliers ne sont-ils pas gratuits ?
- 4) Télémédecine.
- 5) Hypermédicalisation de l'accouchement et maintien en vie des grands prématurés : attention aux effets pervers.

VII. CONCLUSION

Très brève.

Monsieur GRATEAU.

Monsieur CONSTANTIN.

ANNEXE 3

**THEMES (OU OBJECTIFS) PRIORITAIRES DE TRAVAIL DES AGENCES
REGIONALES D'HOSPITALISATION (ARH) DANS LE CADRE DU DEUXIEME
SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE (SROS 2)**

Alain FERRERO - juillet 98 - pour l'ARH LANGUEDOC-ROUSSILLON

en souligné : ce qui a trait à la chirurgie ambulatoire

ALSACE : Tél. : 03-88-22-72-72 ; contact : Mme UNGERER.

Thèmes prioritaires :

- cardiologie
- cancérologie
- soins de suite et de réadaptation
- personnes âgées
- périnatalité
- urgences.

Thèmes transversaux :

- accès aux soins
- coopération - réseaux
- sécurité – qualité
- évaluation
- alternatives à l'hospitalisation (approche juridique et financière)
- emploi
- financement
- lutte contre la douleur
- articulation avec le médico-social
- prévention.

Et révision éventuelle des référentiels de fonctionnement des services définis dans le SROS 1.

AQUITAINE : 05-56-11-20-20 ; contact : Dr Anne-Marie CHAUVEAUX.

Thèmes : (démarrage)

- périnatalité
- cancérologie
- maladies vasculaires
- adolescents
- accès aux soins
- alcoolisme
- non abordés dans le SROS 1 et «raccrochés» au SROS 2 : soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, hémodialyse.

Plus données prospectives (constats, pistes) : évolutions technologiques, nouvelles modalités de prise en charge (à considérer comme thèmes transversaux).

Rien pour la chirurgie à proprement parler dans le SROS 2, en dehors des thèmes ci-dessus.

Anesthésie et Chirurgie en Ambulatoire seront abordées dans la réflexion sur l'adaptation des techniques sans thème spécifique dessus.

AUVERGNE : 04-73-31-94-94 ; contact : Hubert WACHOWIAK, chargé de mission.

Thèmes prioritaires :

- urgences - transports sanitaires
- périnatalité
- cancer
- maladies cardio-vasculaires
- médecine interne et médecine générale
- prise en charge des personnes âgées
- accès aux soins des plus démunis.

Plus priorités dictées par la politique régionale en matière de qualité :

- sécurité anesthésique
- infections nosocomiales
- douleur
- prise en charge globale (dossier unique, prévention)
- filières et réseaux
- télémedecine.

Début de réflexion sur la chirurgie ambulatoire, par un groupe de professionnels.

BASSE-NORMANDIE: 02-31-54 -17-80 ; contact : Georges DUGLEUX, chargé de mission.

Thèmes prioritaires :

- cancérologie
- urgences
- psychiatrie
- alternatives à l'hospitalisation.

Réactivation du comité technique régional sur la chirurgie.

Le groupe de travail sur les alternatives à l'hospitalisation se met en place ; à contacter : Dr GRIGNON, échelon régional du service médical de l'assurance maladie à ROUEN au 02-35-03-45-45.

BOURGOGNE : 03-80-53-13-00 ; contacts : Mr DEVEVEY, secrétaire général. ; Mme MAUERHAN, à la DRASS.

Thèmes prioritaires :

- médecine interne (redonner de l'importance à la médecine polyvalente)
- gériologie et dépendance
- alcoolisme
- réseaux
- insuffisance rénale chronique
- chirurgie, avec deux thèmes sur lesquels les groupes de travail commencent à se réunir : développement de la chirurgie ambulatoire et chirurgie dite «de proximité» car beaucoup de petits sites hospitaliers dans la région avec une faible activité, un seul anesthésiste, dans le but d'une mise en réseau avec mise en commun des moyens
- cancer
- naissance

- réanimation
- urgences : ont terminé la phase de concertation avec les élus, les usagers, les directeurs d'établissement, le conseil économique et social.

Problématique générale du SROS : population vieillissante, secteurs très sous-occupés tels que la chirurgie et l'obstétrique dans le Public, nécessité de redéployer les moyens vers les personnes âgées, les démunis, et de travailler en réseaux.

BRETAGNE : 02-99-22-31-00 ; contact : Loïc GRALL.

Thèmes prioritaires :

- cancers
- pathologie cardio-vasculaire
- périnatalité
- urgences
- suicides
- insuffisance rénale chronique.

Thèmes transversaux :

- démunis
- douleur
- complémentarité des établissements.

CENTRE : 02-38-56-99-00 ; contacts : Fabienne JOINT, chargée de mission, 02-38-56-99-08 ; Mme LOISY à la DRASS au 02-38-77-47-23. A contacter : Dr GABACH au contrôle médical de l'assurance-maladie, au 02-38-79-70-00.

Thèmes prioritaires :

- chirurgie (Dr GABACH) : le groupe «fonctionne» depuis mi-juin 98 ; parmi les thèmes étudiés : le développement de la chirurgie ambulatoire, la chirurgie de proximité. La chirurgie ambulatoire peut-elle être un moyen de maintenir la chirurgie de proximité, pourquoi ne se développe-t-elle pas dans le Public ? Comparaison de ce qui se fait en chirurgie ambulatoire dans le Public et de ce qui se fait dans le Privé (recours au PMSI)
- périnatalité
- réseaux ville-hôpital
- cancérologie
- cardiologie.

CHAMPAGNE-ARDENNE : 03-26-21-81-48 ; contact : Agnès MALEK. La responsable du pilotage du SROS 2 est Mme CHADENET.

Agnès MALEK avait déjà adressé aux ARH un questionnaire sur les thèmes choisis pour le SROS 2 en juin 98, déjà communiqués par les ARH de POITOU-CHARENTES, FRANCHE-COMTE, PICARDIE, ILE-DE-FRANCE, LORRAINE, LA REUNION, LANGUEDOC-ROUSSILLON.

Thèmes prioritaires :

- périnatalité
- réanimation
- diabétologie
- cardiologie
- équipements lourds
- urgences
- chirurgie ambulatoire. Le groupe a commencé à travailler en février-mars (1998)
- cancérologie
- soins de suite et de réadaptation
- santé mentale

Les trois derniers ont fait l'objet d'un avenant au SROS 1 en 97, la réflexion est donc déjà assez aboutie.

CORSE : 04 -95-51- 61-91 ; contact : Mme ANDREANI, chargée de mission.

Thèmes prioritaires : définis en fonction de ce qui n'avait pas réellement été pris en compte dans le SROS 1 :

- urgences
- soins de suite et de réadaptation
- psychiatrie
- prise en charge des cancers
- gériatrie
- flux sanitaires Corse-continent
- accès aux soins des plus démunis
- actualisation de ce qui se fait en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) par rapport au SROS 1.

Développement de la chirurgie ambulatoire «en filigrane», peu développée dans le secteur Public.

FRANCHE-COMTE : 03-81-61-40-50 ; contact : secrétariat. Mr PALACH est chargé de mission pour le SROS 2.

Priorités : «champs médicaux»

- santé mentale
- cancérologie
- urgences
- périnatalité
- transplantations
- cardiologie
- insuffisance rénale
- personnes âgées et hôpital

«champs organisationnels» :

- promotion de la qualité et gestion des risques hospitaliers
- évaluation et systèmes d'information
- diversification de l'offre et de la continuité de la prise en charge
- prévention et éducation.

« Thèmes cibles » dans chaque champ, dont chirurgie ambulatoire dans «diversification de l'offre et de la continuité de la prise en charge ».

HAUTE-NORMANDIE : 02-32-76-11-00 ; contacts : JC DUREY, chargé de mission, et Benoît CHARLES, responsable du SROS 2.

Thèmes prioritaires :

- urgences
- cancérologie, avancé, réseau régional mis en place
- soins de suite et de réadaptation (débutant)
- psychiatrie
- alternatives à l'hospitalisation, dont chirurgie ambulatoire (débutant) ; chef de projet du groupe : Dr FALOURD, médecin conseil à l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie à Rouen au 02-32-18-37-66.
- gériatrie.

Thèmes transversaux, abordés pour les 6 thèmes prioritaires :

- organisation générale, réseaux de soins
- étude des besoins
- évaluation du SROS.

A noter que les thèmes insuffisance rénale chronique, périnatalité et cardiologie ont fait l'objet d'un avenant au SROS 1 et sont donc aboutis.

ILE-DE-FRANCE : 01-40-05-68-87 Contact : Mr RICHARDOT, chargé de mission pour le SROS 2.

Thèmes prioritaires :

- périnatalité
- cardiologie
- cancérologie (réseaux)
- chirurgie : beaucoup d'établissements (250) font de la chirurgie ; principal problème ; volonté de regroupement. Pas de réflexion spécifique sur l'ambulatoire.
- urgences :
 - contrat avec les SAU
 - création d'un réseau ville-hôpital pour désencombrer les urgences hospitalières.
 - réflexion sur les problèmes sociaux, les quartiers de «non-droit», les médecins en secteur 2.

LANGUEDOC-ROUSSILLON : 04-67-99-86-40 ; responsable SROS : Mme BONNIN. psychiatrie : Pierre BEUF ; carte sanitaire Mr LE LUDEC.

Thèmes prioritaires :

- gérontologie
- moyen séjour
- santé mentale

- périnatalité
- cancérologie
- cardiologie, en insistant sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë
- chirurgie, dont une réflexion spécifique sur la chirurgie ambulatoire
- urgences
- insuffisance rénale chronique.

LIMOUSIN : 05-55-33-08-90 ; contact : secrétariat a-priori ; chargé de mission pour le SROS : Fabrice AVERLANT.

Thèmes prioritaires :

- périnatalité
- urgences
- oncologie
- cardiologie
- maladies vasculaires
- proximité
- soins palliatifs.

Thèmes transversaux :

- hospitalisation à domicile
- personnes âgées
- système d'information.

Débat sur la chirurgie ambulatoire prévu.

LORRAINE : 03-83-36-86-60 ; contact : Catherine DUBOIS 03-83-36-86-66.

Axes de travail commencés depuis 97 :

- révision de la carte sanitaire
- carte et schéma en psychiatrie
- avenant sur les urgences hospitalières et pré-hospitalières
- cancérologie
- périnatalité
- soins de suite et de réadaptation
- insuffisance rénale chronique
- prise en charge des personnes âgées dans les établissements de santé
- cardiologie / chirurgie cardiaque
- complémentarité public-privé (transversal).

Dans le cadre du SROS 2 : les mêmes thèmes plus :

- urgences
- réanimation.

Ainsi que d'autres thèmes transversaux :

- complémentarité
- hôpital de proximité
- aménagement du territoire

- réseaux et démographie médicale
- développement des alternatives à l'hospitalisation (dont la chirurgie ambulatoire)
- articulation avec la médecine de ville
- articulation avec le médico-social
- prévention.

Priorités pas encore strictement définies :

- réseaux
- promotion de la santé publique
- lutte contre la douleur
- évaluation
- démarche assurance qualité.

Cibles :

- personnes âgées
- enfants
- psychopathes.

MIDI-PYRENEES : 05-62-26-86-40 ; contact : Mme FRABOUL.

Thèmes prioritaires :

- urgences
- environnement de la naissance
- cancérologie (avec déjà un certain recul)
- chirurgie ambulatoire. Groupe ayant démarré le plus tard, il y a environ deux mois ; problématique : carence dans le Public, d'où l'objectif de développement dans le Public. Travail avec un médecin DIM en isolant toutes les activités susceptibles d'avoir lieu en ambulatoire : notamment séjours de 24 - 48 heures ; responsable : Anne VIGNON à la DRASS MIDI-PYRENEES.
- soins de suite et de réadaptation

Thèmes transversaux :

- lutte contre la douleur
- vieillissement
- développement de la télémédecine.

Ont fait en 96 un SROS spécifique sur la cancérologie avec qualification des différents sites.

Autres travail de l'ARH : santé mentale des adolescents (priorité de la conférence régionale de santé).

NORD-PAS-DE-CALAIS : 03-20-06-70-20 ; contact : Dr LOENS (urgences, cancérologie) ; psychiatrie : Mme LEFEBVRE.

Thèmes prioritaires :

- urgences
- cancérologie
- périnatalité

- psychiatrie
- cardiologie / rythmologie
- hématologie.

Important travail sur les contrats d'objectifs et de moyens.

PAYS DE LA LOIRE : 02-40-20-64-10 ; contact : Mr HAAS (révision SROS dans son ensemble).
Autres : aspects médicaux du SROS : Jacques DENIS-LAROQUE ; chef de projet SROS 2 à la DRASS : Marie-Hélène POUPON au 02-40-12-80-27.

Objectifs prioritaires : 15, regroupés en trois catégories : thèmes de santé publique, organisation sanitaire / offre de soins, coopération

- favoriser l'accès aux soins aux populations en situation de précarité
- promouvoir la santé des jeunes
- améliorer la prise en charge des personnes âgées
- traiter la douleur
- dispenser des soins palliatifs
- réduire surmortalité, surmorbidity liées à l'alcool
- diminuer le nombre des décès par suicide
- assigner une juste place à chaque établissement
- systématiser les réseaux de soins
- développer les coopérations hospitalières
- articuler le court séjour et les soins de suite
- développer les alternatives à l'hospitalisation.
- moderniser le système d'information au service du patient
- optimiser l'organisation interne des établissements (par pôles)
- rapprocher hôpital et médecine de ville

A terme n'en retiendront que 6 ou 7.

PICARDIE : 03-22-22-33-33 ; contact : Mr BRIANCHON.

Thèmes prioritaires :

- cancérologie
- cardiologie
- périnatalité.

Plus deux thèmes transversaux :

- accessibilité aux soins
- prévention et éducation du patient.

Pas de thème spécifique sur la chirurgie qui est abordée sous deux angles : oncologie, «spécialités traceuses» réflexion sur les urgences.

POITOU-CHARENTES : 05-49-49-61-80 ; contact : Dr SATRE
Le SROS 2 est appelé «plan santé 2004 POITOU-CHARENTES».

Thèmes prioritaires :

- oncologie : organisation en réseaux, hiérarchisation ; chantier bien avancé, autour du CHU, trois groupes, protocoles de prise en charge, dossier médical commun, suivi des dépenses, épidémiologie
- maladies cardio-vasculaires (chef de projet : Doyen de la Faculté ; démarre) : cardiologie aiguë et chirurgie cardiaque, unités de soins intensifs cardiologiques
- pathologie du vieillissement (chef de projet : directeur de la CPAM 79) : prise en charge des personnes âgées
- périnatalité (1ère réunion le 09/07/98) : en attente des décrets. 3 petites maternités dans la région : projet centré sur les réseaux et la prise en charge
- accès aux soins
- urgences
- adaptation de la capacité d'accueil par rapport aux besoins (difficultés pour l'accueil en médecine dans la région). Traiteront de la chirurgie ambulatoire dans ce cadre.

Thèmes transversaux :

- place des hôpitaux de proximité
- ouverture vers la médecine de ville
- complémentarité des établissements
- évolution du mode de prise en charge
- démarche qualité.

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR : 04-91-29-92-50 ; contact : secrétariat.

Thèmes prioritaires :

- cardiologie interventionnelle
- périnatalité
- Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR) : coordination de l'enquête en cours sur l'activité des SMUR ; thème le plus avancé
- réanimation
- insuffisance rénale chronique (thème déjà entamé avant le SROS 2)
- oncologie.

Ainsi qu'une synthèse régionale avec bilan de l'existant.

Début des réunions fin 97.

Sur la chirurgie ambulatoire, travail fait par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sur l'évolution de cette discipline de 1992 à 1996.

REUNION (LA) : 0262-97-93-60 ; contacts : Mme MOUNIATA (ARH), Mr MOUTERDE, responsable du SROS 2, à la DRASS, 0262-48-60-82.

Thèmes prioritaires :

- diabète
- alcoolisme
- insuffisance rénale chronique
- prélèvements – transplantations
- réanimation
- cardiologie
- cancérologie
- hématologie
- pôle mère – enfant
- organisation des soins en MCO, notamment deux volets : alternatives à l'hospitalisation, dont chirurgie ambulatoire, et problèmes d'accès aux soins dans certaines parties de l'île (Est) avec manque de spécialistes (gynécologues, néphrologues), nécessité de développer des coopérations/réseaux.

La réflexion est de façon générale assez débutante, hormis deux thèmes déjà travaillés dans le passé : diabète (épidémiologie) et insuffisance rénale chronique.

RHONE-ALPES : 04-72-84-67-00 ; contact : Mr VEZINET, chargé de mission .

Thèmes prioritaires : notion de champ et de profondeur : à l'intérieur du thème, niveau d'organisation différent suivant le thème.

- urgences, avec plusieurs sous-thèmes, dont l'accueil des suicides, des démunis, des personnes âgées
- réanimation polyvalente et néonatale
- chirurgie, notamment neurochirurgie
- médecine, notamment interne, et alcoologie (priorité régionale de santé)
- cardiologie
- cancérologie
- imagerie médicale (organisation)
- naissance
- soins de suite et de réadaptation, dont alcool
- prise en charge du risque sanitaire, dont infections nosocomiales
- prise en charge de la douleur
- prise en charge des personnes âgées.

Commentaires sur la chirurgie ambulatoire :

- peu faite dans le Public (général)
- manque d'incitation, mal valorisée par le PMSI (ALSACE)
- mesure de la pratique ambulatoire en analysant les séjours de moins de 24 heures (ALSACE).
- Difficultés à faire ressortir cette activité dans les statistiques (RHONE-ALPES).

ANNEXE 4

**CONGRES DE L'ASSOCIATION FRANCAISE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE
(AFCA)
18 ET 19 SEPTEMBRE 1998
MENTON**

**Compte-rendu établi par Alain FERRERO, Médecin Inspecteur de Santé Publique stagiaire -
DDASS du Gard**

INTERVENANTS :

- AOUSTIN M., médecin, échelon national du service médical de l'assurance maladie.
- BAZIN G., anesthésiste réanimateur, fondateur et ancien Président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA).
- CHARVET-PROTAT S., responsable du service des études économiques, Direction de l'évaluation, Agence NAtionale d'Evaluation en Santé (ANAES).
- DE LATHOUWER C., (anesthésiste réanimateur) Président fondateur de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) (Belgique).
- ELLEDJAM J.J., Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Nîmes (médecin).
- ESPER C., avocat, Paris.
- GIORDAN J., chirurgien, clinique Beausoleil, Montpellier.
- GUERIN M., avocat, Paris.
- JOUFFROY L., médecin ou chirurgien, clinique des Diaconesses, Strasbourg.
- LACHAUD Y., avocat, Paris.
- LANGLOYS J., médecin ou chirurgien, CHU Bicêtre, Paris.
- LAXENAIRE M.C., anesthésiste réanimateur, CHU Nancy.
- LESTIENNE A., responsable des établissements sanitaires et médico-sociaux à la CNAM.
- L'HUILLIER M.C., médecin, CHU Montpellier (groupe de réflexion hôpital public de l'AFCA).
- MANN C., anesthésiste réanimateur, CHU MONTPELLIER.
- MARTY J., anesthésiste réanimateur, hôpital Beaujon, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP).
- METTENDORF M., Direction des Hôpitaux (DH).
- PARMENTIER G. (AFCA).
- PREVOST P., Caisse régionale d'Assurance Maladie (CRAM), Rennes.
- RAUCOULES M., CHU Nice (médecin).
- RICOUR M.L., groupe qualité de l'AFCA.
- SALES J.P., Président de l'AFCA.
- VIEL E., anesthésiste réanimateur, CHU Nîmes.

ACCREDITATION :

Processus d'évaluation externe, réalisé par des professionnels, indépendamment des établissements et des organismes de tutelle.

N'est ni planification, ni autorisation, ni allocation de ressources, ni contrôle de conformité, ni évaluation des compétences.

Intervient sur l'organisation générale de l'établissement y compris les réseaux de santé.

Plan du référentiel : - le patient et sa prise en charge
- management, gestion et logistique
- qualité et prévention.

Pas de référentiel spécifique à l'ambulatoire.

L'accréditation sera accordée sans ou avec des réserves plus ou moins importantes (CHARVET-PROTAT).

Il n'y a pas à avoir ou ne pas avoir l'accréditation (MARTY).

Dans la version actuelle du manuel, il n'y a **pas de référentiel sur la substitution** (ce qui pourrait être fait en ambulatoire par rapport à ce qui est fait) (CHARVET-PROTAT).

ACTIVITE :

L'anesthésie ambulatoire et l'Anesthésie et Chirurgie en Ambulatoire (ACA), qui correspondent à deux réalités différentes, ont pourtant le même mode de financement et la même réglementation.

200 000 actes sans Forfait de Salle d'Opération (FSO), c'est-à-dire sans acte chirurgical, sur 1,5 million (LESTIENNE) (par an a priori).

En privé un tiers d'endoscopies, un petit tiers de "bobologie", un gros tiers de chirurgie.

Pas plus d'endoscopies dans les petites structures que dans les grandes (AOUSTIN).

Enquête de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) en **1996**, par échantillonnage, avec une participation exceptionnelle (98 % des anesthésistes). Personne n'étant capable de donner des chiffres fiables, la SFAR a décidé de faire son enquête. La tutelle a demandé communication des résultats...

L'ambulatoire représente 27 % du total des anesthésies (2 001 000 de 7 937 000), contre 5 % en 1980 (180 000 de 3 600 000).

Type d'acte : **chirurgie 55 %, endoscopies digestives 37 %, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) 5 %, divers 3 %.**

En nombre : 1 240 000 actes chirurgicaux, 770 000 endoscopies, 100 000 IVG.

Part ambulatoire : 21 % de la chirurgie, 64 % de l'endoscopie, 82 % des IVG.

Distribution de l'anesthésie ambulatoire suivant le type d'établissement : cliniques privées 75 %, Centres Hospitaliers Généraux (CHG) 12 %, CHU 8 %, établissements Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) 5 %.

Pour 10 actes codés faisant partie des 20 actes les plus fréquemment pratiqués à l'hôpital en Belgique en 1993 (DE LATHOUWER, cf. infra) : France 49 % en ambulatoire, contre Etats-Unis 93 %, Canada 79 %, Hollande 70 % (?) Australie 33 %. Donc **pas si mal pour la France.**

Beaucoup d'autres chiffres... (LAXENAIRE).

AVANTAGES :

Fortement structurant pour les établissements (METTENDORF).

Dynamique collective d'établissement : pas de secteur individuel dans un service.

Service rendu au patient (plusieurs participants).

Satisfaction des patients : enquête AFCA 1990 : 90 % de patients satisfaits.

CAPACITE DES STRUCTURES :

Le plus fréquent : 4 à 9 lits (55 % des unités dans le privé, 37 % dans le public).

Les structures publiques sont plus importantes. Incapacité des gestionnaires du public à imaginer qu'on puisse faire bien en faisant modeste... (LESTIENNE).

Les structures sont de petite taille : en mars 98, pour 1172 établissements concernés, **taille moyenne 7 places autorisées et 6 installées** (METTENDORF).

On ne peut pas créer une structure avec deux places, il faut donc que tout se débloque en même temps pour créer une structure suffisante. Les CHU mettent en place de petites structures par rapport à leur taille. Les projets ambitieux, avec parfois jusqu'à 35 services à faire travailler ensemble, posent problème. Parfois des projets plus modestes voient le jour. Pour réussir, il faut une volonté médicale et administrative, et ne pas laisser passer une occasion (départ à la retraite, fermeture d'un service...). Beaucoup de gens travaillent chacun de leur côté : ARH, URCAM, projet médical, projet d'établissement, commissions... Un levier : les contrats d'objectifs et de moyens (L'HUILLIER).

L'organisation dans le public est tellement mauvaise qu'on ne peut pas développer (LANGLOYS).

DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE :

Le régime de 1991 a permis d'ajouter des places aux lits existants. Sur ces places s'est développée une activité anesthésique au sens large. La période de « reconnaissance » en 1993 a entériné cette situation avec le développement de 5000 places. Cette procédure de reconnaissance a entraîné un déséquilibre entre les régions.

Puis le développement a été moins fort.

Bilan actuellement satisfaisant avec une progression assez nette du nombre total de places autorisées : de juin 1995 à juin 1998, + 1132 places soit + 18 %.

Effet rattrapage du secteur public.

Chiffres cependant considérés comme modestes par rapport à d'autres pays, mais les autres pays avaient parfois des problèmes avant le développement chez eux de l'ACA : listes d'attente, problèmes de financement par l'assurance maladie, ce qui a pu entraîner un développement plus important (METTENDORF).

7572 places autorisées, soit + 18 % en 3 ans. 442 places en CHU soit un tiers de celles du secteur public. Disparités entre CHU (L'HUILLIER). Augmente dans le public, depuis 3 ans. Le secteur public représente 18 % des places autorisées, 15 % des places installées (LANGLOYS).

Etat de quasi équilibre dans le Privé (LESTIENNE).

L'hospitalisation complète continue d'augmenter en chirurgie dans le Public, alors qu'elle se tasse et même diminue dans le Privé, en nombre d'actes comme en K (LESTIENNE).

La substitution serait donc plus opérante dans le Privé si les parts de marché sont inchangées, ce qui est inconnu.

Dans le Privé il y a une discrète augmentation des cas « complexes » par rapport aux cas diagnostiques à en juger par l'évolution des Forfaits d'Accueil et de Suivi (FAS) : + 8 % en places sur 2 ans, + 9 % d'interventions, + 10 % pour le FAS 1 et + 8 % pour le FAS 2 (LESTIENNE).

Il y a sans doute de l'ACA dans le Public sans activité déclarée. « Si vous faites de l'ACA dans le Public sans structure, faites vous connaître » (Aoustin).

Certaines interventions chirurgicales ont augmenté de façon explosive, d'autres ont varié. Mais globalement, sur 10 ans, la progression des interventions est parallèle. Il faudrait cependant se demander pourquoi les dents incluses ont triplé...

On ne sait pas si l'existence de l'ACA augmente ou pas l'activité, peut-être augmenterait-elle quand même si les actes étaient faits en hospitalisation complète (DE LATHOUWER).

Volonté de développement à la DH, sans influencer sur les pratiques. Régime juridique autorisant des lits, des places, et un système de conversion (METTENDORF).

DOULEUR POST-OPERATOIRE : DPO

Frein important au développement de l'ACA.

Gêne et retarde la sortie des patients.

Des modifications des techniques chirurgicales permettent une diminution de la DPO.

L'information du patient est dans ce domaine très importante : gestion de la douleur, qui appeler... "Passeport" contre la douleur, questionnaire d'évaluation.

Peu ou pas d'études sur le sujet.

La promotion, l'affichage, la dynamisation de cette prise en charge par l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) sont très importants : Ensemble Vers l'Antalgie (EVA) (VIEL).

Peu de patients considèrent que la douleur n'a pas d'importance dans la qualité de la prise en charge et/ou pour le choix d'un établissement (enquête Anaesthesia 1987).

Plus d'une personne sur deux dit avoir eu mal dans les suites si on l'interroge systématiquement après (GIORDAN).

Il faut faire des études sur le mode d'anesthésie et le contrôle de la douleur, ne pas tout axer sur le réveil rapide du patient qui peut être contradictoire avec l'analgésie. D'un autre côté, il ne faut pas non plus que la douleur apparaisse au domicile...

Rôle du médecin traitant : étude en cours : questionnaire pour les médecins traitants à Nîmes.

Ils veulent être formés. Ils ne savent pas trop ce qu'ils peuvent prescrire en fonction de ce que les patients ont déjà reçu. **Ils pensent que la visite après un acte d'ACA devrait faire l'objet d'une cotation particulière** (VIEL).

Problème de responsabilité médico-légale : c'est l'anesthésiste qui a fait l'ordonnance d'antalgiques qui est responsable, et qu'il faut recontacter en cas de problème (discussion).

La collaboration avec les médecins de ville n'est pas toujours facile. Un chirurgien (de Quimper ?) relate son expérience pendant 2 ans de prise en charge post-opératoire après ACA dans le cadre d'un réseau avec les médecins de ville. Il a fini par abandonner et à tout prendre en charge lui-même, s'orientant de plus en plus vers l'autonomie complète de son unité sur le plan de l'antalgie (discussion).

ECHANGE DE LITS : On garde le système antérieur pour tout le monde, mais pour ceux qui s'engagent sur un objectif on instaure un taux dérogatoire (AOUSTIN, LESTIENNE METTENDORF).

ECONOMIES REALISEES :

Très prudents de ce côté à la DH, sont incapables de dire qu'en coût direct l'ACA est moins chère que l'hospitalisation complète, il n'y a que quelques comparaisons disponibles sur quelques actes. D'autant plus qu'il y a nécessité d'un investissement au départ, le retour sur investissement n'est pas évident (METTENDORF).

Conséquences économiques du transfert de la chirurgie classique vers la chirurgie ambulatoire, analyse de la littérature : **très peu d'études comparatives chirurgie ambulatoire versus chirurgie traditionnelle** ; 12 méthodologiquement correctes. Peu d'indications cliniques (7 études), la majorité se cantonne au coût hospitalier (CHARVET-PROTAT).

Enquête de la CRAM de Rennes , sur 5 interventions : canal carpien, extraction de dents de sagesse, cataracte, varices des membres inférieurs, ménisectomie sous arthroscopie.

Que des établissements privés : 28 dont 26 font de l'ACA totalisant 221 places et 1974 lits, pour 2 795 721 habitants (recensement 1990).

Problèmes méthodologiques :

- comparer ce qui est comparable
- définir l'acte retenu
- éliminer les actes à complications
- éliminer les patients à risque
- recueillir exhaustivement.

Les médecins conseils ont regardé les cahiers de bloc, et examiné le dossier médical pour voir s'il existait des causes d'exclusion.

Grâce au Système Informatique de l'assurance Maladie (SIAM), peuvent avoir l'historique de 9 mois des patients.

Volume :	Hospitalisés / ambulatoires :
	Cataracte : 74 / 14
	Varices : 42 / 13
	Ménisque : 32 / 44
	Canal carpien : 18 / 40
	Dents de sagesse : 21 / 50

Exemple de la cataracte : KC 100 + KC 60/2

	Hospitalisés / ambulatoires
	Dossiers : 74 / 14
	Hommes : 30 / 4
	Femmes : 44 / 10
	Comorbidité : 33 / 6
	Etablissements : 12 / 4
Coût total :	Hospitalisés / ambulatoires
	8975 F 8176 F

Economies réalisées : différence entre le FAS et les frais de séjour. Durée d'hospitalisation : 3 jours dans 60 % des cas. Les frais de séjour sont peu importants en Bretagne. **En étudiant tous les postes de dépenses, l'ambulatoire est plus coûteux en transports et un peu aussi en visites et consultations hors hospitalisation, moins coûteux pour tout le reste. Dans les structures pratiquant les deux types d'intervention, l'ambulatoire est toujours moins cher.**

Si on prend les dossiers sans pathologie associée, en extrapolant à la France entière soit 228 914 cataractes en 1992, si 50 % sont faisables en ambulatoire, économie potentielle de 89 millions de Francs. Même calcul pour les varices : 86 MF, ménisque 24 MF, canal carpien 24 MF. Si on prend les 30 interventions les plus souvent réalisées, économie potentielle de plus d'un milliard de Francs. Pas assez d'actes en ambulatoire à l'hôpital public en Bretagne pour pouvoir faire une étude sur ce secteur, et difficile d'évaluer le coût d'une cataracte en hospitalisation dans ce secteur (PREVOST). Etude d'autant plus remarquable qu'unique (discussion) !

FINANCEMENT :

Nécessité **d'investissements importants pour créer un service**, dont immobiliers. Les textes édictent les conditions techniques de fonctionnement.

Des crédits du Fonds d'Investissement et de MODernisation des établissements (FIMO) peuvent être utilisés pour la transformation de lits en places. Pas beaucoup de projets présentés à la DH (METTENDORF).

Installer une place en ambulatoire coûte 3 fois plus cher dans le public que dans le privé (LESTIENNE).

FORMATION :

Obligation du “zéro défaut”, d’où une **nécessité de sénioriser** (GIORDAN), d’où une réflexion à mener sur la formation des chirurgiens.

LISTE D’ACTES :

Pas de liste d’actes obligatoires en ambulatoire : ce n’est pas l’acte qui est ambulatoire, c’est le patient (METTENDORF). L’ACA est rendue possible par la rencontre d’un patient ayant besoin d’un acte avec une structure ayant le savoir-faire (AOUSTIN). Les critères socio-économiques ou la préférence individuelle du patient permettent l’arbitrage. Le praticien aussi a le choix. **Il n’est pas question de remettre ce choix en cause** (METTENDORF).

Parmi les actes couramment faits en ambulatoire, on pourrait faire des groupes d’actes ayant certains critères en commun, en considérant le “poids médical” des actes :

- Groupe 1 : toujours réalisables en ambulatoire sauf conditions socio-économique défavorables, mauvais état du patient.
- Groupe 2 : régulièrement réalisables en ambulatoire mais nécessitant la maîtrise de l’équipe.
- Groupe 3 : rarement réalisables et réalisés en ambulatoire, uniquement par des équipes exceptionnelles (AOUSTIN).

Les GHM 760 et suivants ressemblent étrangement au groupe 2. Le rapport GHM 760 et suivants en ambulatoire sur les mêmes actes en hospitalisation donne une bonne idée de la chirurgie qualifiée faite en ambulatoire (discussion).

OBSTACLES AU DEVELOPPEMENT :

Importance de la **promotion auprès des patients** (METTENDORF).

Deux problèmes importants aujourd’hui :

- 1) Diminution du nombre de lits à cause du **taux de change** surtout pour ceux qui ont une bonne activité en chirurgie.
- 2) Effet mode de financement des établissements publics avec la **dotation globale**.
« **Sous valorisation** » du point ISA, conséquence directe que les coûts directs de l’ACA sont moindres. Faut-il créer un nouvel indicateur ? A la DH on envisage une sorte de prime au point ISA, avec mise au point d’un logiciel permettant aux établissements de faire leurs comptes avec cette bonification en 99 (METTENDORF).

ORGANISATION :

Pas de nécessité d’un bloc spécifique : sujet récurrent dans les discussions.

PMSI :

Défaut : le GHM 700 comptabilise aussi des actes peu lourds, d’où la nécessité de juger aussi qualitativement. On peut cibler sur les actes donnant droit à un FAS 1 (AOUSTIN).

QUALITE :

“Francisation” des indicateurs australiens, optimisation de la méthodologie australienne, notion de code de défaillance, consensus d’experts.

Cinq domaines :

1. Annulation d’une intervention programmée.
2. Réintervention.
3. Admission imprévue en secteur hospitalier.
4. Modification de sortie d’un patient.
5. Qualité des soins.

Plusieurs indicateurs de suivi dans chaque domaine.

Pour chaque indicateur il existe des codes de défaillance.

Exemple 1^{er} domaine : Indicateur : le patient ne se présente pas (un autre pourrait être : annulation de l’intervention après l’arrivée du patient).

Codes de défaillance : 1.Oubli, 2. Problèmes de retour à domicile, 3. Maladie imprévue, 4. Inadéquation de date, 5. Raison inconnue.

Paramètres de mesure, périodicité quotidienne : exemple : nombre de patients programmés ne se présentant pas / nombre total de patients venus et non venus.

Reflexion au sein de l’AFCA (JOUFFROY).

QUOTAS :

L’ACA dans les cabinets spécialement équipés (ophtalmologie, chirurgie de la main, chirurgie veineuse) doit être considérée comme occupant des places. **En effet, dès l’instant où il y a anesthésie, on tombe sous le coup du décret. Il paraît délicat de déterminer où doit se faire un acte (METTENDORF).**

Le relâchement des quotas n’est pas à l’ordre du jour : quand on transforme un lit en place, l’activité est multipliée. On peut envisager de les laisser filer uniquement en cas d’engagement réciproque sur la réalisation d’une chirurgie réellement substitutive (AOUSTIN).

REMUNERATION :

Certains pays rémunèrent l’acte différemment suivant l’existence ou non d’une vraie chirurgie substitutive (LESTIENNE).

RESPONSABILITE JURIDIQUE ET MEDICALE :

Aucune décision spécifique à l’ambulatoire ; **relève de la responsabilité générale.** Se soucier davantage de l’accompagnement et des suites de soins. **Pas de texte là-dessus. Les établissements de santé privés devraient prévoir eux mêmes les réseaux etc.** Il existe maintenant un risque pénal **car les règles sont très précises (GUERIN).** Les règles en matière pénale sont identiques pour le public et le privé. **Aucun employeur ne couvre la responsabilité pénale.** Aucune jurisprudence pénale pour l’ambulatoire pour l’instant. **En ce qui concerne le côté pécunier, dans le public c’est l’hôpital qui est condamné. Il n’existe que des décisions sur quelques sorties prématurées (ESPER).**

En cas d'accident, les règles seront appliquées avec rigueur car l'activité ambulatoire est très réglementée et normée, rendant de multiples recours possibles. Il existe une augmentation des recours pour indemnité (LACHAUD).

Cinq recommandations :

1. Anticiper : déclaration à la compagnie d'assurance. Consulter un avocat.
2. Vérifier : audit des procédures de l'établissement (normes et règles).
3. Se concerter : entre les professionnels de santé.
4. Communiquer : avec la victime, sa famille.
5. Négocier : surtout l'assureur, mais le professionnel de santé doit rester présent. Pas toujours intérêt à ce que l'avocat de l'assureur soit celui du professionnel de santé (pour le montant de l'indemnisation).

Et la sixième : se défendre...(LACHAUD).

SATURATION :

Les séjours à 2 prix de journée étaient au nombre de 300 000/an puis le double 3 ou 4 ans après : beaucoup d'entre eux devaient relever de cette tendance à contourner la saturation des places (LESTIENNE).

Le forfait d'activité non programmée ne fera pas partie des quotas d'ACA (LESTIENNE).

Les structures ne sont globalement pas occupées à 100 %, même dans le privé ; certaines cependant dépassent les 100 %, "ce sont surtout celles-là qu'on entend" (AOUSTIN).

SORTIE (CRITERES DE) :

3 types de complications : chirurgicale 60 %, d'anesthésie 20 %, médico-sociale 20 %. La troisième relève d'une mauvaise évaluation pré-opératoire (MANN).

20 % des patients disent être sortis trop tôt (JOUFFROY) ; 6 % en Belgique, sans parfois le ressentir au moment de la sortie, ce qui n'influe pas nécessairement sur la satisfaction des patients (LATHOUWER).

Points essentiels :

- Evaluation pré-opératoire ; "pour bien sortir, il faut être bien entré".
- Détecter précocement les complications post-opératoires.
- Eviter de prolonger les surveillances inutiles.
- Protocoles de sortie précis, écrits (MANN).

SUBSTITUTION :

La substitution est difficile à apprécier au regard des places autorisées. Les très petits actes feraient 40 % de l'activité (METTENDORF).

Que proposer aux endoscopistes qui occupent les places (un chirurgien de la main) ?

Il s'agit de privilégier la substitution, pas de pénaliser ce qui se fait déjà. Quand on encourage une chose, on "désincite" la seconde évidemment, mais ça n'est pas directement voulu. On peut admettre que certains établissements soient positionnés sur l'endoscopie (LESTIENNE).

Pour les pourcentages concernant la substitution, **personne ne sait d'où viennent les chiffres, pourtant ils font autorité...** Il est de plus difficile de donner une limite précise à ce qu'est la chirurgie. Il faut sélectionner des actes éligibles, fréquents, habituellement faits en hospitalisation, et identifier les intitulés et les codes diagnostiques (DE LATHOUWER).

Potentiel de substitution : Identification des 100 interventions les plus fréquentes en Belgique : une quarantaine éligibles en ambulatoire, une cinquantaine forcément en hospitalisation complète.

Interventions les plus fréquentes à l'hôpital en Belgique en 1993 : 13 sur les 20 plus fréquentes

sont éligibles en ACA (dont 9 des 10 plus fréquentes) soit 85 % des interventions. 44 % sont effectivement réalisées en ACA. Parmi les non éligibles, certaines pourraient se discuter. Dans le monde, les chiffres sont très variables ; DE LATHOUWER a fait une enquête à laquelle de nombreux pays ont répondu (mais pas la France, PARMENTIER répond que c'était à cause de l'inaccessibilité aux bases de données, que la CNAM ne pouvait utiliser pour autre chose que l'expérimentation tarifaire...). Les pourcentages d'ACA par rapport à l'hospitalisation complète sont très variables suivant les pays et les interventions. Néanmoins les Etats-Unis tiennent le haut du pavé, en Europe la Hollande fait bonne figure.

A noter que **dans un même pays il existe des différences d'une région à l'autre, d'un praticien à l'autre. Dans certains pays, certains hôpitaux et/ou praticiens font aussi bien que les meilleurs scores internationaux** (DE LATHOUWER).

Si la tutelle ne veut pas d'endoscopies, il faudrait qu'elle le dise clairement et alors que tout le monde en discute (DE LATHOUWER).

“Forcer” la substitution est un objectif, en encourageant les actes de plus en plus complexes (AOUSTIN).

ANNEXE 5

FORMATION DES 5 ET 6 NOVEMBRE 1998
EN PARTENARIAT AVEC L'AFCA
CHU DE MONTPELLIER

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE
ENJEUX, MISE EN PLACE, ORGANISATION

**Compte-rendu établi par Alain FERRERO, Médecin Inspecteur de Santé Publique stagiaire -
 DDASS du Gard**

INTERVENANTS :

- AOUSTIN M., médecin, échelon national du service médical de l'assurance maladie.
- BAZIN G., anesthésiste réanimateur, fondateur et ancien président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA).
- DEMONT F., ancien président de l'AFCA, médecin DIM, CHU de Tours.
- JACOB Y., chirurgien de la main, clinique Claude Bernard, Metz.
- JOHANET H., chirurgien viscéral, clinique Sainte Marie, Pontoise.
- JOUFFROY L., anesthésiste-réanimateur, Vice-Président de l'AFCA, clinique des Diaconesses, Strasbourg.
- JUGIER N., cadre de santé, service de chirurgie ambulatoire, Centre Hospitalier (CH) de Gonesse.
- LANGLOYS J., anesthésiste-réanimateur, CHU Bicêtre, Paris.
- L'HUILLIER M.C., médecin, CHU Montpellier (groupe de réflexion hôpital public de l'AFCA).
- MANN C., anesthésiste réanimateur, CHU Montpellier.
- PARMENTIER G., Vice-Président de l'AFCA, Directeur de la clinique Sainte-Marie, Pontoise.
- RENOU G., ORL, hôpital de Poissy.
- SALES J.P., Président de l'AFCA, chirurgien viscéral, CHU Bicêtre, Paris.
- VENUTOLO F., anesthésiste réanimateur, chef du service de chirurgie ambulatoire, CH de Gonesse.
- VINCENT J.P., chirurgien ophtalmologiste, clinique du square des Emailleurs, Limoges.

Table ronde AFCA notamment : G. BAZIN, F. DEMONT, J. LANGLOYS, G. PARMENTIER, J.P. SALES.

ACCREDITATION

Il faudrait prouver qu'elle améliore les résultats médicaux, et arriver à une procédure d'accréditation suivant les résultats médicaux.

En Australie, il n'y a plus que 4 critères. Ce sont en fait des indicateurs de dysfonctionnement tels que ceux de JOUFFROY. Un mauvais fonctionnement est générateur de non qualité.

Existe-t-il un organisation des soins ? Est-elle vérifiée ? Est-ce modifié en cas de dysfonctionnement ? (PARMENTIER).

L'accréditation devrait évaluer la performance médicale. En ophtalmologie, programme Américain d'évaluation des résultats de l'intervention de la cataracte (National Eye Outcome Network - NEON) développé après une longue étude multicentrique financée par l'administration Américaine (VINCENT).

ACTIVITE

Environ 30 % d'endoscopies, et 40 % d'actes "lourds", réellement substitutifs.

Endoscopie 34 %, ORL 16 %, un illisible (couleur), cardio-vasculaire 8 %, peau 7 %, stomatologie 5 %, OPH, gynéco-obst 4 %, un illisible, pneumologie 3 %.

Il est clair cependant que l'endoscopie a sa place dans l'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (ACA) (en référence aux quotas).

Pas de délai horaire précis : si une surveillance est justifiée, soit à cause du malade, soit à cause de l'acte, soit à cause de l'anesthésie, le mode ambulatoire n'est pas contesté (pour la tarification). La conférence de consensus s'était beaucoup axé sur l'anesthésie, c'était les trois quarts des actes, les experts ne pensaient pas que la technique évoluerait aussi vite sans anesthésie. Mais pas de transfert des soins externes vers l'ambulatoire (AOUSTIN).

Les ORL justifient la pratique de la paracentèse en ambulatoire par la réglementation, l'exemple Américain qui pousse à effectuer ce geste en salle d'opération, et de la nécessité d'un prélèvement à visée bactériologique (RENOU).

Intéressante expérience de chirurgie de la main en ACA rapportée par Y. JACOB.

Installé en 1983, 20 % d'activité en ambulatoire à l'époque. 90 % en 1995...

19 lits d'ACA, 7 pour la main, seul dans sa spécialité, travaille avec trois anesthésistes.

3637 actes par an. Chirurgie réglée 93%, urgences 7% (inhabituel dans cette spécialité, plutôt 70/30 en général).

Bloc pexique 55 %, avec complément dans 17 % des cas, Anesthésie Générale (AG) 43 %.

Sur 400 patients en ACA, aucune complication ni hospitalisation secondaire.

Age moyen 44 ans, extrêmes 3 mois-78 ans.

Attention à excès de confiance, banalisation de la part de certains patients, au bruit, à l'attente, à la douleur, à l'absence de continuité des soins.

Non moins intéressante expérience de chirurgie viscérale en ambulatoire, rapportée par H. JOHANET. Etait très dubitatif vis-à-vis de l'ACA quand il s'est installé. La structure existant, il a été "curieux de voir ce que ça donnait", a pris confiance petit à petit, en regardant son expérience et celle des autres, car il n'en avait jamais fait lors de sa formation. Au début sélectionnait les patients, leur demandait leur avis sans être bien sûr...

Fait en ACA avec une excellente faisabilité et satisfaction des patients :

- Toute la chirurgie de l'anus.
- 58 % de la chirurgie proctologique, les mêmes qu'en Hospitalisation Complète (HC) : plus de la moitié des hémorroïdes, 2/3 des fistules, 3/4 des fissures, 3/4 des abcès.
- A commencé depuis début 1998 les cholécystectomies sous coelioscopie en routine. Principal frein : nausées et vomissements, bien contrôlés depuis l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les sétrons dans l'indication en post-opératoire, en fait systématiquement avant. Expérience encore limitée à une trentaine de cas ; a dû en garder une hospitalisée. N'en sélectionne pas plus de la moitié pour ce mode.
- Les abcès suivant taille et heure.
- Les implantations de chambre.
- Un peu plus de la moitié des hernies inguinales.

Il se demande maintenant "pourquoi il y en a autant (d'opérés) à l'hôpital".

Plus délicat quand il y a un contexte infectieux ? Au cours de la discussion, un intervenant fait remarquer qu'en cas d'appendicectomie il y a appendicite, et que là pour les cholécystectomies il n'y a pas cholécystite. Pas contredit par JOHANET.

2 ou 3 patients ont appelé la première nuit en 7 ans...

Tour d'horizon de la chirurgie ophtalmologique en ambulatoire par J. P. VINCENT. Pratiquement toute la chirurgie ophtalmologique peut entrer dans le champ ambulatoire. L'HC doit être réservée à l'utilisation de certains anesthésiques, à la nécessité de soins post-opératoires particuliers, à des postures spéciales pour les décollement de rétine, et à l'isolement au domicile. "Si la place existait pour prendre en ambulatoire tous ces patients (liste de grandes indications), il ne resterait pas grand monde dans les unités d'hospitalisation d'ophtalmologie".

AVANTAGES

Préférence des patients pour l'ambulatoire : 100 % (JACOB) ! 80 % dans une revue Anglaise de consommateurs (WHICH, février 1997) (JOHANET).

La création d'une activité ACA dans une structure a un effet dynamisant sur les autres hôpitaux (JACOB).

Gains pour les malades.

Meilleure gestion des personnels.

Forte implication du personnel para médical notamment outre-Atlantique et en Grande Bretagne.

Augmentation de l'offre de l'établissement.

Gains pour les équipes.

Gains pour la collectivité : vise à limiter l'offre de soins en restructurant les établissements ;

sous réserve que :

- La banalisation n'entraîne pas d'augmentation des volumes.

- L'activité soit substitutive et non cumulative.

- Restructuration et complémentarité soient organisées (AOUSTIN).

Peut-être augmentation du recrutement sur certaines pathologies grâce au mode ambulatoire (JOHANET). Peut augmenter l'attractivité d'un établissement (LANGLOYS).

Gain de temps pour une même intervention avec la même équipe chirurgicale grâce à l'organisation. On arrive donc à faire plus à moyens constants, 30 % de gains de productivité si on ne considère que le temps passé, mais qui représente une part importante des dépenses par rapport aux consommables (discussion, VENUTOLO).

CHEFFERIE DE SERVICE

Le chef de service d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire doit être un médecin (UCA) (dans la loi). Ce n'est pourtant pas souhaitable : ils n'ont pas plus la fibre organisationnelle que d'autres. Or l'ACA est avant tout un concept d'organisation, et il ne faut pas faire de bataille de pouvoir. Un administratif pourrait être préférable (table ronde AFCA).

COMORBIDITES ASSOCIEES

Frein à la pratique de l'ACA.

Cependant, pour J. P. VINCENT, c'est l'existence même de ces comorbidités, stabilisées dans leur environnement médical habituel, qui justifie l'ambulatoire et non l'inverse. Il faut en effet tout faire pour éviter une HC.

COMPLEMENTARITE

Comment peut-on légaliser les rapports Public-Privé ? Sujet difficile, non spécifique à l'ACA.

Il n'est pas question que des patients partent dans un autre établissement pour y subir un acte en ambulatoire et reviennent ensuite à l'hôpital : c'est de l'HC (personnel : implique donc absence de prise en charge de l'hébergement pour l'établissement privé ?). De même, si un patient a besoin d'une rééducation après un acte fait en ambulatoire, il est déclaré sortant de l'UCA et admis ensuite dans le centre de rééducation.

Après l'ACA, il ne doit pas y avoir de prise en charge particulière à domicile, telle qu'HAD.

Pas question d'adresser à un établissement après ACA, "il y a assez de lits en France pour hospitaliser".

Le "passage" à l'ACA n'est pas une obligation ; certaines structures, centrées sur les actes lourds, n'en feront pas. C'est pourquoi la complémentarité doit s'organiser, il n'est pas forcément nécessaire d'axer les ambitions au même niveau (AOUSTIN).

CONTRE-INDICATIONS

Age en lui-même, distance, traumatologie ne sont pas des contre-indications.

Le sont : avis de l'anesthésiste, souhait du patient, geste de revascularisation, greffon iliaque, geste sur le membre inférieur, greffon osseux, prothèse (JACOB).

COUTS

Quand l'ACA se fait dans une structure d'HC, on perd complètement les avantages en terme de coût. Le seul avantage est que ça permet de s'y habituer sans créer de nouvelle structure.

DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE

Centres pilotes : Guy FOUCHER à Strasbourg, centre autonome créé en 1981.

Le secteur public a augmenté sa capacité d'ACA de 32 % en 2 ans. Trois quarts des places sont en libéral (JACOB).

7572 places autorisées en France au premier mars 1998 (secteur public 1372 soit 18 %), 6656 installées (secteur public 15 %). 80 % des places dans le Privé, 12 % dans les hôpitaux généraux, 8 % dans les CHU. Dans le secteur public les places sont sous-utilisées et ne fonctionnent qu'à 50 % de leur capacité (LANGLOYS).

AOUSTIN croit beaucoup dans la contractualisation pour faire évoluer les mentalités, surtout dans le public. On ne peut pas faire grand-chose sinon contre les freins culturels, la notion de lits. Il faut que le temps fasse son œuvre... Tout le monde a une responsabilité : la tutelle, qui peut jouer sur les freins relationnels et l'orientation des établissements, les gestionnaires, les directeurs d'établissement.

MC l'HUILLIER a recensé 200 projets à l'hôpital public, ce qui multiplierait par deux le nombre de places dans les 5 à 8 ans. Il existe une volonté claire de faire de l'ACA dans le public (SALES).

Le "passage" à l'ACA n'est pas une obligation ; certaines structures, centrées sur les actes lourds, n'en feront pas. C'est pourquoi la complémentarité doit s'organiser, il n'est pas forcément nécessaire d'axer les ambitions au même niveau (AOUSTIN).

DIFFERENCES ENTRE SECTEURS

Secteur public sous-représenté : (1000 places). Activité hors structure. Attachement aux "lits". Pas d'incitatif. Politique de prestige.

Secteur privé : très représenté (6000 places). Atteinte des quotas dans un certain nombre d'établissement. Possibilité de restructuration.

A noter : pas d'obstacle à l'activité ACA dans le cadre du secteur privé des praticiens à l'hôpital public (AOUSTIN).

DOULEUR POST-OPERATOIRE

Sa maîtrise est très importante. Traitement antalgique systématiquement prescrit, 7,5% des patients le prennent (JACOB).

JOHANET fait remarquer que parfois le patient a plus de chances de bénéficier d'un traitement antalgique en rentrant chez lui avec une ordonnance qu'en restant hospitalisé...

ECONOMIES REALISEES

DE KERVASDOUE a fait une étude économique objectivant 30 % d'économies avec l'ACA (sans autre précision) (JACOB).

FINANCEMENT

28 millions de Francs pour une structure semblant magnifique, à Gonesse. 5 places, en moyenne 7 malades par jour, 3 jours par semaine ; fin des interventions à 13 heures... Magnifique et pourtant les praticiens ne l'utilisent pas, les 5 places sont loin d'être à saturation. Les opérateurs pour venir semblent attendre qu'on ferme leurs lits... Les endoscopies notamment sont faites ailleurs, ils devraient les récupérer (JUGIER, VENUTOLO). Rumeur dans la salle ; Mme AOUSTIN interpellée par un chirurgien du Public considérant que les moyens dont il dispose n'ont rien à voir avec ceux-là. Pour elle, le budget doit venir du redéploiement.

FORMATION

Quand on n'en a pas vu ou pas fait, on n'y croie pas. Or en CHU on a très peu l'occasion de se faire une expérience (JOHANET).

FREINS AU DEVELOPPEMENT

Organisation au bloc opératoire ; le mieux serait des vacations par praticien, sur un bloc commun. Remise dans le pool commun des vacations inoccupées quelques jours avant (6 ou 7). “Logique à laquelle on n’est pas tellement habitué” (SALES).

En pratique, les chirurgiens qui utilisent beaucoup l’ambulatoire travaillent aussi beaucoup ailleurs : on n’arrive pas 6 jours avant à leur faire occuper des plages opératoires (discussion).

Problème des établissements à forte attractivité géographique. Un service de proximité peut substituer ; les possibilités d’extension de l’activité sont beaucoup limitées si le service est lointain. Sauf s’il existe une parfaite confiance dans les correspondants. Cependant difficile, la continuité des soins n’est pas dans la loi... Est-il suffisant d’avoir une structure à proximité capable de traiter le problème urgent ? Personne n’a la réponse.

Le chirurgien doit laisser ses coordonnées, éventuellement personnelles, au patient “il faut savoir ce qu’on veut” (JOHANET). Réticence à l’hôpital. Au moins un médecin concerné par l’opération sinon on n’est pas crédible. Les infirmières semblent très réticentes à gérer ce type de problème, ce qui paraît légitime surtout si on ne connaît pas le patient.

Probablement insuffisance de motivation des administrateurs et praticiens (LANGLOYS).

JURIDIQUE (ASPECT)

Pour JACOB, qui est également expert, tout se fait par écrit. Fait des lettres types au médecin traitant disant que toute l’information écrite a été donnée. Double signature au moment de la sortie.

OBSTACLES AU DEVELOPPEMENT

La moitié des amygdalectomies se fait en ACA dans le privé, et seulement 18% en CHU (C. MANN estime à 30% pour le CHU de Montpellier), pourquoi ? L’état des patients est a priori le même. Le différentiel de points ISA est surtout mis en avant par les ophtalmologistes, guère par les ORL. Crainte d’une complication : la plupart des hémorragies surviennent dans les 6 heures. Surtout absence de motivation, de rigueur.

Interrogatoire des membres du collège Français d’ORL : 88% des répondants (177/427 ?) sont favorables à l’ambulatoire. Inconvénients cités :

- Médico-légal 55%.
- Difficultés d’organisation 54%.
- Problèmes sociaux 52%.
- Taux de change ISA 39% (RENOU).

ORGANISATION

Pas de nécessité d’un bloc spécifique.

Règles de programmation développées par SALES.

Le facteur limitant est le secteur de repos, pas le bloc (SALES).

Le plus souvent, pas de structure spécifique au CHU (LANGLOYS, RENOU).

PMSI

Seul outil permettant l’évaluation de l’activité médicale (SALES).

Exposé intéressant de F. DEMONT, malheureusement pressé par le temps.

Dans les GHM 700, contenant tout ce qui est chirurgie ambulatoire (CA), les 701 à 723 ne sont pas dédiés à un acte, une pathologie, mais correspondent à un appareil (exemple : appareil digestif 706). Il ne reste plus dans ces GHM qu'une activité "fourre-tout" représentant environ 15% de l'activité de CA.

En effet, des GHM dédiés à une pathologie, un acte particulier ont été créés, de 761 à 777 (exemple canal carpien 761). Ils sont les plus représentatifs d'une activité réellement substitutive.

Certains sont cependant à exclure :

- 764 drain trans-tympanique.
- 773 circoncision
- 774 Fécondation In Vitro (FIV).
- 777 Interruption Volontaire de Grossesse.

En effet, ces actes sont "naturellement" substitutifs, ils sont "nés substitutifs". Il faudrait d'ailleurs plutôt parler en terme contractuel de substitution à venir.

Il faut se méfier pour d'autres : par exemple, pour le 772, testicule, s'il s'agit d'une torsion on ne peut pas la prendre en charge en ambulatoire.

POINTS ISA

DEMONT est dubitatif sur la fiabilité totale de l'évaluation des coûts par séjour par les établissements volontaires participant à l'élaboration de l'échelle nationale des coûts, et du fait de leur petit nombre sur la puissance statistique obtenue à partir de GHM peu représentés. Si la méthode comptable ne décrit pas la réalité...

Le différentiel de points ISA en CM 24 est très faible, tout le monde restant moins d'un jour. Donner une journée équivalente à une journée d'HC est un non sens car on évolue vers une consommation technique et non plus hôtelière.

POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT (DE SUSTITUTION)

Pour SALES, on ne peut pas dire que le potentiel de développement de l'ACA est de 60 % de toute la chirurgie, comme dans les autres pays, ni que ce potentiel sera atteint grâce à une liste indicative d'actes.

Une seule étude a permis de comparer entre pays (IAAS, 1995-96) :

Pays Bas 56 %, Canada 70 %, Australie 33 %, Belgique 37 %, USA 87 %, Portugal 10 %, Irlande 35 %, Danemark 41 %, Luxembourg 18 %, NZ 56 %...

France : le plus, canal carpien, 53 % ; cataracte et hernie < 10 %.

Il existe un risque de conduire à des changements de technique : traitement d'une hernie inguinale unilatérale par voie locale : 15 % en ambulatoire ; sous coelioscopie 0,2 %.

En évaluant avec le PMSI :

- CM 24 très inhomogène. Le potentiel de substitution est hors CM 24 vu qu'actuellement fait en HC.
- GHM 761-777 intéressants mais liste limitative.

Que peut-on transformer en ambulatoire ? Les séjours de 2 à 4 jours.

En excluant :

- Les transferts.
- Les urgences.
- Les erreurs de codage.
- Suivant certaines caractéristiques des patients, notamment :
 - Comorbidité, très mal codée.

- Facteurs psycho-sociaux ; il existe quelques codes mais aucun médecin ne les saisit, aucun code pour savoir si le patient a le téléphone (dossier administratif).

La seule solution est donc de faire une expertise sur dossier avec les volets chirurgical, anesthésie-réanimation, infirmier, en tenant compte rétrospectivement d'une adhésion supposée à l'ACA...

Attention aux USA à la notion d'ambulatoire : c'est moins de 24 heures d'hospitalisation. En France c'est dormir le soir à la maison (JOHANET)... Cela peut expliquer des différences.

Pour DEMONT, le potentiel correspond aux GHM chirurgicaux d'HC

- mono-unités,
- de durée de séjour < ou égale à trois jours,
- sans Co-Morbidité Associée (CMA) ou CMA sévère (CMAS)
- dont mode d'entrée = mode de sortie = 8 (domicile).

En leur donnant artificiellement une date d'entrée égale à la date de sortie, on peut calculer un potentiel par GHM d'ambulatoire. On peut faire des contrats par service sur des pathologies ciblées. Il faut alors se méfier du score de performance des établissements ; si celui-ci est élevé (durée de séjour basse en HC), ça dope à mauvais escient le potentiel de substitution. L'établissement moins performant aura beaucoup plus de marge, on risque d'exiger moins de lui. Il faut donc pondérer les exigences de substitution en fonction du score de performance de l'établissement.

QUALITE

“Francisation” des indicateurs australiens, exposé refait par L. JOUFFROY, texte complet dans les documents des journées.

Echec “complet et coûteux” d'un programme d'assurance qualité sur mesure. A adhéré à un programme Américain (VINCENT).

QUOTAS

Posent des problèmes dans le privé pour les établissements dynamiques.

Pas de données pour le public.

Quand ils ont été atteints, on a vu basculer sur l'HC certains actes, les plus lourds, qui ne posaient pas de problème à hospitaliser. Il s'agissait donc d'un transfert inverse à celui souhaité, avec diminution de la technicité de l'ACA. Cela a entraîné des interrogations pour la tutelle. Ils réfléchissent donc avec la DH et l'AFCA pour réaxer l'ACA, réaugmenter la technicité. Il est clair cependant que l'endoscopie a sa place dans l'ACA (en référence aux quotas) (AOUSTIN).

Problème pour JACOB. Les endoscopies occupent la moitié des places dans son établissement. Que faut-il faire pour un tendon extenseur le vendredi soir ? Faut-il refuser les urgences et les réadresser aux polycliniques de l'hôpital ? Il est temps que le Forfait d'Activité Non Programmée (FANP), alternative à l'ambulatoire et à l'hospitalisation, arrive...

REGLEMENTATION

La loi hospitalière de 1970 prévoyait la mise en œuvre d'alternative à l'hospitalisation. Les décrets ne sont jamais sortis pour l'hospitalisation privée...

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a statué sur autorisations, normes et financement, avec une équité Public-Privé.

Les décrets sont sortis “incroyablement rapidement” (en quelques mois).

Le décret du 2 octobre 1992 a prévu les conditions techniques de fonctionnement des structures d'ACA.

L'arrêté du 12 novembre 1992 a donné les modalités de déclaration des structures existantes, notamment ce qui existait dans le privé, aussi pour ce qui existait dans le Public “sans doute”. Cela a entraîné un nombre important de places dans le Privé, beaucoup moins dans le Public.

L'accord tripartite du 12 décembre 1992 a entériné la tarification. La tarification a été calquée sur celle de l'hospitalisation, avec un forfait correspondant au prix de journée (FAS 1, FAS 2), et un financement des frais d'environnement de bloc identique à l'hospitalisation (FSO ou FSE). Facturation en sus des prothèses internes, des appareils d'orthopédie.

Volonté déjà à cette époque de ne pas faire de liste d'actes.

“L'assurance maladie a beaucoup oeuvré pour la reconnaissance de l'ACA dans les textes” (AOUSTIN).

RESPONSABILITE JURIDIQUE ET MEDICALE

Aucune décision spécifique à l'ambulatoire. Sujet repris par G. BAZIN.

SELECTION DES PATIENTS

Il est plutôt question de savoir si un patient justifie d'une hospitalisation que de savoir s'il existe une contre-indication à l'ACA (JOHANET).

SUBSTITUTION

55 % de GHM 700, ça laisse 45 % d'endoscopies... Deux arrêtés à ce sujet, dont un en attente (table ronde AFCA).

L'assurance maladie veut voir se développer en ACA une chirurgie substitutive et qualifiée (de plus grande technicité) : d'où la notion de chirurgie ambulatoire substitutive et qualifiée (AOUSTIN).

SUITES OPERATOIRES

Plusieurs discussions à ce sujet.

Quand un praticien fait 30 km pour venir opérer ? Pour BAZIN, la réponse est dans le réseau.

Mais peut-on se reposer sur une autre structure en cas de complication si le patient part loin ?

Pour JACOB : 58 % des patients font appel au médecin traitant (MT) pour l'ablation des fils, 2 % pour un traitement antalgique complémentaire.

En ophtalmologie, J.P. VINCENT considère qu'il faut toujours associer le MT. Mais ils n'ont normalement pas de complication en post-opératoire type douleur ou hémorragie. Il faut également noter qu'il travaille en Limousin, “la population est dispersée dans un large espace rural, est attachée à la tradition, et fait largement confiance aux généralistes de campagne qui sont beaucoup plus polyvalents et autonomes que les médecins des grands centres urbains”.

Pour le suivi, en ce qui concerne l'état général, c'est le MT ; en ce qui concerne l'œil, c'est le MT s'il est formé, sinon un ophtalmologiste médical, sinon le chirurgien. En fait en cas de complication

c'est le chirurgien qui la gère. Avec plus de 10 ans d'expérience, il ne déplore aucun retard de prise en charge d'une complication, aucune complication liée au mode ambulatoire. Dans son mode d'organisation, le MT passe systématiquement voir le patient (grimace de l'assurance maladie ?). Initialement les MT lui lançaient "faites votre boulot, prenez le patient en charge". A l'usage les MT ont adhéré.

"L'ambulatoire [en ophtalmologie] ne finit pas à la sortie de l'unité ambulatoire, mais avec la guérison, c'est-à-dire parfois [seulement] quelques semaines plus tard".

"En général, les patients n'appellent jamais le MT, ou alors celui-ci les renvoie sur nous" (JOHANET).

TARIFICATION

Point ISA : moins cher en ambulatoire par construction, par "nature" (AOUSTIN).

Gains de productivité.

Globalement la tarification est incitative pour l'ACA, l'assurance maladie n'a pas de reproche de ce côté (AOUSTIN).

Pour le public, la moindre valeur du point ISA en ambulatoire est plus une contre-incitation qu'une sous-valorisation (DEMONT).

Problème de l'ACA en cabinet privé. Les patients paient peut-être le FSO non réglé par l'assurance maladie sous la forme d'un dépassement d'honoraires (VINCENT).

TAUX DE CHANGE

Afin d'encourager le développement de l'ACA par substitution à l'HC, la modulation des taux de change sur la base d'un engagement contractuel pris au regard d'un dispositif d'évaluation national a été prévue. Cette modulation fait intervenir la notion de chirurgie substitutive et qualifiée.

La contractualisation est dans les ordonnances de 1996. Chaque établissement de santé souhaitant bénéficier d'un accompagnement spécifique de son projet de développement de la chirurgie ambulatoire peut demander que l'autorisation qu'il sollicite soit assortie d'un engagement contractuel avec l'ARH, s'il veut améliorer son taux de change. En l'absence d'engagement contractuel, le taux de change reste ce qu'il est dans le droit commun. On ne sait cependant pas aujourd'hui sous quel forme ce texte sortira.

Le dispositif d'évaluation national s'attache à deux aspects :

- Quantitatif : l'analyse utilise comme mesure le taux de GHM 700 dans l'activité ACA. Dans le GHM 700, il existe cependant un certain nombre d'actes qui ne sont pas des actes de chirurgie substitutive et qualifiée ; en revanche, il en existe quelques uns dans les 800. Il sera fait en sorte (toujours au conditionnel) qu'à partir du PMSI on puisse obtenir l'aspect quantitatif.
- Qualitatif : par l'analyse du profil de l'activité chirurgicale de l'établissement (lits et places), au regard du dispositif des actes marqueurs. L'assurance maladie s'est beaucoup interrogée sur ce plan. Il ne faut pas de liste d'actes pour plusieurs raisons :
 - 1°) L'ACA n'est pas suffisamment développée pour que le payeur dise "je ne paierai que sur la base du tarif de l'acte fait en ambulatoire".
 - 2°) L'ACA fait intervenir un acte, une équipe, des motifs sociaux. Le payeur doit pouvoir permettre à certaines personnes d'être hospitalisées. Le professionnel est donc actuellement libre de sa pratique.
 - 3°) Si on fait une liste d'actes exhaustive et exclusive, elle risque d'être trop importante (technique) pour certaines équipes, alors que d'autres feront des actes plus techniques encore que ceux de la liste.

Ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera peut-être plus demain, quand l'expérience sera acquise...

Comment alors connaître la qualification des actes ? Par le PMSI. Des experts (ACA...) ont classé les actes avec un score donnant trois catégories suivant la technicité :

- 1) Actes aisés à faire par les équipes les plus habituelles.
- 2) Actes plus difficiles.
- 3) Actes plus rarement faits en ambulatoire, uniquement actuellement par les équipes les plus entraînées.

On pourrait trouver pour chaque catégorie un certain nombre d'actes marqueurs : une simulation a donné des résultats concluants ; si on fait en ACA les cataractes, alors on fait aussi un certain nombre d'actes apparentés. Idem pour appendicectomie.

Cela permet de dresser le profil des établissements, c'est aussi comme un évaluation. Au conditionnel, ces méthodes pourraient permettre l'évaluation de la technicité et voir évoluer le profil de l'ACA au cours des années. Cette proposition a été faite au Ministère (AOUSTIN).

URGENCES

96% peuvent être traitées en ambulatoire (JACOB, dans sa spécialité).

ANNEXE 6

Equip. Activ.	Lits chir. instal.	Entrées totales	Nb journées réalisées facturées	DMS	CO	ACA		IVG	BLOC		Malades. Ambu.	
Etablis sement						Nb de places	Nb de venues		HC Interv.	K total	Interv.	K total
CH Alès	72	4084	18 560	4,5	72,7	0	0	218	3177	323 959	/	/
CH Bagnols	57	2969	13 824	4,7	68,9	3	439	185	4268	412 666	793	55 085
CHU Nîmes	199	11 261	50 579	4,5	71,4	8	749	253	27 351	1 516 856	18 622	333 131
MSP Alès	85	4593	32 986	6,2	92,5	6	723	131	6311	854 119	2464	246 069
Mistral Alès	53	3134	17 481	4,6	74,2	3	1095	96	2749	378 407	1966	105 770
La Garaud Bagnols	54	3019	17 734	4,9	74,8	3	1095	67	2445	302 759	1096	89 600
Francisc. Nîmes	120	7205	43 521	5,0	83,7	4	1386	0	8533	1 835 163	1400	170 965
MSP Nîmes	46	2244	14 471	5,5	73,7	/	/	447	/	/	/	/
Kennedy Nîmes	89	7076	40 705	4,8	99,2	3	355	170	7472	1 046 833	355	49 477
PGS Nîmes	151	12 300	59 557	3,8	85,8	12	4329	522	12 106	1 593 642	4915	303 676
Valmedica Nîmes	/	/	/	/	/	10	1315	0	/	/	1378	148 214
Saint Luc Villeneuve	25	1106	7050	5,4	66,6	2	540	0	1077	198 645	549	48 650

Statistique SAE 1997

Equip. = équipement

Activ. = activité

Chir. = chirurgie

Instal. = installé

Nb = nombre

DMS = Durée Moyenne de Séjour

CO = Coefficient d'Occupation

ACA = Anesthésie et Chirurgie Ambulatoires

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

HC = Hospitalisation Complète

Interv. = Intervention

Ambu. = ambulatoire

CH = Centre Hospitalier

MSP = Maison de Santé Protestante

Francisc. = Les Franciscaines

PGS = Polyclinique Grand Sud

Tous les noms propres sont des établissements privés.

ANNEXE 7

ANNEXE 8

GUIDE GENERAL D'ENTRETIEN

Brève présentation de l'interlocuteur

Présentation de l'établissement et de son environnement

- Contexte géographique, grande ville proche.
- Bassin de population.
- Offre de soins environnante.
- Autres UCA à proximité, publiques ou privées, sinon à quelle distance (temps).
- Nombre de lits.
- Nombre de places ambulatoires disponibles.
- Conversion récente de lits d'HC en places.
- Entente avec le secteur concurrentiel s'il existe, collaboration avec d'autres établissements, voire possibilité de partage d'activité.
- Autres établissements avec ACA à proximité, public ou privé, sinon à quelle distance (temps).
- Equilibre budgétaire global.

Recrutement

- Part de population recrutée, profil socio-économique notamment si secteur privé concurrentiel avec forte proportion de praticiens en secteur 2.
- Accessibilité géographique et financière.
- Influence d'établissements et/ou de praticiens à proximité pour le recrutement (dans le même bassin de population et à distance). « Fuites » de patients.
- Existence ou non d'un service d'urgences, part de recrutement global de l'établissement, de la chirurgie, par les urgences.
- Proportion relative d'activité ACA par rapport à l'activité locale globale.
- Entente, collaboration avec les médecins généralistes, appréhension par ceux-ci du développement de la chirurgie ambulatoire.

Présentation de l'activité de l'établissement

- Nature des activités pratiquées (médecine, chirurgie, obstétrique).
- Occupation globale de l'établissement.
- Occupation du service de chirurgie en HC et profil évolutif de celle-ci.
- Occupation des places d'ambulatoire et évolution.
 - Taux.
 - Part d'activité par rapport à l'activité totale de l'établissement, de la chirurgie.
- Nature des activités chirurgicales pratiquées, effectifs, niveau de compétence. Spécialistes en faveur de l'ACA, pour quels actes ; chirurgie dite substitutive et sa part.
 - Urologie
 - Orthopédie
 - Vasculaire
 - Chirurgie de paroi
 - Proctologie
 - Gynécologie – sein

- ORL
- Stomatologie
- Ophtalmologie
- Chirurgie plastique
- Biopsies
- Explorations : endoscopies, artériographies, examens sous AG...
- Existence d'un hôpital de jour médical / typologie des patients, différenciation entre les 2 services.
- Part des actes d'exploration dans l'activité globale.
- Estimation du potentiel de substitution restant.
- PMSI et retour de données, notamment provenant d'autres établissements.
- Evaluation de l'activité sur le plan de la qualité et de la sécurité :
 - Stérilisation ;
 - protocoles de contrôle des complications postopératoires dont infections nosocomiales ;
 - hospitalisations le soir : possibilité et nombre (en proportion) ;
 - réhospitalisations en urgence : possibilité et nombre ;
 - satisfaction des patients ;
 - situation de l'ACA dans la lutte contre la douleur. Actes spécifiques éventuellement pratiqués.

Entente avec les partenaires de travail

- Autres praticiens de même spécialité dans le même bassin de population, ambiance concurrentielle éventuelle.
- Praticiens des autres services hospitaliers ou autres libéraux travaillant dans l'établissement.
- Organisation des gardes et astreintes.
- Médecins anesthésistes.
- Médecins généralistes, spécialistes, adressant les patients.
- Entente avec la direction et les services administratifs.

Attitude vis-à-vis du développement de l'ACA

- Force des arguments pour le développement.
- Participation éventuelle à des études. Financement, moyens à mettre à disposition.

Freins éventuels à l'activité du service ambulatoire

- Venant des quotas de places : saturation, accès aux places, créneaux horaires, partage entre spécialités.
- Venant des praticiens :
 - contrats avec les praticiens freinant la conversion lits / places d'ambulatoire. Résistance à la conversion de lits en place ;
 - statut des praticiens travaillant à l'ambulatoire, éventuelle possibilité de fonctionnement en clinique ouverte pour les hôpitaux, ou d'accueil de praticien du public pour les cliniques. Influence du «climat médical local» sur la liberté de choix du lieu de travail pour les praticiens ;
 - éventuelles difficultés de recrutement de praticiens, d'anesthésistes-réanimateurs et leur disponibilité, qualification des chirurgiens ;

- médico-légaux ;
- réticence des patients ;
- manque de normes, de références ;
- contraintes imposées :
 - * horaires, organisation ;
 - * réglementaires, sécuritaires ;
 - * disponibilité ;
 - * organisation des gardes et astreintes.
- Difficultés de fonctionnement ou d'organisation du secteur ambulatoire, actuel et si développement :
 - locaux, emplacement et type de la structure, avantages et inconvénients ;
 - matériel ;
 - mise aux normes ;
 - organisation ;
 - personnel ;
 - praticiens ;
 - budget.
- Freins réglementaires, administratifs, hors quotas de places.
Connaissance de la nature de l'activité souhaitée par la tutelle (endoscopies). Maîtrise et connaissance des règlements, dont possibilité de bloc unique.
- Freins budgétaires, tarification :
 - investissement de départ ;
 - coût d'une journée d'ACA par rapport à celui d'une hospitalisation classique. Montant des forfaits. Globalement adéquation tarification / cahier des charges. Eventuelle comptabilité analytique faite par l'établissement ;
 - influence de la dotation globale sur un éventuel développement de l'activité ambulatoire ;
 - rentabilité de l'ambulatoire pour le Privé.
- Freins sociaux, éventuelle résistance des personnels, des syndicats. Opportunité pour les 35 heures ?

Moyens d'incitation

Au niveau de :

- l'établissement ;
- les praticiens ;
- le personnel ;
- formation (de référents ?) ;
- besoin d'audit externe par une équipe spécialisée ?

Avec les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH)

Fonctions de l'interlocuteur, domaine d'intervention dans l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Priorités définies dans le cadre du SROS 2, (dit de deuxième génération) en particulier chirurgie ou alternatives à l'hospitalisation.

Eventuels thèmes ayant fait l'objet d'une étude plus approfondie ou plus ancienne.

Existence éventuelle d'une réflexion spécifique sur la chirurgie ambulatoire. Dans l'affirmative, ancienneté de la démarche, méthodologie utilisée, nom et coordonnées de la ou des personne(s) responsable(s).

Connaissance ou non du SROS de première génération dans la région, et des thèmes développés.

Entretien avec le fondateur et ancien président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) : Dr Guy BAZIN.

Présentation

- Pourquoi avoir fondé cette association, quels sont ses buts ?
- Y a-t-il d'autres associations ou groupes s'intéressant à la chirurgie ambulatoire ?
- Y a-t-il un correspondant local de l'AFCA, où le joindre ?

Etat actuel du développement de la chirurgie ambulatoire

- Sur quels critères affirme-t-on que la chirurgie ambulatoire est peu développée en France, quelles sont les données disponibles en France ? Sont elles suffisantes ?
- Dans quels autres pays est-elle plus développée ?
- Quelle est l'organisation en France, la répartition entre les secteurs public et privé ?
- Quels sont les actes, les patients concernés ?

Réalité et motifs du sous-développement relatif

- Y a-t-il une marge de développement en France ? Quelle méthodologie employer pour la connaître ?
- Pourquoi n'atteint-on pas en France le niveau de prise en charge sur ce mode atteint par d'autres pays ?
 - Insuffisance du nombre de places ?
 - Textes contraignants ?
 - Répartition géographique des structures ?
 - Répartition entre le Public et le Privé (accès aux soins) ?
 - Réticence des directeurs d'établissement ?
 - Réticence des praticiens ?
 - Réticence des patients ?
 - Insuffisance d'incitation des tutelles (y compris sur le plan financier) ?

Mécanismes incitatifs possibles

- Comment faire pour développer la chirurgie ambulatoire en France ? Comment les autres pays ont-ils fait ?
- Quels peuvent être les indicateurs de développement ?

Faut-il contraindre et comment ?

- Quels seront les liens avec l'évaluation, l'accréditation des établissements ?
- Quels sont les rapports AFCA / ANAES (rapports avec l'évaluation des structures et l'accréditation) ?

Quelles sont les banques de données, la bibliographie disponible ?

Avec Marie-Chantal L'HUILLIER, membre de l'AFCA (CHU de Montpellier)

Même profil de questionnaire, en mettant l'accent sur les particularités régionales.

ANNEXE 9

ENTRETIENS

- « National », par téléphone :
 - Docteur Guy BAZIN, ancien président de l'AFCA.
- Régional hors Languedoc Roussillon :
 - Docteur BRANGER, président du CCLIN ouest, pour les données relatives aux infections nosocomiales survenant dans le cadre de l'ACA.
- Régionaux, en région Languedoc-Roussillon, avec visite sur place : les capacités indiquées entre parenthèses sont les lits de chirurgie d'HC et les places d'ACA.
 - Centre Hospitalier (CH) de Sète (94 lits et 8 places) :
 - * Monsieur POZZO DI BORGO, Directeur.
 - * Docteur AYUSO, chirurgien urologue, chef du service de chirurgie.
 - * Pas de visite de l'UCA (non individualisée).
 - Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nîmes (255 lits et 20 places) :
 - * Monsieur LEFEVRE, Directeur des services actifs, administration hospitalière, CHU de Nîmes, pour les deux sites, 21/07/98.
 - Centre de chirurgie ambulatoire autonome Valmedica à Nîmes (10 places) :
 - * Docteur BRAHIN, chirurgien orthopédiste, créateur du centre.
 - * Docteur REBOUL, médecin anesthésiste du centre.
 - * Visite de l'UCA.
 - Clinique Saint Luc à Villeneuve-les-Avignon (25 lits et 2 places) :
 - * Madame PELISSIER, Directrice.
 - * Pas de visite de l'UCA.
 - Clinique La Garaud à Bagnols-sur-Cèze (54 lits et 3 places) :
 - * Docteur CRET, Président Directeur Général, chirurgien viscéral.
 - * Monsieur AUJOULAS, Directeur.
 - * Visite de l'UCA.
 - CH de Bagnols-sur-Cèze (63 lits et 3 places) :
 - * Monsieur SAUTEL, Directeur.
 - * Docteur PISSAS, chirurgien viscéral, Président de la Conférence Médicale d'Etablissement (CME).
 - * Pas de visite de la structure (non individualisée).
 - CH de Mende (60 lits et aucune place) :
 - * Monsieur LECLERC, Directeur du personnel.
 - * Docteur PHOTHIRATH, chirurgien viscéral / général.
 - * Pas de visite de l'UCA (non individualisée).
 - Clinique du Gévaudan à Marvejols (40 lits et 2 places) :
 - * Madame DEBATTY, surveillante générale.
 - * Visite de l'UCA.
 - Clinique Mistral à Alès (53 lits et 3 places) :
 - * Monsieur POLLET, Directeur.
 - * Docteur BONNAFOUZE, Président Directeur Général, médecin anesthésiste, médecin coordonateur de l'unité de chirurgie ambulatoire.
 - * Visite de l'UCA.

- Clinique Saint Louis à Ganges (45 lits et 2 places) :
 - * Mademoiselle MARTINEZ, Directrice.
 - * Madame ROUANET, surveillante de l'unité de chirurgie ambulatoire.
 - * Visite de l'UCA.
 - Clinique Les Franciscaines à Nîmes (120 lits et 4 places) :
 - * Docteur Isabelle CARILLON, médecin anesthésiste, coordonatrice de l'UCA.
 - * Visite de l'UCA.
 - Clinique Clementville à Montpellier (42 lits et 9 places) :
 - * Docteur BARON, chirurgien plastique, Président de la CME, coordonateur de l'UCA.
 - * Visite de l'UCA.
 - Clinique Beau Soleil à Montpellier (148 lits et 10 places) :
 - * Docteur GIORDAN, chirurgien viscéral, Président de la CME, membre du groupe qualité de l'AFCA.
 - * Visite de l'UCA.
 - Polyclinique du Grand Sud (PGS), à Nîmes (151 lits et 12 places) :
 - * Madame FORESTIER, surveillante de l'UCA.
 - * Visite de l'UCA.
 - Clinique Saint Jean à Montpellier (92 lits et 19 places) :
 - * Madame le Docteur VIDAL, Président Directeur Général.
 - * Madame ROUX, surveillante de l'UCA.
 - * Visite de l'UCA.
 - CH d'Alès (92 lits et 6 places) :
 - * Monsieur FONTERS, Directeur de service central, adjoint de direction.
 - * Madame IHAMOUINE, surveillante de l'UCA.
 - * Visite de l'UCA.
 - Clinique Bonnefon à Alès (85 lits et 6 places) :
 - * Monsieur NOUVEL, Directeur.
 - * Visite de l'UCA avec Madame SEQUIER, surveillante de l'unité.
 - Clinique Kennedy à Nîmes (89 lits et 3 places)
 - * Monsieur JULIEN, Directeur.
 - * Madame LACROIX, responsable administrative.
 - * Visite de l'UCA.
- Régionaux, par téléphone :
- Docteur L'HUILLIER, Médecin Conseiller Technique, CHU de Montpellier (635 lits et 22 places), secrétaire de l'AFCA.
 - Docteur PERUCHO, médecin anesthésiste et coordonateur de l'UCA, CH de Perpignan (144 lits et 24 places).

ANNEXE 10

PMSI

Grands principes

La classification par GHM a été conçue dans une logique économique, dans le but de relier les différents séjours à leur consommation de ressources. Les séjours, qui ont des caractéristiques cliniques proches, et des consommations de type et de niveau statistiquement homogènes sont regroupés dans des catégories médico-économiques, les Catégorie Majeure de Diagnostic (CM ou CMD).

La CM n° 24 est spécifiquement française. Elle ne correspond pas à un appareil contrairement aux autres catégories majeures de diagnostic.

L'homogénéité en terme de ressources des groupes est liée aux durées de séjour. Dans le cadre de la CM 24, il ne s'agit plus d'expliquer la durée de séjour, il s'agit donc de définir les actes, d'où la notion d'acte classant.

Classification d'un séjour en ACA

L'algorithme de classification du Résumé Standardisé de Sortie (RSS) recherche dans l'ordre les critères suivants :

- Si jour de sortie – jour d'entrée = 0, ou si le nombre de séances (radiothérapie, chimiothérapie, dialyse) est supérieur ou égal à 1.
Si tel est le cas, le RSS est directement classé dans la CM 24 : en cas de séances le RSS va directement dans la série 600.
- Puis le diagnostic principal du séjour est testé.
- Et enfin la présence d'un acte dit « classant », c'est-à-dire dont la présence entraîne une classification dans un GHM, ce sont les actes « Y ». Cet acte doit être compatible avec le diagnostic principal.
- Si l'acte classant est « opératoire », le Résumé de Sortie Anonymisé (RSA) va dans un GHM chirurgical, de la série 700.
- La présence d'un acte classant « non opératoire » ne peut avoir un pouvoir discriminant qu'après une première étape de classification à l'intérieur d'une CM, c'est-à-dire qu'il n'intervient qu'après un diagnostic ou un acte opératoire. Le RSS va alors dans la série 800, nouvellement créée, contenant tout ce qui est médical, mais aussi une activité qu'on peut qualifier de « parachirurgicale » (par exemple : toutes les endoscopies, mais aussi coronarographie, lithotritie rénale...).

En HC, les actes sont classés dans les CM 1 à 23 par appareil : CMD 01 = affections du système nerveux, CMD 02 = affections de l'œil etc.

En ACA, le classement dans un GHM a suivi dans un 1^{er} temps le principe des mêmes actes faits en HC. Les actes étaient donc classés : en cas d'affection du système nerveux avec acte opératoire, 701, de l'œil, 702 etc., les GHM 701 à 723 n'étant pas dédiés à un acte, à une pathologie, mais à un appareil. Il ne reste plus désormais dans ces GHM qu'une activité “fourre-tout” représentant environ 15 % de l'activité d'ACA.

En effet, des GHM dédiés à une pathologie, un acte particulier sont apparus en 1997, numérotés de 761 à 777 (exemple : libération du canal carpien en ambulatoire, n° 761), afin de permettre une meilleure approche qualitative de

l'ACA. Ils sont les plus représentatifs d'une activité actuellement réellement substitutive.

ANNEXE 11

Répartition régionale des places au 21 décembre 1998

	Privé	Public	Total
Carcasses (Ouest Audois) :	8,43 %	0 %	5,95 %
Narbonnais (Est Audois) :	5,62	3,85	5,10
Confins Rhodaniens :	2,01	2,88	2,27
Cévennes :	?	?	?
Némausais :	15,26	19,23	16,43
Ganges - Le Vigan :	0,80	0	0,57
Montpelliérans :	24,90	34,62	27,76
Lodévois :	0,80	0	0,57
Pays de Sète (bassin de Thau) :	2,41	8,65	4,25
Biterrois :	17,67	9,62	15,30
Hauts Cantons de l'Hérault :	0,80	0	0,57
Lozère :	0,80	0	0,57
Roussillon :	20,48	21,15	20,68
Cerdagne-Capcir :	?	?	?

ANNEXE 12

BILAN DU SROS 1

Bilan au 1^{er} janvier 1998 en ce qui concerne l'ACA

- Secteur 1 : Aude
 - Préconisation du SROS et de son annexe :
 - 1) Développement de l'ACA dans le secteur public par réduction de lits de chirurgie au CH de Carcassonne.
 - 2) Transformation de lits d'HC en places d'ACA.
 - 3) Regroupement d'établissements ou d'activités.
 - Etat des réalisations :
 - 1) Pas de développement de l'ACA mais réorganisation profonde avec passage de 116 lits autorisés à 84 dont 24 lits d'Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée (HPDD).
 - 2) Transformation de 4 lits en 2 places pour la clinique Montréal, idem pour la clinique Vallée de l'Aude à Quillan, augmentation de 2 places sans fermeture de lits pour la clinique Les Genêts à Narbonne.
A signaler un retrait d'autorisation de 4 places au CH de Narbonne (places non mises en œuvre dans les délais).
 - 3) Néant.
- Secteur 2 : Alès-Bagnol
 - Préconisation du SROS et de son annexe :
 - 1) Regroupement d'établissements ou d'activités ; bassin d'Alès : diminuer le nombre de lits à 240 après regroupement et transformation en places ambulatoires (notamment au CH d'Alès).
 - 2) Transformation de lits d'HC en places d'ACA.
 - Etat des réalisations :
 - 1) Cessation d'activité chirurgicale à la clinique Rochebelle : fermeture de 36 lits.
Augmentation de 5 lits de chirurgie et de 7 places d'ACA au CH d'Alès.
 - 2) Transformation de 4 lits en 2 places à la clinique Bonnefon à Alès.
Soit au total fermeture de 35 lits et ouverture de 13 places.
- Secteur 3 : Nîmes-Ganges-Le Vigan
 - Préconisation du SROS et de son annexe :
Maintien des installations chirurgicales dans les deux bassins d'emploi.
Développer la chirurgie ambulatoire dans le secteur public ; annexe : conversion de lits d'HC en places au CHU de Nîmes.
 - Etat des réalisations
Autorisation de 20 places au CHU de Nîmes.
Transformation de 8 lits en 4 places à la clinique chirurgicale des Franciscaines et de 6 lits en 3 places à la clinique Kennedy, les deux à Nîmes, soit au total transformation de 14 lits en 7 places.
- Secteur 4 : Montpellier-Lodève
 - Préconisation du SROS et de son annexe :
Maintien des installations d'HC sur les sites chirurgicaux actuels.
Développement de l'ACA dans le secteur public avec transformation des lits d'HC insuffisamment occupés.

- Etat des réalisations :
Extension de 3 places d'ACA à la clinique Clémentville (par redéploiement des lits de la clinique Les Glycines), autorisation de 10 places à la clinique Beausoleil (par transformation de 25 lits). Transformation de 30 lits en 5 places à l'Institut Saint Pierre à Palavas.

- Secteur 5 : Béziers-Sète

- Préconisation du SROS et de son annexe :
 - 1) Bassin d'emploi de Béziers : Réduction de lits d'HC après regroupement des établissements privés et transformation en places d'ACA.
 - 2) Bassin d'emploi de Sète : transformations de lits en places.
- Etat des réalisations :
 - 1) Réduction de 24 lits au total sur 4 cliniques avec création de 11 places : la fermeture d'un lit de la clinique Pasteur à Pezenas et d'un lit de la clinique des 3 vallées à Bédarrieux ont permis la création d'une place, transformation de 4 lits en 2 places à la clinique Champeau à Béziers, de 16 lits en 8 places à la clinique mutualiste de Béziers.
Regroupement de la clinique Valette et de la clinique Champeau pour former la polyclinique la Méditerranée.
 - 2) Réduction de 34 lits au CH de Sète.

- Secteur 6 : Lozère

- Préconisation du SROS et de son annexe :
 - 1) Conversion des installations excédentaires, en partie par transformation de lits en places, en partie par une recherche et un développement de complémentarités entre établissements.
 - 2) Transformation de 10 lits en places au CH de Mende.
 - 3) Diminution de lits par une recherche et un développement de complémentarités entre les deux établissements chirurgicaux (CH de Mende et clinique de Marvejols).
- Etat des réalisations :
 - 1) Néant.
 - 2) Néant.
 - 3) « Réflexion engagée ».

- Secteur 7 : Pyrénées orientales

- Préconisation du SROS et de son annexe :
 - 1) Transformation de lits en places dans le secteur public notamment (réduction de 30 lits par transformation en places au CH de Perpignan).
 - 2) Diminution des lits par regroupement d'établissements privés.
- Etat des réalisations :
 - 1) Autorisation de 22 places pour le CH de Perpignan, avec réduction de 32 lits.
Conversion de 29 lits dans les établissements privés en 17 places.
Transformation de 2 lits en 1 place à la clinique les Platanes à Perpignan, de 8 lits en 4 places à la clinique Saint Pierre à Perpignan, de 4 lits en 2 places à la clinique Saint Roch à Cabestany. Reconnaissance de 2 places au centre le Carlit à Perpignan, augmentation d'une place à la clinique Notre Dame d'Espérance à Perpignan.
 - 2) Augmentation de 6 places à la clinique mutualiste la Roussillonnaise à Perpignan par transformation de lits de la clinique Mariotte.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ACA : Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire
 AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
 AG : Anesthésie Générale
 ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
 ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
 CCLIN : Comité de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
 CH : Centre Hospitalier
 CHG : Centre Hospitalier Général
 CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
 CM ou CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic
 CMA : Co Morbidité(s) Associée(s)
 CME : Conférence Médicale d'Etablissement
 CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
 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'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
 CROSS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
 CTIN : Comité Technique national des Infections Nosocomiales
 DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
 DH : Direction des Hôpitaux
 DIM : Département d'Informatique Médicale
 DMS : Durée Moyenne de Séjour
 DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
 ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
 FAS : Forfait ou Frais 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 ou Frais de Salle d'Opération
 GHM : Groupe Homogène de Malades
 HC : Hospitalisation Complète
 HPDD : Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée
 IAAS : International Association for Ambulatory Surgery
 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

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PIB : Produit Intérieur Brut
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier (établissement)
RSA : Résumé de Sortie Anonymisé
RSS : Résumé Standardisé de Sortie
SAE : Statistiques d'Activité des Etablissements
SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation
SIAM : Système Informatique de l'Assurance Maladie
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TO : Taux d'Occupation
UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire
URCAM : Union Régionale des Caisses de Sécurité Sociale
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

REMERCIEMENTS

A Marc BREMOND, pour avoir accepté de lire et critiquer ce travail, et pour ses suggestions.

Aux différents acteurs de soins rencontrés au cours des entretiens, pour avoir accepté de donner de leur temps et de s'exprimer sur le sujet.