



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2002 - 2004

**L'UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE
DU CHU BICETRE : MODELE A SUIVRE
OU EXPERIMENTATION SANS
LENDEMAIN ?**

Guillaume **WASMER**

Remerciements

Je tiens à remercier mon maître de stage et Directeur de l'établissement, M. Alain MANVILLE, qui m'a à la fois donné l'idée de ce mémoire, et confié des missions susceptibles d'approfondir le champ d'étude, et Mme Annie BOURDIL, qui m'a conforté dans le choix du thème étudié.

Je remercie toute l'équipe de direction de Bicêtre pour son soutien et ses conseils et tout particulièrement MM. JANCOURT et DEVREESE, respectivement Directeur des Ressources Humaines et directeur des finances de l'établissement, qui m'ont aidé pour construire les indicateurs de performance de l'unité, ainsi que Mme COSTA pour son témoignage sur la partie « historique ».

Je remercie également toute l'équipe de l'UCA, en particulier le Docteur LANGLOYS pour sa disponibilité et ses nombreuses explications, ainsi que toutes les personnes interviewées pour la réalisation de ce mémoire : M. le Professeur Jacques Domergues, M. Jean-Pierre Richard, M. le Professeur Didier Houssin, M. le Docteur Gilles Bontemps et M. le Professeur Bernard Debré.

Enfin et surtout je remercie vivement mon encadrant mémoire, le Docteur Jean Patrick SALES, président de l'AFCA, pour son soutien, sa disponibilité et la pertinence de ses corrections et de ses conseils, maintes fois renouvelés.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1. L'INTERET DU CONCEPT DE CHIRURGIE AMBULATOIRE, LE PARI DE SA MISE EN ŒUVRE AU CHU DE BICETRE.....	6
1.1 L'intérêt du concept de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et son faible développement en France	7
1.1.1 Un intérêt certain	7
➤ Une alternative à l'hospitalisation.....	7
➤ Un concept centré sur le patient	8
➤ Le choix des actes, le poids des patients	9
➤ La démarche qualité au cœur de la prise en charge en ambulatoire.....	12
➤ Les avantages attendus de la prise en charge ambulatoire.....	17
1.1.2...encore mal compris ?	20
➤ Des disparités nationales et internationales	20
➤ ... qui s'expliquent par une conjonction de facteurs divers	23
1.2 L'application du concept de chirurgie ambulatoire au CHU de Bicêtre : un pari gagné ?	26
1.2.1 Un pari un peu fou	26
➤ La genèse du projet : à l'origine étaient les projets médicaux	26
➤ Analyse critique de ces premiers projets	28
➤ La détermination d'un potentiel fiable	28
➤ Une ouverture au forceps.....	31
1.2.2 ...qui donne raison à ses promoteurs a posteriori.....	34
➤ Les 10 actes les plus pratiqués en 2003	34
➤ Evolution du nombre de patients journalier	35
➤ Répartition des spécialités sur 3 ans	35

2. LES IMPACTS DE LA CREATION DE L'UCA, TROIS ANS APRES.....	38
2.1 Une amélioration de la qualité des soins ?.....	39
2.1.1 Le taux très élevé de satisfaction des patients	39
2.1.2 ... s'explique par la simplification du circuit du patient.....	41
2.1.3 ... et par le respect de normes nationales et de standards internationaux	44
2.2 Une amélioration de l'organisation de l'activité chirurgicale ?.....	46
2.2.1 Les taux très élevés de satisfaction du personnel	46
➤ L'appréciation de la perception par les personnels du service rendu et de l'organisation de l'UCA	46
➤ La mesure de la satisfaction des personnels par rapport aux conditions de travail de l'unité	47
➤ L'appréciation des enjeux par le personnel.....	47
2.2.2 ... s'explique par le développement de nouveaux comportements liés à l'UCA....	47
2.2.3 ... et par la création d'un espace propice au développement de nouvelles expérimentations	48
➤ Un espace de recherche et d'enseignement.....	48
➤ Un espace d'expérimentation pour l'Administration	50
2.3 Une transformation de l'activité ?.....	51
➤ Taux de réalisation et potentiel résiduel	51
➤ Taux de substitution	52
2.4 Une structure performante ?	53
2.4.1 La méthode ABC : un outil de mesure intéressant ... mais encore indisponible ...	53
2.4.2 Un rapport dépenses directes / points ISA produits supérieur à celui des services d'hospitalisation traditionnelle	54
➤ Pourquoi ne pas utiliser l'échelle nationale des coûts ?	54
➤ Une méthodologie spécifique	56
➤ ... pour des résultats significatifs	57
2.4.3 Un rapport personnel/ points ISA plus favorable que dans d'autres unités.....	61
➤ Quelle méthodologie choisir pour comparer des UCA ?.....	61
➤ Comparaisons de quatre unités.....	62
➤ Des résultats favorables à l'UCA de Bicêtre	64

3. L' AVENIR DE L'UCA DE BICETRE... ET DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE.....	66
3.1 Développer l'expérimentation bicestroise?	67
3.1.1 Consolider l'acquis	67
➤ Faciliter « l'adressage » des patients par les médecins de ville	67
➤ Développer l'activité ?	68
➤ Quelques axes d'amélioration possibles	69
3.1.2 Généraliser l'expérience sur l'AP ?	70
➤ Chirurgie ambulatoire et AP HP	70
➤ Une UCA par GHU ?	71
3.2 La chirurgie ambulatoire : plus que jamais un fort potentiel de développement.....	72
3.2.1 L'intérêt pour la chirurgie ambulatoire reste vif chez les décideurs.....	72
3.2.2 ... mais cet intérêt peut désormais s'appuyer sur une enquête de grande ampleur.....	74
➤ la détermination d'un potentiel de substitution.....	74
➤ La création d'une typologie d'établissements.....	75
➤ Freins et leviers	76
➤ Evaluation du coût pour l'assurance maladie d'une prise en charge ambulatoire	77
3.2.3 ...qui permet d'envisager diverses mesures incitatives.....	79
➤ Fin de l'échange lits/ places	79
➤ campagne de communication	79
➤ Le non remboursement de certains actes non pratiqués en ambulatoire	80
CONCLUSION	81
LISTE DES ANNEXES.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	91

Liste des sigles utilisés

Par ordre d'apparition :

CHU : centre hospitalo universitaire

IVG : interruption volontaire de grossesse

IAAS : international association for ambulatory surgery

AFCA : association française de chirurgie ambulatoire

ASA : American society of anesthesiologists

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

UCA : unité de chirurgie ambulatoire

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

IDE : infirmier diplômé d'Etat

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

ETP : équivalent temps plein

DAR : département d'anesthésie réanimation

SFAR : société française d'anesthésie réanimation

OQN : objectif national quantifié

DG : dotation globale

PSPH : participant au service public hospitalier

PMSI : programme médicalisé des systèmes d'information

FAS : forfait d'accueil et de suivi

FSO : forfait de salle d'opération

CMD : catégorie majeure de diagnostic

CRO : compte rendu opératoire

RUM : résumé d'unités médicales

INTRODUCTION

Les premières publications relatives à la chirurgie ambulatoire datent de 1908 et sont l'œuvre d'un chirurgien écossais, le Docteur Nicoll¹.

La chirurgie ambulatoire moderne, au sens où on l'entend aujourd'hui, apparaît à la fin des années 60. Ses premiers développements dans plusieurs hôpitaux nord américains ont pu être interprétés comme une réaction contre la bureaucratie hospitalière et comme un moyen de remédier aux contraintes liées à l'émergence de nouvelles exigences réglementaires et financières².

La chirurgie ambulatoire s'est développée sur des bases communes dans de nombreux pays de l'OCDE, au sein de systèmes de santé radicalement différents.

Elle a constitué une des réponses à des problématiques diversement ressenties selon les pays, mais le plus souvent partagées : nécessité de restructurer l'offre hospitalière dans des périodes d'excédent -ou de pénurie selon les cas- d'offre de soins, modification des pratiques professionnelles liées au développement de nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales, vieillissement de la population et accroissement de la demande, exigence en terme de qualité et sécurité, pression médiatique, allongement des files d'attente et nécessité d'adapter et de transformer l'hôpital. La naissance de la chirurgie ambulatoire moderne coïncide donc avec la montée en puissance des principaux problèmes de santé publique dans les pays de l'OCDE.

Les définitions et les pratiques de la chirurgie ambulatoire varient fortement en fonction des cultures et des normes en vigueur dans les différents pays (alternative ou non à l'hospitalisation complète, avec ou sans nuit d'hospitalisation, durée de moins de 12 heures à moins de trois jours, hôtel médicalisé, ...), **mais le concept organisationnel centré sur le patient est la constante qui caractérise ce mode de prise en charge.**

En France, une conférence de consensus, réunie à l'initiative de la *mutualité française* et de la fondation de *l'Avenir pour la recherche médicale appliquée* définissait la chirurgie ambulatoire comme "un ensemble d'actes chirurgicaux ou d'investigations programmés et réalisés dans des conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie

1 Etude portant sur 8000 enfants publiée par le British Medical Journal en 1908,.

2 PNIR/ Condition de développement de la chirurgie ambulatoire / volet synthèse & mise en perspective/ septembre 2003.

de mode variable et selon des modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même."

Le code de la santé publique précise dans son article 712-2-2-1 que «les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. (...) Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors des consultations ou visites à domicile ».

Ces structures dispensent « sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures » des prestations qui équivalent « par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées en hospitalisation à temps complet ». ³

Par la suite, nous retiendrons ces deux définitions complémentaires, qui permettent de déduire ce que n'est pas la chirurgie ambulatoire :

- **Une invention.** Il s'agit d'une innovation⁴, source de progrès dans les organisations, de réforme des comportements, de professionnalisation des acteurs de santé, d'ordinaire plus tourné vers l'acte que vers l'organisation.
- **Une technique nouvelle.** Même si le progrès technique (techniques moins invasives, maîtrise de la douleur post-interventionnelle) a favorisé le développement de la chirurgie ambulatoire, il est étranger à son origine. Il s'agit avant tout d'un mode de prise en charge.
- **Une chirurgie de cabinet ou des soins externes.** Il s'agit d'une chirurgie substitutive à l'hospitalisation complète.
- **Une chirurgie mineure.** Il s'agit d'une chirurgie qualifiée et une équipe entraînée peut mettre en œuvre des techniques sophistiquées, surtout avec les moyens dont dispose un CHU.

³ décrets 92-1100, 92-1101 et 92-1102 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L712-10 du code de la Santé publique relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation

⁴ Lors des rencontres de l'hôpital du 03 juillet 2003 organisée conjointement par l'AP HP et le magazine *Décision Santé* sur le thème de l'innovation, une table ronde fut organisée sur le thème de l'ambulatoire.

- **Un concept uniquement architectural ou réductible à la seule compétence du praticien**, dans la mesure où les dimensions organisationnelles et de gestion des flux sont intrinsèquement lié à ce mode de prise en charge.

En France, tout particulièrement dans le secteur public, le développement de la chirurgie ambulatoire souffre d'un certain retard par rapport aux autres pays de l'OCDE.

Au CHU de Bicêtre, les premiers projets de création d'une unité dédiée à ce mode de prise en charge datent de la fin des années 1980.

Ce projet a déclenché de multiples résistances, aussi l'unité n'a-t-elle pu ouvrir ses portes qu'au mois de juin 2000. L'unité de chirurgie ambulatoire offre aujourd'hui huit places.

Malgré une taille plutôt modeste par rapport aux centres étrangers et à quelques grands centres français, elle présente plusieurs caractéristiques qui la rendent unique en son genre au sein de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris :

- Il s'agit d'une unité dite satellite, elle est donc géographiquement séparée des services d'hospitalisation classique de l'établissement et du bloc chirurgical commun.
- Elle est pluridisciplinaire : 8 spécialités chirurgicales sont associées, et pour conserver une cohérence chirurgicale, le choix a été fait de continuer à pratiquer les endoscopies au bloc commun.
- Elle accueille aussi bien des adultes que des enfants, contrairement à la plupart des centres existants.

En raison de ces particularités, l'UCA de Bicêtre a toujours été présentée, aussi bien au niveau du Siège de l'AP HP qu'au niveau de l'Hôpital, et aussi bien par les soignants que par la Direction, comme une **expérimentation, susceptible, en cas de réussite, d'être généralisée**. Trois ans après l'ouverture de l'unité, il est donc possible de procéder à une évaluation de la structure, évaluation qui doit être conduite dans plusieurs directions. L'activité produite à l'UCA est-elle conforme aux prévisions initiales ? Quelles ont été les conséquences du développement de la prise en charge ambulatoire sur la qualité des soins prodigués ? L'unité peut-elle être qualifiée de performante ? Quels ont été les impacts de la création de l'unité sur l'organisation médicale de l'hôpital ?

A la lumière de cette évaluation, il conviendra de se poser la question de l'avenir d'unités de ce type : l'UCA de Bicêtre est-elle un modèle à suivre ou une expérimentation sans lendemain ?

La chirurgie ambulatoire est un concept exigeant qui présente un certain nombre d'avantages ; cependant développer une unité satellite dans le cadre particulier du CHU

de Bicêtre et de l'AP HP relevait d'un pari (I). Trois ans son ouverture, la création de l'UCA se traduit par un certain nombre d'impacts, en terme de qualité des soins, en terme économique et en terme d'organisation de l'activité médicale (II). L'évaluation réalisée, mise en relation avec différentes enquêtes menées au plan national, permet d'envisager avec optimisme l'avenir de l'unité et de la chirurgie ambulatoire (III).

1. L'INTERET DU CONCEPT DE CHIRURGIE AMBULATOIRE, LE PARI DE SA MISE EN ŒUVRE AU CHU DE BICETRE

1.1 L'intérêt du concept de chirurgie ambulatoire dans le secteur public et son faible développement en France

La chirurgie ambulatoire est un concept exigeant, qui en centrant l'organisation sur le patient, impose une révolution culturelle à ceux qui la pratiquent et présente des avantages à différents niveaux. La chirurgie ambulatoire pour se développer, doit surmonter un certain nombre de freins, ce que la France semble avoir moins bien réussi que les autres pays de l'OCDE.

1.1.1 Un intérêt certain ...

➤ Une alternative à l'hospitalisation

On peut déduire des deux définitions donnée en introduction un certain nombre de lignes forces liées au concept de chirurgie ambulatoire :

- le séjour du patient est inférieur à 12 heures
- le patient ne fait pas l'objet d'une nuit d'hospitalisation
- la chirurgie ambulatoire est une chirurgie qualifiée et substitutive à l'hospitalisation classique
- la chirurgie ambulatoire est une chirurgie programmée
- aucun acte ne peut être pratiqué en chirurgie ambulatoire s'il est susceptible d'entraîner des complications prévisibles.

La chirurgie ambulatoire est donc à aborder comme un concept complexe et multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelle, administrative, organisationnelle, médicale, soignante, et économique. Ce caractère protéiforme est un des facteurs favorables à l'amélioration de la qualité des soins entraînée par la prise en charge ambulatoire⁵.

Alternative à l'hospitalisation, la chirurgie ambulatoire se caractérise d'abord et avant tout par une organisation spécifique qui marque une rupture avec les services d'hospitalisation classique.

⁵ Cf. infra page 10.

➤ Un concept centré sur le patient

La prise en charge d'un patient pour une durée inférieure à 12 heures suppose une organisation hospitalière différente de celle des services de chirurgie traditionnelle.

La prise en charge traditionnelle est axée autour de la notion de service, aussi le patient doit-il constamment faire face à une succession d'attentes, liées aux problèmes d'articulations entre différents secteurs de l'hôpital (admission, radiologie, brancardage, radiologie, anesthésie, bloc opératoire, etc.).

Pour Gérard PARMENTIER, membre du comité exécutif et trésorier de l'IAAS, "l'expérience prouve qu'en général les services qui se posent la question de pratiquer la chirurgie ambulatoire ont la surprise de constater que la majorité des interventions ne nécessitent pas d'hospitalisation. Ce qui explique l'hospitalisation, ce sont les conditions organisationnelles qui sont les siennes, la gestion du flux au sein de cette équipe et dans ses relations avec son environnement"⁶.

A l'inverse, la chirurgie ambulatoire est avant tout un concept organisationnel centré sur le patient. Toutefois, le fait d'organiser les équipes autour du patient ne relève pas seulement d'une conception humaniste : « Le souci, l'attention, la compassion restent des qualités nécessaires à une bonne prise en charge. Ils se distinguent pourtant de l'organisation. L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation. Ce nouveau mode d'organisation est porteur de bienfaits pour le patient, mais aussi, l'expérience le prouve, pour les professionnels et le système hospitalier »⁷.

La chirurgie ambulatoire se caractérise par une unité de lieu (un site dédié de prise en charge), de temps (prise en charge limitée dans le temps) et d'action (action coordonnée et globale de l'équipe de soins).

En résumé, la création d'une structure ambulatoire suppose en amont une réflexion menée par la direction avec l'ensemble des soignants sur le passage d'une simple distribution des ressources centrées sur l'acte chirurgical à une culture d'organisation centrée sur le patient.

⁶ Bulletin de l'académie nationale de médecine, 12 juin 2001

⁷ Gérard Parmentier, cité dans Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire, Programme inter régimes, synthèse et mise en perspective, le contexte international.

Les avantages induits par ce mode de prise en charge sont immédiatement ressentis par le patient, et très vite ressentis par les hospitaliers, comme le montrent les enquêtes de satisfaction⁸. Mais ces avantages sont conditionnés par les actes pratiqués en ambulatoire et par le caractère rigoureux de la sélection des patients.

➤ Le choix des actes, le poids des patients

La traduction du concept de chirurgie ambulatoire dans la réalité hospitalière repose sur quatre éléments :

- ***Une information adaptée responsabilisant le patient ;***
- ***Une articulation souhaitable entre la Ville et l'Hôpital avec une intégration du généraliste dans l'épisode de soins à la fois en amont de l'intervention (évaluation préopératoire et présélection du patient) et en aval (optimisation du retour à domicile).***
- ***Une équipe pluridisciplinaire associant des compétences chirurgicales, anesthésiques, soignantes, administratives :***

Si l'administration de l'établissement a un rôle très important à jouer dans l'impulsion du projet, les conditions de réussite d'une unité de chirurgie ambulatoire tiennent avant tout à la capacité des communautés médicales et soignantes à s'organiser, à coopérer et à s'engager dans un processus de décloisonnement des services et des spécialités. Nous verrons qu'un des principaux freins au développement de ce type de prise en charge est de nature médicale. La chirurgie ambulatoire permet de redéfinir les relations entre les spécialités chirurgicales, mais surtout entre les chirurgiens et les anesthésistes.

Le patient bénéficie de deux consultations, chirurgicale et anesthésique, et les deux médecins, après s'être assurés de la possibilité d'effectuer l'acte en ambulatoire, programment ensemble l'intervention. Une des spécificités du concept tient à la formalisation de la concertation.

A ce propos, le Docteur JOHANET, praticien à l'hôpital Bichat (AP HP) et à la clinique Sainte Marie de Pontoise, parle d'une "révolution culturelle, qui n'est possible que si des relations de confiance existent entre les différents membres d'une équipe médicale".⁹

⁸ Cf. 2ème partie.

⁹ Propos tenus lors de la conférence sur l'innovation précitée.

- ***La définition d'un couple acte/patient reposant à la fois sur une sélection des patients sur des critères médicaux, psychosociaux et environnementaux et une sélection des actes ;***

- Les critères de sélection du patient :

Il n'existe pas d'âge limite supérieure réglementaire pour la pratique d'une intervention chirurgicale en ambulatoire. A titre d'exemple, au CHU de Bicêtre, l'âge des patients se situe entre 6 mois et 99 ans. Les recommandations des sociétés savantes excluent une prise en charge en ambulatoire sur un nourrisson de moins de six mois. La sélection s'effectue donc avant tout sur des critères médicaux et psychosociaux.

Les critères médicaux répondent à la classification de l'American Society of Anesthesiologists (A.S.A.) qui distingue, en fonction du risque anesthésique, 5 groupes de patients (ASA 1 à 5). Seuls les trois premiers groupes sont pris en charge en ambulatoire :

ASA 1 : patients n'ayant d'autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical,

ASA 2 : patients souffrant d'une perturbation modérée d'une grande fonction vitale,

ASA 3 : patients souffrant d'une perturbation grave d'une grande fonction vitale (stabilisée).

On entend **par critères psychosociaux** l'appréciation du contexte environnemental et psychosocial permettant d'assurer la sécurité et le confort du patient lors de son retour à son domicile. Les critères cités par les recommandations de la SFAR en 1990 sont les suivants :

- La possibilité d'être accompagné à la sortie par une personne qui s'engage à demeurer avec le patient la nuit suivant l'opération,
- L'interdiction de conduire dans les 24 heures qui suivent l'intervention,
- L'accès à un téléphone,
- Un délai inférieur à une heure entre un centre de soins (pas nécessairement celui où a été réalisée l'intervention) et le domicile du patient,
- Des dispositions psychologiques favorables.

- Quels actes réaliser en ambulatoire ?

La détermination des interventions susceptibles d'être pratiquées en ambulatoire doit tenir compte d'un certain nombre de contre-indications. Pour éviter au maximum tout risque de

complication post opératoire, cinq critères sont généralement utilisés pour décider ou non d'une intervention en ambulatoire :

- le risque allergique doit être limité,
- le risque hémorragique doit être minime,
- la durée d'intervention doit être courte (une durée de 90 minutes est souvent considérée comme un maximum),
- le risque thromboembolique doit être faible,
- les paramètres physiologiques vitaux (respiratoire, cardio-vasculaire, neurologique, ...) ne doivent pas être modifiés.

Contrairement à certains autres pays comme les Etats-Unis, il n'existe pas en France de liste limitative des interventions à effectuer en ambulatoire. L'élaboration d'une telle liste pourrait avoir comme double conséquence, d'une part d'entraîner une moins bonne prise en compte des critères sociaux, et d'autre part de risquer de limiter l'innovation thérapeutique, particulièrement dans le cas d'une unité de chirurgie ambulatoire située dans un CHU .

« Une publication d'une liste d'actes réalisables en ambulatoire est illogique et dangereuse. Ce ne sont pas les actes pris isolément qui sont éligibles à l'ambulatoire. A pathologie équivalente, les patients, leurs conditions de vie, les équipes de soins et l'organisation varient. La prise en charge ambulatoire réside en fait dans la capacité qu'a le patient à assumer sa prise en charge à domicile et dans la capacité qu'a l'organisation à optimiser le parcours du patient. Une liste limitative d'actes impose des comportements pervers : développer la chirurgie rapide, obliger à réaliser un acte donné en ambulatoire, interdire pour une équipe performante d'étendre ses indications, favoriser des activités non substitutives » .¹⁰

En conséquence, la seule liste d'actes possible est celle qui est produite par les médecins d'une structure donnée, cette liste étant d'ailleurs souvent évolutive dans le temps. Au final, il semble que **ce ne soit pas l'acte, ni même la chirurgie qui est ambulatoire, mais bien le patient.**

Néanmoins, l'établissement d'une liste limitée mais significative d'actes couramment pratiqués en chirurgie ambulatoire permet un suivi statistique du niveau de qualification et de substitution atteints et une comparaison entre établissements au niveau local, régional,

10 PNIR Condition de développement de la chirurgie ambulatoire / volet synthèse et mise en perspective/ septembre 2003

national et international. Elle pourrait dans le même temps poser les bases de la définition d'une politique incitative avec mesure et évaluation des effets de la chirurgie ambulatoire. La nécessité d'appréhender l'activité de chirurgie ambulatoire a donc justifié la construction d'indicateurs permettant une approche qualitative et quantitative.

Plusieurs instruments de mesure ont ainsi été créés par différents organismes en réponse à des problématiques ciblées :

- Réaliser des Comparaisons internationales ("interventions traceuses", utilisées par l'IAAS)
- Qualifier la chirurgie ambulatoire ("actes marqueurs » construits par l'AFCA)
- Induire une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire (« gestes marqueurs » de l'enquête PNIR).

Tous reposent sur un choix commun -forcément limité mais significatif- d'actes couramment pratiqués en chirurgie ambulatoire. Ces indicateurs ont permis d'établir des comparaisons¹¹.

La détermination des actes susceptibles d'être pratiqués, la sélection des patients, sont des préalables indispensables à une prise en charge ambulatoire. Ces choix s'inscrivent dans des démarches qualité dont la chirurgie ambulatoire est un fort vecteur.

- La démarche qualité au cœur de la prise en charge en ambulatoire

Deux types de raisons expliquent que la chirurgie ambulatoire soit fortement liée aux démarches qualité :

- **D'abord parce que, au delà de ces obligations réglementaires le principe même de la chirurgie ambulatoire impose une obligation de résultats : le patient doit être bien soigné en moins de 12 heures.**

L' « échec » médical est beaucoup plus identifiable en ambulatoire qu'en hospitalisation complète, où le résultat de la prise en charge est différent et apparaît de manière moins évidente.

Cette obligation de résultat spécifique à la chirurgie ambulatoire ne laisse aucune place à l'improvisation et nécessite des processus formalisés à tous les niveaux de la prise en

11 Cf. infra page18

charge, de manière à ce que la survenue d'événements indésirables déclenche une politique d'amélioration continue de la qualité et de gestion du risque.

Pour mettre en place cette politique, des procédures d'évaluation spécifiques ont été mises en place, dans la philosophie promue par l'ANAES¹² :

L'AFCA a créé huit indicateurs spécifiques accompagnés de leur code de défaillance (sur lesquels nous reviendrons en détail pour décrire l'UCA de Bicêtre) qui permettent d'apporter une évaluation médicalisée des résultats et de proposer des actions correctrices.

Cette démarche a été inspirée des travaux de l'association australienne de chirurgie ambulatoire qui a établi et expérimenté quatre indicateurs médicaux applicables spécifiquement aux UCA :

- le nombre d'annulations d'interventions programmées, critère qui reflète la compréhension du système par le patient et la qualité de la sélection,
- le taux de reprise au bloc opératoire, qui traduit le nombre de complications chirurgicales et la qualité de l'acte réalisé par le chirurgien,
- la sortie retardée d'un patient, qui indique la qualité de l'organisation et du management de la structure,
- le taux d'hospitalisations imprévues, révélateur du degré de maîtrise de la pratique ambulatoire d'une équipe, le caractère approprié de la sélection du patient, voire la qualité du choix des actes à réaliser en ambulatoire.

Ce type de démarche qualité, fondée sur une évaluation systématique, est indispensable pour un mode de prise en charge qui fonde sa réussite sur la qualité de son organisation.

- ***Cette politique de qualité est également rendue indispensable par le corpus réglementaire français***, qui impose que les professionnels soient capables de

12 Manuel d'accréditation de l'ANAES, février 1999, "le développement et l'utilisation d'indicateurs spécifiques sont préconisés, de façon à faciliter l'appréciation de l'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé ».

garantir une organisation adéquate de la prise en charge dans des conditions de sécurité optimales.

Toute création de place en ambulatoire est soumise à autorisation des tutelles régionales (DASS, CROS)¹³. Ces autorisations et leur renouvellement sont octroyées pour une durée de cinq ans.

Les établissements hébergeant des unités de ce type s'engagent à la fois :

- sur un volume d'activité ou de dépenses à charge de l'assurance maladie
- sur la mise en place d'une évaluation périodique et la communication de ses résultats.

Le décret 97-1165 du 16 décembre 1997 détermine les modalités de l'évaluation prévue à l'article L712-12-1 du code de la santé :

« L'évaluation doit être conduite par référence à des objectifs et au moyen d'indicateurs précis, formalisés par le demandeur dans le dossier justificatif ».

Les différentes structures d'ambulatoires doivent donc prouver qu'elles répondent à des exigences de sécurité, d'organisation, et qu'elles pratiquent bien une chirurgie substitutive à la chirurgie traditionnelle.

Ces exigences réglementaires sont source d'une certaine précarité, dans la mesure où il n'existe aucun droit automatique au renouvellement et qu'une demande de renouvellement est mise en concurrence avec toutes les autres demandes, mais ce sont justement ces exigences qui favorisent le développement d'une politique d'amélioration continue de la qualité. **Les structures de chirurgie ambulatoire sont donc également soumises à une obligation de résultats en ce qui concerne la qualité des soins prodigués.** « 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 ».

Le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation fixe des règles très strictes quant à l'organisation et au fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire.

13 Article L712-2 de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 : « la carte sanitaire détermine la nature et l'importance des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la populations (...) y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation et notamment celles nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire » .

- *l'individualisation des structures :*

« Les structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique (...). Elles doivent être organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposer en propre de moyens, de locaux et de matériel»¹⁴.

Il est toutefois possible que les salles d'opération et les salles de réveil soient partagées avec les services de chirurgie traditionnelle dans le bloc commun.

Dans ces conditions, on pourrait penser qu'une partie des avantages attendus de la chirurgie ambulatoire s'estompent¹⁵ : (moindre prévalence des maladies nosocomiales, séparation nette des patients, ...).

En réalité, le fait que les structures soient satellisées ou intégrées a au final peu d'importance dès lors que les équipes soignantes et médicales ont démontré leur aptitude à mettre en place l'organisation exigeante et rigoureuse de la chirurgie ambulatoire.

Dans le cas où il y aurait des risques de croisement des différents circuits, des problèmes d'affectation de personnels, etc., bref dans le cas où le développement de la chirurgie ambulatoire se traduit par une désorganisation des équipes, mieux vaut alors traduire le concept de chirurgie ambulatoire sur le plan architectural et créer un bâtiment dédié.

- *les exigences relatives aux locaux :*

Les locaux accueillant des unités de chirurgie ambulatoire doivent répondre à des exigences d'accessibilité (ils doivent assurer la circulation normale d'un patient couché, et accompagné), de signalisation, d'accueil, d'hygiène, d'asepsie.

L'arrêté du 7 janvier 1993 détermine des obligations propres aux unités de chirurgie ambulatoire en instituant la notion de « zone opératoire protégée ». Cette zone a pour fondement de réduire au maximum les risques de nature anesthésique, infectieuse, ou liés aux agents physiques employés, encourus par le patient. Ces zones ou secteurs opératoires protégés doivent être physiquement délimités et signalés.

14 Art 712-30, alinéa 3 du décret précité.

15 Pour les avantages attendus de la chirurgie ambulatoire, cf. infra page 15

Les locaux doivent également permettre le respect de l'intimité et de la dignité du patient. Par ailleurs, les locaux d'accueil et de repos doivent être distincts de l'hospitalisation complète, de même que les circuits empruntés par les patients.

La structure doit naturellement disposer « des moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication médicale éventuelle, et notamment les locaux, le matériel et les médicaments propres à y répondre doivent être disponibles dans les délais nécessaires ».

- *Des exigences liées aux soins:*

Un établissement qui accueille une structure de chirurgie ambulatoire se doit « d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors des horaires d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés (...) ou de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé. »

La réglementation a également fixé le nombre et la qualification de personnels soignants, ce qui n'est traditionnellement pas le cas l'hospitalisation classique. Pour fonctionner une structure doit disposer d'au moins :

- un médecin qualifié (thésé)
- d'un infirmier pour 5 patients présents (et non pour 5 places autorisées)
- d'un médecin anesthésiste réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

L'arrêté précité du 7 janvier 1993 précise également les fonctions qui doivent être obligatoirement assurées dans le secteur opératoire :

- la préparation médicale du patient
- la réalisation des actes
- la surveillance postopératoire
- la surveillance du réveil anesthésique jusqu'au rétablissement définitif des fonctions vitales
- la préparation du personnel à la réalisation des actes opératoires conformément aux règles d'hygiène en vigueur
- la préparation et la distribution des produits, médicaments et matériels nécessaires à la réalisation de ces fonctions.

Pour aller à l'encontre de l'a priori selon lequel la chirurgie ambulatoire serait une prise en charge « au rabais », ses promoteurs dans les établissements, mais également

les pouvoirs publics par le biais d'une réglementation exigeante, ont créé les conditions de démarches qualité très poussées. Aujourd'hui, ce sont les services de chirurgie traditionnelle qui s'inspirent des pratiques réalisées en ambulatoire.

Pour reprendre les termes utilisés lors d'un colloque sur le sujet à l'initiative de l'académie de médecine, la chirurgie ambulatoire est «une des rares innovations médicales qui génèrent qualité et fortes économies de temps et de ressources ».

Les concepts de qualité et de chirurgie ambulatoire sont donc liés, par la nature même de ce mode de prise en charge, et du fait de la réglementation française sur le sujet. On peut parler d'une double obligation de résultats : assurer des soins de qualité, substitutifs à l'hospitalisation classique, et faire sortir le patient en moins de douze heures.

Si les équipes administratives, soignantes et médicales sont prêtes à se plier à ces contraintes, c'est parce que la chirurgie ambulatoire offre un certain nombre d'avantages.

➤ Les avantages attendus de la prise en charge ambulatoire

Les avantages liés à la création d'une unité de chirurgie ambulatoire sont multiples, et concernent aussi bien les gestionnaires que les soignants. On peut les regrouper en trois catégories principales :

- Avantages de type structurel

La création d'une UCA suppose et induit une réorganisation des services de chirurgie traditionnelle, ne serait ce que parce que jusqu'aujourd'hui, l'autorisation d'ouvertures de places en ambulatoire reste conditionnée à une fermeture de lits et une réorganisation de l'activité opératoire.

La transformation de lits d'hospitalisation conventionnelle en place de chirurgie ambulatoire est soumise à un taux de change¹⁶.

L'activité au bloc opératoire se trouve donc soulagée en totalité (bloc séparé) ou en partie (salles dédiées dans le temps et dans l'espace) d'un certain nombre d'actes sélectionnés en amont par les chirurgiens.

¹⁶ Cf infra page 27

Cette mutation dans l'activité se traduit au bloc opératoire central par des interventions plus longues, liés à des pathologies que les chirurgiens ne souhaitent pas ou ne peuvent pas prendre à l'UCA, et/ ou à des patients qui présentent des contre indications psychosociales. Le poids moyen du cas traité s'en trouve par conséquent augmenté, de même que la charge en soins des personnels soignants, d'autant que cette réorganisation, souvent réalisée à moyen constant, impose un redéploiement des effectifs de personnels non médical vers l'unité de chirurgie ambulatoire.

Au delà de la réorganisation des services d'hospitalisation traditionnelle, la mise en place d'une UCA nécessite une organisation particulière.

Au niveau international, trois modèles coexistent :

- **les centres indépendants**, assez fréquents aux Etats-Unis et en Australie. En France, ces centres ont historiquement été créés pour la prise en charge de type de chirurgies très spécialisées (chirurgie de la main, ophtalmologie, et endoscopies). Selon l'IAAS, ce type de structure n'est pas celle qui permet la prise en charge la plus satisfaisante :

« Il est essentiel que les UCA soient intégrées dans des structures comportant des lits d'hospitalisation aiguë, publique ou privée », notamment pour offrir la possibilité de recourir à un plateau technique en cas de complication. Ils ne sont pas compatibles avec l'aspect transdisciplinaire que permet le concept de chirurgie ambulatoire.

Depuis les décrets de 1992 précités, la création de centres indépendants n'est plus autorisée en France.

- **les centres satellites** sont situés dans une enceinte hospitalière avec un bloc opératoire indépendant,

- **les centres intégrés** se trouvent dans une structure hospitalière, avec un bloc commun.

- *Avantages de type médical*

Une enquête réalisée en 1997 par le comité national de lutte contre les infections nosocomiales montrait que le risque de prévalence de ce type de maladie était de 1% dans les UCA satellites et aux alentours de 10% dans les services d'hospitalisation complète.

Par ailleurs, la pratique ambulatoire permet un mieux être psychologique du patient. L'enquête précitée de l'assurance maladie, réalisée à partir de l'étude de 30 000

dossiers, est assez éclairante sur ce point : « En cas de séjour ambulatoire et quel que soit le geste marqueur, les patients déclarent être satisfaits de ce mode de prise en charge dans plus de 90% des cas. Ils déclarent l'accepter à l'avenir dans plus de 88% des cas. La pratique ambulatoire permet de personnaliser la prise en charge, et donc de réduire le stress lié à l'hospitalisation et de dédramatiser l'acte opératoire ».

- *Avantages économique et financier :*

Lors d'un entretien sur le sujet, Jean Pierre RICHARD, secrétaire général de la FHF expliquait que « depuis une vingtaine d'années, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, toutes les activités hospitalières ont du faire des efforts pour accroître leur productivité. La chirurgie reste un des derniers gisements de productivité possible, d'où l'intérêt que suscite la chirurgie ambulatoire et la parution de nombreux actes réglementaires ».

Il est vrai qu'a priori, toutes les spécificités liées à la chirurgie ambulatoire peuvent être perçues comme des éléments de réduction des dépenses par rapport l'hospitalisation classique : réduction des durées de séjour, absence de dépenses d'hébergement, utilisation moindre des ressources, meilleure gestion du bloc opératoire, éventuelle externalisation des coûts, ...

L'échelle nationale des coûts donne quelques indications sur le sujet : ainsi, une opération classique de hernie est facturée 2058 euros et est rémunérée 2458 points ISA pour deux journées d'hospitalisation, contre 700 euros et 582 points ISA en ambulatoire¹⁷. Intuitivement, on peut raisonnablement penser que l'externalisation des coûts n'engendre pas un différentiel de 1358 euros. Néanmoins, on ne peut pas généraliser à partir de cet exemple, d'abord en raison de la construction de l'échelle nationale des coûts¹⁸, mais également parce que selon le volume des actes postopératoires, le type d'interventions, la structure, voire la région où a été pratiquée l'intervention, la chirurgie ambulatoire peut se révéler plus ou moins coûteuse.

Pendant des années, faute d'étude de grande ampleur sur le sujet, les avantages économiques et financiers liés à la chirurgie ambulatoire ont donc été plus supposés intuitivement qu'identifiés formellement.

¹⁷ Informations tirées du site du PMSI <http://www.le-pmsi.org/telechargeables/mco/index.html>

¹⁸ L'échelle nationale des coûts permet d'attribuer des points à partir des calculs faits sur 50 hôpitaux ou services, dont très peu disposent d'une structure d'ambulatoire.

Nous verrons que l'enquête de l'assurance maladie permet désormais d'avancer le caractère certain des économies réalisées¹⁹.

La chirurgie ambulatoire est un donc un concept spécifique et exigeant, qui se traduit pour l'établissement qui le met en place des avantages certains. Mais force est de constater la faible pratique de l'ambulatoire dans le secteur public français.

1.1.2...encore mal compris ?

Malgré la publication de textes réglementaire incitatifs et de nombreux articles sur ce sujet dans la littérature spécialisée, on peut constater un double écart entre la France et les autres pays de l'OCDE, et entre le secteur public et le secteur privé.

➤ Des disparités nationales et internationales ...

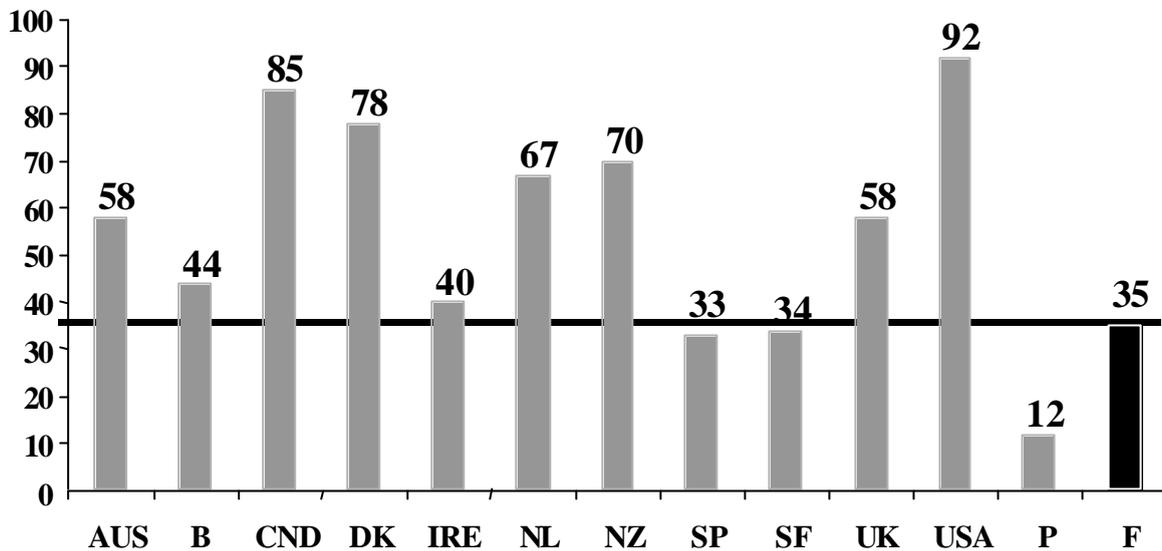
- Le retard français par rapport aux pays de l'OCDE

Historiquement, la chirurgie ambulatoire s'est surtout développée dans les pays anglo-saxons, pour des raisons qui tiennent sans doute, aux Etats- Unis, au fait que l'hébergement est laissé à la charge du patient, et en Grande Bretagne et au Canada, à la volonté de réduire les listes d'attente. Aujourd'hui, diverses enquêtes de l'OCDE estiment que part de l'ambulatoire dans l'ensemble des activités chirurgicales est comprise entre 50 et 60%.

En Grande Bretagne, le ministère de la Santé a récemment fixé un nouvel objectif : chaque secteur sanitaire doit atteindre dans les deux ans un objectif de 65 % de sa chirurgie programmée en chirurgie ambulatoire, le seuil de 60% étant considéré comme d'ores et déjà atteint. Gérard Parmentier, affirme que la Grande Bretagne, si souvent décriée, «devrait être la destination de prédilection de ceux qui veulent se former à l'étranger.(...) En matière de chirurgie ambulatoire, ils ont beaucoup à nous apprendre. Presque tout en fait, à part le confort des installations : manifestement le patient français exige plus de luxe et craint plus la promiscuité que le patient anglais ».

En France, ce qu'on appelle généralement le « virage ambulatoire » s'est amorcé au début des années 1990. Le développement, très disparate en fonction des régions, varie entre 15 et 30%, selon la même étude de l'OCDE. Néanmoins, les comparaisons internationales sont rendues très difficiles par les variations de définition entre les pays :

¹⁹ Cf troisième partie, page 73.



ainsi, aux Etats-Unis, la chirurgie ambulatoire intègre-t-elle les interventions qui comportent une nuit d'hospitalisation.

C'est la raison pour laquelle l'IAAS a construit une méthode permettant de comparer sur des bases communes les pratiques entre les différents pays. Une liste limitée et significative d'actes dont la nature est suffisamment homogène à travers les différents pays (20 interventions traceuses) a été élaborée afin de pouvoir analyser les écarts entre les pays. Les résultats de cette enquête faisaient apparaître la France en 10^{ème} position (35%) sur 13 pays.

- Un secteur privé très majoritaire, un secteur public qui rattrape son retard au plan national

Si le développement de la chirurgie ambulatoire a fortement augmenté suite à la parution d'une législation incitative en 1992, ce développement varie fortement en fonction du secteur d'hospitalisation, de la région, du bassin de population et des actes réalisés.

En 1999, on notait un déséquilibre entre les secteurs public et privé : le secteur sous OQN (objectif quantifié national) disposait de 81% des places d'anesthésie / chirurgie ambulatoire installées et réalisait 87% des interventions chirurgicales en ambulatoire alors

que le secteur sous dotation global (établissements publics et PSPH) comportait 19% des places installées et réalisait 13 % des interventions chirurgicales en ambulatoire²⁰.

Cet écart s'explique par différents facteurs liés aux caractéristiques des deux secteurs d'hospitalisation :

- l'activité chirurgicale globale révèle déjà ce type d'inégalité public/ privé ; les taux d'ambulatoire ne font que refléter, en la renforçant, une inégalité préexistante,
- le secteur privé est culturellement plus réactif et a sans doute plus vite perçu l'intérêt du corpus réglementaire de 1992,
- l'incitation économique est réelle est immédiate dans le secteur privé du fait de la tarification à l'acte, alors que la faible rémunération en points ISA des actes ambulatoires ne pousse pas les gestionnaires d'hôpitaux publics à transformer leurs lits en place,
- le secteur privé a « régularisé » son activité réelle lors de la procédure déclarative de 1993, au contraire du secteur public, qui a continué à pratiquer de l'ambulatoire hors des structures ad hoc.

Si cet écart peut sembler important, il tend plutôt à se résorber. Au début des années 1990, le secteur public accusait un retard nettement plus important.

Les disparités nationales se traduisent également dans la distribution géographique des installations : les régions Ile de France, PACA et Rhône-Alpes concentraient 36% des interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation complète et 42% des interventions réalisées en ambulatoire.

Deux explications peuvent expliquer cet écart intra régional :

- Dans ces régions, le secteur libéral est plus important que dans les autres (héliotropisme)
- La carte sanitaire fige le nombre de lits par région et par établissement à partir d'une situation existante.

²⁰ Source : enquête assurance maladie.

- ... qui s'expliquent par une conjonction de facteurs divers

Ce double retard, de la France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et du secteur public par rapport au secteur privé, s'expliquent par la conjonction de freins de différentes natures :

- **Les freins liés à la politique des tutelles**

Alors même qu'une circulaire du 16 décembre 1997²¹ qualifiait le développement de la chirurgie ambulatoire de « priorité de santé publique », trois éléments ont considérablement freiné son évolution :

- D'abord l'échange lits/ places, fortement désincitatif. Il était à l'origine de 3 à 3,25 lits pour une place, sauf dérogation au titre du décret n°99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places de chirurgie ambulatoire, qui stipule que « la réduction du nombre de lits est fonction de la proportion de séjours dans la structure ambulatoire considérée que le demandeur s'engage à réaliser au titre d'une activité de chirurgie alternative à l'hospitalisation complète ». Le taux, de change, actuellement calculé en fonction d'un indicateur fondé sur le PMSI, varie entre 1, 1,5 ou 2 lits pour une place, pourrait être prochainement abrogé par décret.

Lors d'un entretien sur le sujet, le Professeur Didier HOUSSIN, Directeur des politiques médicales et de la stratégie de l'AP HP, confiait : « L'échange lits/ places, quand on n'y réfléchit rétrospectivement, était complètement idiot. Il n'y avait pas meilleur moyen pour freiner le développement de ce mode de prise en charge ».

- Ensuite la sous dotation en points ISA de la pratique ambulatoire pour les établissements publics, alors que dans le même temps les établissements privés disposaient, outre les honoraires liés à l'acte lui-même, d'une rémunération liée à

²¹ Circulaire DH-EO-AF2/97-790 relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

l'environnement (Fso pour les salles d'opération et Fse pour l'équipement) et d'un forfait d'accueil et de suivi.

- Enfin, les quotas de places ont été un des éléments fortement désincitatif : sur une place de chirurgie ambulatoire, on ne peut pratiquer plus de 365 actes par an, ce qui n'incite pas, ni dans le secteur public ni dans le secteur privé, à produire plus à moyens constants.

- **Les freins liés aux bouleversements organisationnels et culturels**

L'obligation qui a longtemps prévalu de respecter un taux de conversion de lits en place engendre des réticences de la part des personnels hospitaliers et notamment des chefs de service. « Comme l'Hôpital se trouve au centre d'enjeux de pouvoirs considérables, toute réflexion sur l'organisation entraîne donc des résistances au changement en ce qu'elle est porteuse d'une remise en cause de la notion de chefferie de services et d'appropriation de lits²² ». La chirurgie ambulatoire, parce qu'elle suppose une démarche transversale, qu'elle se traduit par une mutualisation de moyens et de personnels, rompt avec la tradition hospitalière de cloisonnement des services et des personnels. Ce changement n'est pas toujours spontanément accepté par les personnels hospitaliers, en particulier par les chirurgiens.

Le professeur Debré, chef du service d'urologie à l'hôpital Cochin Saint Vincent de Paul, avec son style propre, exprime de façon caractéristique les freins liés aux chefs de service : « Il y a deux visions de la chirurgie ambulatoire : une vision médicale et une vision administrative, uniquement fondée sur les gains financiers liés aux postes et aux lits économisés. C'est une aberration. Que viennent faire les administratifs là dedans ? Pourquoi individualiser des structures ? C'est absurde de dire que la qualité des soins prodigués est supérieure en ambulatoire, absurde. C'est une création technocratique, approuvée par quelques médecins qui veulent être chefs de quelque chose. Ce genre de structures n'entraînent que des effets pervers : certains patients qui ne devraient pas être hospitalisés le sont. Moi, je fais des biopsies de la prostate en consultation, et ça me rapporte trois fois moins de points ISA que si je le faisais en hospitalisation. La chirurgie ambulatoire, ça veut dire 10% de malades en plus, qui ne devraient pas être hospitalisés, parce que les administratifs ont voulu mettre leur nez là dedans. Quel est le gain au final ? ».

²² Enquête assurance maladie.

Le Professeur Didier HOUSSIN relativise cependant la portée des obstacles liés aux chefs de service : « Les freins liés aux médecins existent, mais ils sont autant liés au caractère transdisciplinaire des activités qu'à la dimension purement ambulatoire. C'est assez perturbant pour des médecins, habitués à travailler dans des services cloisonnés, de travailler avec d'autres spécialités. (...) Ces résistances peuvent également liées à l'architecture : le caractère pavillonnaire, ou même monolithique de nos bâtiments se prête mal à l'organisation spécifique que demande la chirurgie ambulatoire ».

- **Les freins liés aux patients**

Si les taux de satisfaction des patients qui ont été pris en charge en ambulatoire sont élevés²³, les professionnels hospitaliers constatent des résistances psychologiques liées à l'absence d'accompagnement médical et paramédical en dehors des douze heures passées à l'hôpital.

Lors de leur prise en charge dans les services d'hospitalisation classique, 22 à 58% des patients, selon le geste considéré, ont déclaré qu'ils auraient refusé la prise en charge ambulatoire si on leur avait proposé.

L'hospitalisation complète serait considérée comme un dû pour certaines catégories de patients ; contrepartie logique des cotisations acquittées.

A défaut d'information éclairée, l'ambulatoire peut être perçue comme une prise en charge au rabais.

La chirurgie ambulatoire est donc un concept qui rompt avec les pratiques organisationnelles : entièrement structurée autour du patient, elle soumet les équipes à une double obligation de résultats.

Le développement de ce mode de prise en charge est relativement réduit en France, aussi les premiers projets de création d'une unité pluridisciplinaire adultes/ enfants au CHU de Bicêtre, qui datent de la fin des années 1980, prenaient-ils l'allure d'une gageure.

²³ Moins de 5% des patients opérés en ambulatoire demanderaient à être hospitalisés, si c'était à refaire. Bulletin de l'académie nationale de médecine précité.

1.2 L'application du concept de chirurgie ambulatoire au CHU de Bicêtre : un pari gagné ?

L'idée de créer ce type d'unité sur le site de Bicêtre émane de certains membres de la communauté médicale, en pointe dans ce domaine. Face aux difficultés rencontrées, l'unité n'a pu ouvrir ses portes que suite à l'investissement fort de la direction de l'établissement et à l'arbitrage final du Directeur général de l'AP HP.

Trois ans après, les chiffres bruts de l'activité réalisée à l'UCA donnent raison aux promoteurs de l'unité.

1.2.1 Un pari un peu fou ...

➤ La genèse du projet : à l'origine étaient les projets médicaux ...

L'idée de créer une unité de chirurgie ambulatoire émane de certains médecins de l'établissement, en pointe sur ce domaine. Le premier projet date de 1988, mais une demi douzaine de projets différents seront étudiés. Ces projets reprennent pour partie les concepts développés dans la littérature à propos de la chirurgie ambulatoire, et s'appuient sur la nécessité de pallier des problèmes d'organisation et médicaux constatés alors de manière récurrente dans l'hôpital :

- Simplifier le circuit du patient grâce à une admission immédiate, suppression de l'appel au service de brancardage qui généraient souvent de fortes attentes pour les patients, service hôtelier réduit au minimum, etc.
- Améliorer du confort global du patient, hospitalisé la veille de son opération, et condamné à attendre du fait de la mauvaise coordination entre les différents services de l'hôpital,
- Optimiser l'utilisation du bloc central en recentrant l'activité sur les opérations les plus lourdes et sur les urgences, l'organisation et les conditions de travail au bloc n'étant à ce moment là pas satisfaisantes faute notamment d'un coordinateur reconnu et d'une gestion commune,
- Diminuer les affections iatrogènes et des maladies nosocomiales.

Le projet médical s'appuyait également sur le caractère universitaire de l'hôpital de Bicêtre : créer une unité de chirurgie ambulatoire dans un CHU, c'était permettre de sensibiliser les chirurgiens en formation, non pas à un acte, qui reste le même qu'en hospitalisation complète, mais à toutes les thématiques d'organisation liées à ce mode de prise en charge.

La nécessité de résoudre différents problèmes existants dans l'hôpital (mauvaise coordination et déficit d'organisation entre les services, nécessité de recentrer l'activité du bloc, faire diminuer le nombre de maladies nosocomiales), et les recommandations du SROS de l'époque, qui dans ses développements consacrés à la chirurgie ambulatoire, indiquait que «la chirurgie ambulatoire n'est réalisable que dans un cadre particulier : dans des unités séparées au sein d'un établissement hospitalier, unités devant disposer de locaux propres et d'un accès aux différents éléments du plateau technique. Les unités intégrées au sein d'un service ne répondent pas aux exigences réglementaires²⁴ » ont conduit à la création d'une unité satellite, dans un bâtiment dédié.

Dès les premiers projets médicaux, la structure est conçue comme multidisciplinaire ; chaque réunion sur le sujet réunit donc, en plus des anesthésistes, un chirurgien de chacune des spécialités de l'hôpital (sauf la neurochirurgie dont les actes sont souvent trop lourds pour être pratiqués en ambulatoire).

Une première étude est menée sous trois angles pour évaluer le potentiel ambulatoire de la future structure :

- l'activité de chirurgie ambulatoire actuelle transférable à l'UCA, c'est à dire celle réalisée dans les unités de jour existantes,
- L'activité de chirurgie effectuée actuellement en unité d'hospitalisation traditionnelle, et qui pourrait être transférée vers une activité de type ambulatoire,
- L'activité ex nihilo, c'est-à-dire l'activité générée par l'attractivité de la structure.

Cette évaluation « à la louche » permettait de tabler sur 3680 venues, soit un maximum de 10 places ambulatoires. Les règles d'échange en vigueur en 1996, lorsque fut réalisée cette première évaluation, étaient de 2,25 lits d'ambulatoire pour un lit d'hospitalisation. Si l'« UCA virtuelle » imaginée à ce moment réalisait l'ensemble de ce potentiel, elle nécessitait un maximum de 10 postes d'hospitalisation de jour : 6 existaient déjà dans les

24 P. 120 du SROS Ile de France

services, 2 étaient des postes d'IVG qui n'avaient pas à être gagés, il fallait donc à fermer 5 lits de chirurgie pour créer deux places.

➤ Analyse critique de ces premiers projets :

- Le calcul du potentiel était assez aléatoire : l'activité ex-nihilo était évaluée à 1070 séances supplémentaires, qui auraient été occasionnées du seul fait de la création de l'unité, soit près d'un tiers des 3680 séances prévues. « Ce coup de baguette magique » ne s'est jamais produit.
- L'activité transférable était calculée à partir du nombre de séjours d'hospitalisation de un, deux et trois jours en admission directe et avec une sortie vers le domicile. Or il était loin d'être acquis que l'ensemble des séjours de trois, voire de deux jours pourraient faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire.
- Aucune estimation ne semble avoir été faite du nombre de patients susceptibles de présenter des caractéristiques psychosociales incompatibles avec la chirurgie ambulatoire, alors que l'hôpital est situé dans un bassin de vie qui n'est pas spécialement favorisé.

Ces trois éléments, ajoutés au fait qu'il n'existait aucune autre unité de ce type au sein de l'AP HP, que la chirurgie ambulatoire restait marginale en France en général et dans le secteur public en particulier, et que l'AP HP commençait à rencontrer des difficultés d'ordre financier, permettent de parler de véritable « pari » pour la création de cette unité.

➤ La détermination d'un potentiel fiable :

L'objectif de la détermination d'un potentiel fiable par une méthode originale a sans doute contribué au soutien de la direction à ce projet d'origine médical et à la décision positive du Siège. La méthode, élaborée par le DIM de l'hôpital, consiste à évaluer pour chaque discipline le potentiel de chirurgie transférable et d'y associer une expertise clinique. L'objectif était double : rendre plus scientifiques les premières estimations réalisées et créer un outil susceptible d'associer pleinement les praticiens à la démarche.

Les données du PMSI ont été utilisées pour évaluer, pour chaque discipline, le potentiel de chirurgie transférable de l'hospitalisation traditionnelle vers la prise en charge ambulatoire.

Les spécialités chirurgicales concernées étaient la chirurgie pédiatrique, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'urologie, l'ORL, l'ophtalmologie, et la stomatologie.

- 1^{ère} étape : sélection des séjours éligibles pour l'expertise clinique :

Les résumés d'unités médicales (RUM) correspondant aux séjours d'hospitalisation traditionnelle, soit l'année civile précédant l'ouverture de l'UCA, ont été sélectionnés à partir de critères successifs :

Il s'agissait de retenir des séjours ne se déroulant que dans un seul service concerné, avec un mode d'entrée direct dans le service et un mode de sortie « domicile », contenant au moins un acte chirurgical. La durée de séjour dans le service a été prise en compte selon deux hypothèses : inférieure à deux jours (hypothèse basse) et inférieure à trois jours (hypothèse haute). Pour la pédiatrie, les séjours des enfants de moins de 6 mois ont été exclus. Pour certaines spécialités, les places en hôpital de jour existaient déjà : les venues correspondantes ont été prises en compte, en excluant celles qui n'ayant pas donné lieu à un acte chirurgical.

- 2^{ème} étape : expertise clinique

A partir des informations médicales contenues dans les RUM des séjours ainsi sélectionnés, il a été procédé à une description exhaustive des actes chirurgicaux. Cette description distinguait d'abord les séjours ne comprenant qu'un seul acte, puis ceux associant deux actes, puis trois actes, etc.

La liste des actes ou associations d'actes, avec en regard le nombre de séjours concernés, et le nombre de journées correspondantes pour chacune des hypothèses de durées de séjour définies plus haut, a été présentée à un chirurgien sénior de chacune des spécialités concernées, qui déterminait cliniquement si l'acte ou l'association d'actes était susceptible d'être réalisé en ambulatoire.

Le taux de chirurgie transférable à l'UCA, ou potentiel prévisionnel, pouvait donc être déterminé en calculant pour chacune des hypothèses le rapport entre les séjours d'hospitalisation traditionnelle retenus par le clinicien, et les séjours du service.

Ce taux, différent en fonction des disciplines, variait entre 19% dans l'hypothèse basse et 21% dans l'hypothèse haute. (Cf. annexe 2 pour le détail).

➤ Une ouverture au forceps

Les premières réactions de l'administration de l'hôpital furent très modérées, tant le projet semblait risqué.

Mais du côté administratif, la création d'une unité de chirurgie ambulatoire présentait également des avantages certains, à différents niveaux. Créer cette unité pouvait permettre :

- **De restructurer l'activité médicale et d'optimiser l'activité du bloc**, en le recentrant sur les activités d'urgence et les activités les plus lourdes,
- **D'ancrer l'hôpital dans son bassin de vie** en l'ouvrant vers la ville et le département, via le renforcement des liens entre les praticiens de ville et ceux de l'hôpital,
- **De mobiliser les agents de l'hôpital** autour d'une expérimentation valable pour l'ensemble de l'AP HP.

Entre 1988 et 1996, le projet fut donc mûri entre la communauté médicale et l'équipe de direction. Un consensus émergea sur la nécessité de « densifier » le projet sur le plan architectural, c'est-à-dire d'agrandir l'unité pressentie de telle sorte que l'on puisse intégrer dans le même bâtiment, outre l'unité de chirurgie ambulatoire (salles d'opérations, salle de réveil, boxes des patients, bureaux divers, ...) des salles pour les consultations d'ORL, de stomatologie, d'ophtalmologie et le planning familial, pour des raisons de cohérence médicale (le planning familial à proximité des deux places IVG, décision de ne pas pratiquer les endoscopies dans la structure pour lui conserver son caractère uniquement chirurgical) et de gain d'espace dans les autres bâtiments.

Le Sièg e de l'AP HP montra d'abord une réticence certaine à ces différents projets, en particulier, assez logiquement, la direction des finances. A partir de 1995, l'Institution avait en effet commencé à faire face à des difficultés financières importantes et estimait que l'heure n'était pas aux expérimentations. Il n'apparaissait pas très logique de développer la chirurgie ambulatoire dans le secteur public, et encore moins dans un CHU, dont la mission essentielle était conçue comme la pratique de la chirurgie lourde.

Suite à de nombreuses négociations, les conditions sine qua non exigées pour la mise en place de ce projet étaient qu'il soit « restructurant » et que des garanties soient apportées sur l'activité générée.

Après arbitrage du Directeur Général en 1997, le Siège donna son accord, sous réserve que l'unité fonctionne à moyens constants en personnel et que l'hôpital finance les charges de structure sur son budget propre.

Un groupe technique constitué d'administratifs et de médecins fut constitué et défini les modalités techniques du projet en 6 mois.

13 agents ont donc été affectés de manière permanente à la structure, qui proviennent des services qui travaillent à l'UCA (Cf annexe 1). Le personnel infirmiers d'anesthésie (3 IADE et 3 IDE), et le personnel médical sont affectés de manière tournante à l'UCA, en fonction des souhaits exprimés par le coordinateur et des possibilités du département d'anesthésie.

Si la création de la structure ne s'est pas traduite par des recrutements supplémentaires, le budget d'investissement fut par contre assez lourd : 54 millions de francs au total, dont 40 millions pour les travaux, 12 millions pour l'équipement et 2 millions pour les équipements informatiques.

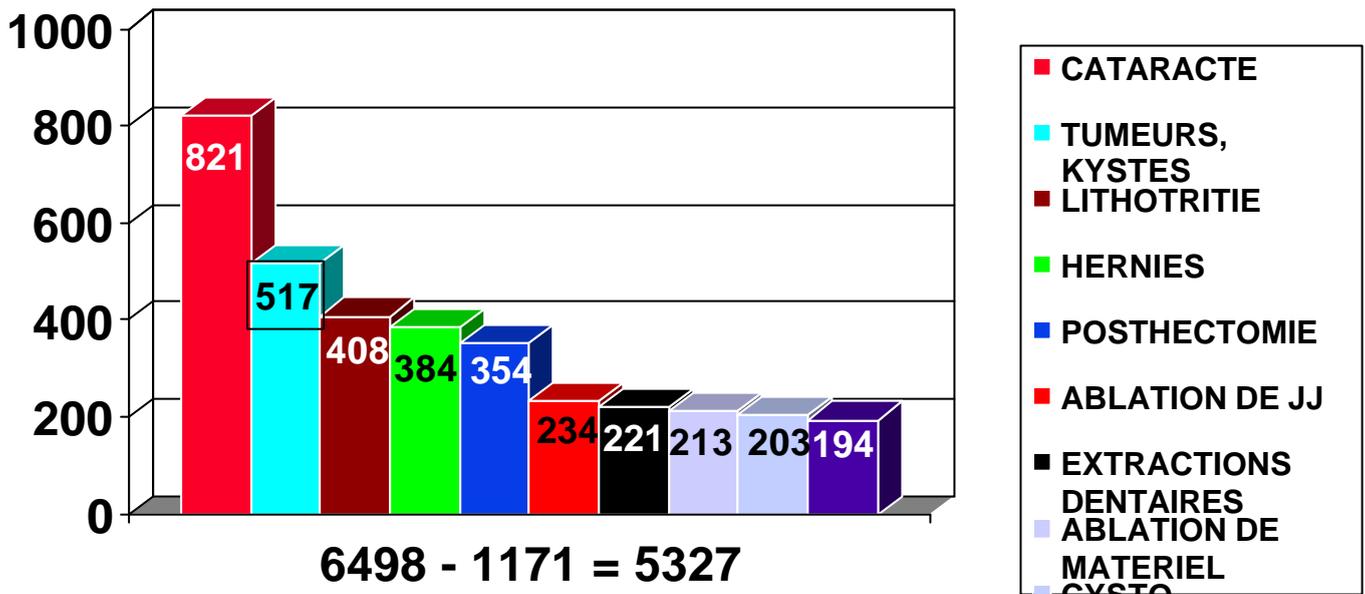
Quant aux charges de structure, c'est-à-dire celles liées directement à l'ouverture d'un nouveau bâtiment (énergie, eau, maintenance, extension de la concession de ménage) elle s'élevaient à 2 millions de francs, que l'établissement s'est engagé, comme convenu avec le Siège de l'AP HP, à financer sur son budget propre.

Malgré l'accord du Siège, qui fut donné au moment où les promoteurs médicaux et administratifs du projet commençaient à se décourager, d'autres réticences –médicales cette fois-ci- se firent jour, et retardèrent l'ouverture de l'unité de plus de 6 mois. Elle fut différée une nouvelle fois par des grèves. Devant la mauvaise foi caractérisée de certains acteurs, le Directeur de l'Etablissement finit par imposer la date de l'ouverture de l'unité, au mois de juin 2000.

L'unité se présente désormais de la façon suivante :

1.2.2 ...qui donne raison à ses promoteurs a posteriori

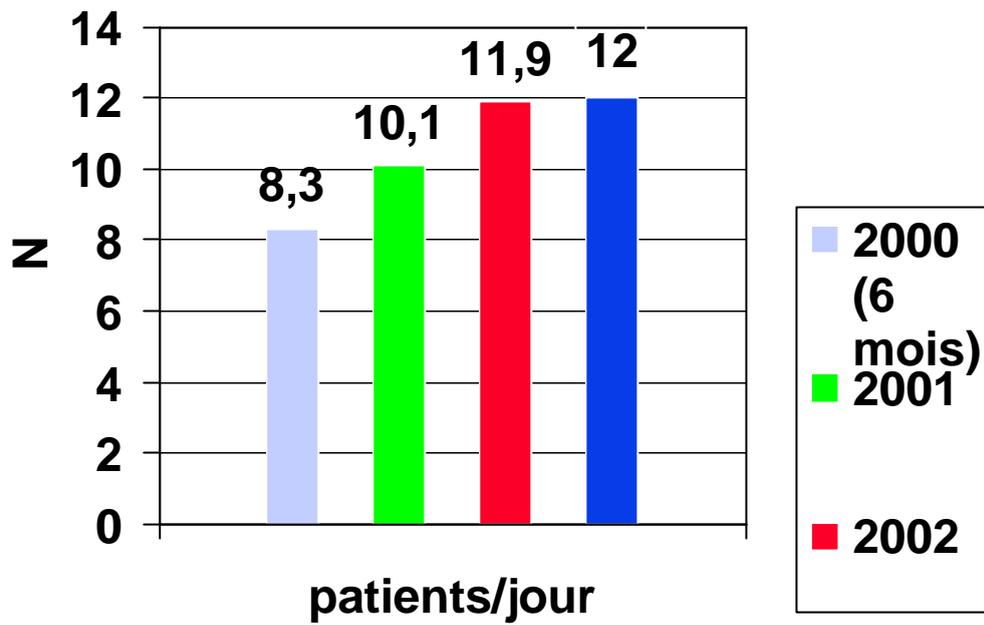
➤ Les 10 actes les plus pratiqués en 2003



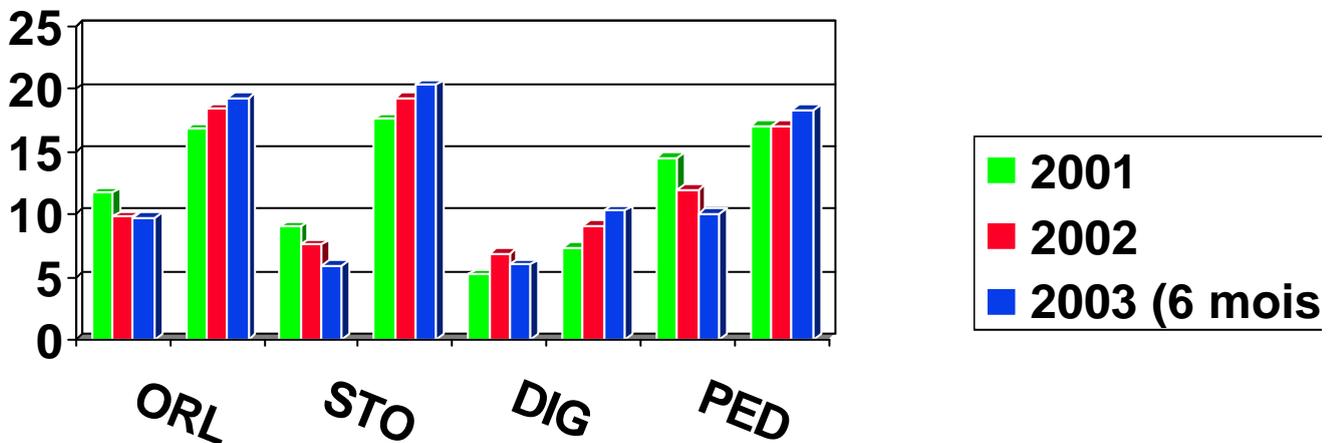
Trois après son ouverture, les résultats justifient a posteriori le pari tenté : de juin 2000 à juin 2003, 6498 patients ont été opérés dans l'unité, dont 23% d'enfants (les âges extrêmes varient entre 6 mois et 99,5 ans).

Ces 10 actes correspondent à 66% du nombre total d'actes pratiqués, hors IVG.

➤ Evolution du nombre de patients journalier



➤ Répartition des spécialités sur 3 ans :



Conclusion :

Le nombre de patients est en augmentation constante, le taux d'activité de la structure a atteint 83%. Chacune des 8 spécialités est représentée, et toutes ont augmenté leur activité ambulatoire depuis l'ouverture de l'unité

Chaque année, l'activité de l'UCA est rapportée aux prévisions initiales pour établir un taux de réalisation. Il s'établit en 2003 à 64% après un an de fonctionnement de l'unité, variant de 49% pour l'ORL à 141% pour la stomatologie (cf. annexe 2).

Le DIM de Bicêtre s'attache également à déterminer le taux de substitution d'un acte : pour un acte donné, le quotient du nombre de fois où l'acte a été réalisé à l'UCA rapporté au nombre total de réalisations de cet acte dans l'établissement, en ambulatoire ou non.

Le taux résiduel, estimé à partir des séjours d'hospitalisation, est au total de 11% avec des taux variant entre 0% pour la stomatologie à 35% pour l'ophtalmologie²⁵.

La capacité de substitution moyenne a été de 38% avec des variations importantes selon les disciplines.

Le résultat en termes de journées a conforté l'analyse stratégique initiale, qui consistait à ne pas demander la création de places d'hôpital de jour supplémentaires, mais à envisager l'ouverture de cette unité à moyens constants, par transfert des places d'hôpital de jour pré-existantes. Ainsi, les 6 places autorisées, qui correspondent à 2190 venues annuelles, devaient pouvoir contenir l'activité prévisionnelle mesurée, puisque celle-ci avait consisté à émettre une hypothèse maximale.

Les résultats sont révélateurs du potentiel d'activité traditionnelle transférable : ils ne préjugent pas du développement ultérieur de ce mode de prise en charge ni de l'attractivité de la structure qui pourraient exister si des décisions du Siège venaient à conforter l'unité au sein de son GHU ou si les relations entre les médecins de ville et les praticiens permettaient un « adressage » de patients plus important.

Le taux de réalisation après un an d'ouverture correspondait aux deux-tiers des prévisions. La montée en charge progressive après ouverture en est une explication. On peut également expliquer cette progression par les nécessaires adaptations dans l'organisation du travail des différentes équipes : chacun des 3 blocs de l'UCA n'est pas dédié à une discipline chirurgicale, mais commun aux huit disciplines représentées ; la distance géographique entre la nouvelle structure et les services d'hospitalisation, plus proches du bloc dit "central", demande une maîtrise du temps plus importante encore pour les chirurgiens.

²⁵ Source : Projet ANAES, rapport intermédiaire.

D'autres éléments peuvent donner des indications sur l'augmentation progressive de l'activité : ainsi les rotations inter-hospitalières du lithotriporteur mobile entre plusieurs hôpitaux, qui devaient être réaménagées, l'ont été dans un délai plus long que celui envisagé lors de la conduite du projet UCA...

La chirurgie ambulatoire apparaît donc comme un concept à part entière, qui en conduisant à définir une organisation spécifique tournée vers le patient, offre de multiples avantages à l'établissement mais insère les équipes dans une culture d'obligation de résultats.

La création d'une UCA à Bicêtre, dans le contexte très particulier de l'AP HP a pu être interprétée comme un pari. Les résultats obtenus, aussi bien en terme d'activité que de réalisation du potentiel, justifient que ce pari ait été tenté.

Après trois ans d'existence de la structure, il est intéressant d'analyser les facteurs de réussite de cette expérimentation et d'analyser les différents impacts de l'UCA sur l'ensemble de l'hôpital.

2. LES IMPACTS DE LA CREATION DE L'UCA, TROIS ANS APRES

Quatre critères complémentaires permettent d'évaluer l'impact de la création de cette unité sur l'établissement, trois ans après son ouverture :

- les changements constatés dans la qualité des soins prodigués
- les modifications l'organisation chirurgicale
- la réalisation du potentiel initialement envisagé
- l'évaluation médico-économique de la structure

2.1 Une amélioration de la qualité des soins ?

2.1.1 Le taux très élevé de satisfaction des patients ...

La satisfaction des patients est une mesure relativement complexe à objectiver dans la mesure où cette notion intègre la culture des patients, la variabilité de leurs attentes, de leurs origines et de leurs habitudes.

L'ANAES écrit à ce sujet que « demander à un patient s'il est satisfait sous entend aussi qu'il possède tous les éléments de comparaison, tous les choix possibles ainsi que leurs standards ».

La satisfaction des patients accueillis à l'UCA fait l'objet d'une attention particulière. C'est un des axes d'étude du DIM de l'Etablissement, retenu par l'ANAES pour son projet de recherche²⁶.

La satisfaction des patients est évaluée, depuis l'entrée du premier patient opéré dans l'unité, grâce à un questionnaire téléphonique standardisé, qu'une secrétaire médicale soumet systématiquement aux patients le lendemain de l'opération.

Ce questionnaire, élaboré par l'association française de chirurgie ambulatoire, et reconnu par l'IAAS, traite essentiellement la partie post opératoire, celle qui suit le retour à domicile.

Les thèmes abordés sont :

- la perception par le patient de sa symptomatologie résiduelle
- l'observance des recommandations et des traitements

²⁶ Cf infra p.47

- le recours à des soins ou des traitements additionnels (médecin traitant, urgences)
- la survenue d'évènements indésirables
- la satisfaction globale

Les seules catégories de patients à ne pas être concernés par ce type d'enquête sont les patientes admises à l'UCA pour interruption volontaire de grossesse, qui ne sont pas interrogées par souci de confidentialité, et les patients opérés en ophtalmologie qui sont systématiquement revus en consultation le lendemain matin par un ophtalmologiste, et ne sont donc pas interrogés par téléphone.

En 2001, sur 1298 patients pris en charge hors ophtalmologie et IVG :

- 85,7 % déclaraient avoir bénéficié d'une analgésie suffisante
- 0,5% étaient retournés aux urgences
- 0,5 % avaient rappelé l'hôpital pour demander conseil
- 0,9 % avaient du appeler leur médecin traitant
- 2,1% avaient souffert d'une complication

Ces résultats sont dans la norme de ce que l'on trouve dans la littérature internationale. Toutefois, cet indicateur n'explore que l'aspect «aval de la venue», et ne peut être considéré comme un indice de satisfaction globale (qualité de l'accueil, attente, organisation de la journée à l'UCA).

D'autres indicateurs permettant de juger de la satisfaction des patients par rapport à leur prise en charge globale, élaboré par le DIM sont en cours de validation par les cliniciens.

Néanmoins, en l'absence de ce type de questionnaire détaillé, on peut mettre en relation deux enquêtes de satisfaction, réalisées avant et après l'ouverture de l'unité :

En 1999, si 52% des 300 personnes interrogées trouvaient les soins excellents et 95 % étaient d'accord pour être opérés dans le même hôpital, 72% se plaignaient de l'organisation et de la qualité des soins, 29% de la lenteur des démarches administratives, et 22 % de l'hôpital en général ; soit des chiffres d'insatisfaction relativement élevés par rapport aux autres hôpitaux du secteur²⁷.

En 2002, les patients donnaient une note globale de 9,2/10 à l'hôpital.

²⁷ Cette enquête avait été réalisé dans un service pratiquant de l'ambulatoire en dehors de structure dédiée.

Ce genre d'enquête ne permet de dégager des vérités scientifiques définitives. Néanmoins, comme elles sont menées sur des échantillons représentatifs (au moins 300 questionnaires à chaque fois), on peut dégager une tendance, et cette tendance indique que la satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie a augmenté depuis l'ouverture de l'UCA.

2.1.2 ... s'explique par la simplification du circuit du patient

Avant l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire, le circuit traditionnel d'un patient qui faisait l'objet d'une hospitalisation de jour s'organisait de la façon suivante :

6h30-7h00 : admission, attente

07h00-07h30 : arrivée dans le service

07h30-08h00 : préparation

8h30-10h30 : attente dans le service

10h30 : descente au bloc opératoire

10h30-11h00 : attente au bloc opératoire

11h00-11h45 : intervention chirurgicale

11h45- 12h00 : passage au réveil

12h00-13h00 : surveillance au réveil

13h00-14h00 : attente au réveil

14h00 : retour dans le service

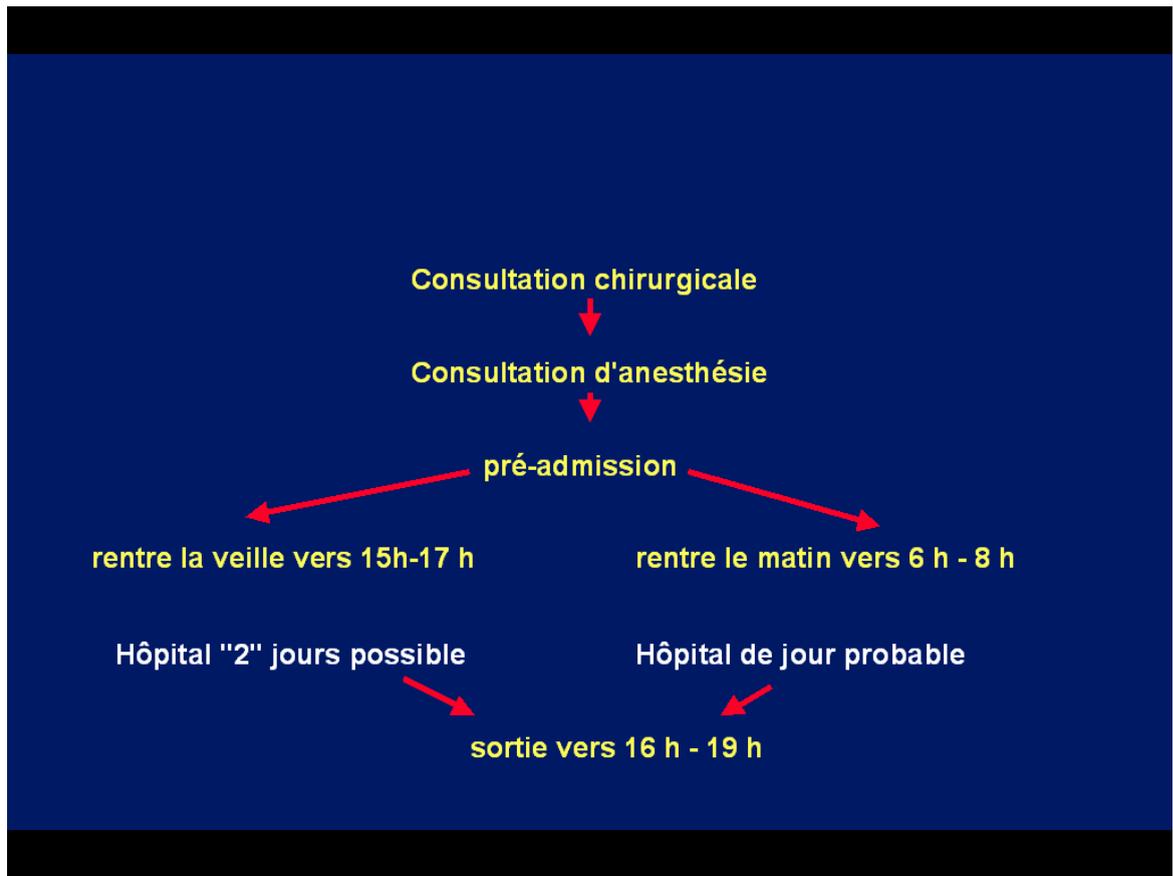
14h00-16h00 : attente dans le service

16h00-17h00 : décision de sortie (anesthésiste + chirurgien)

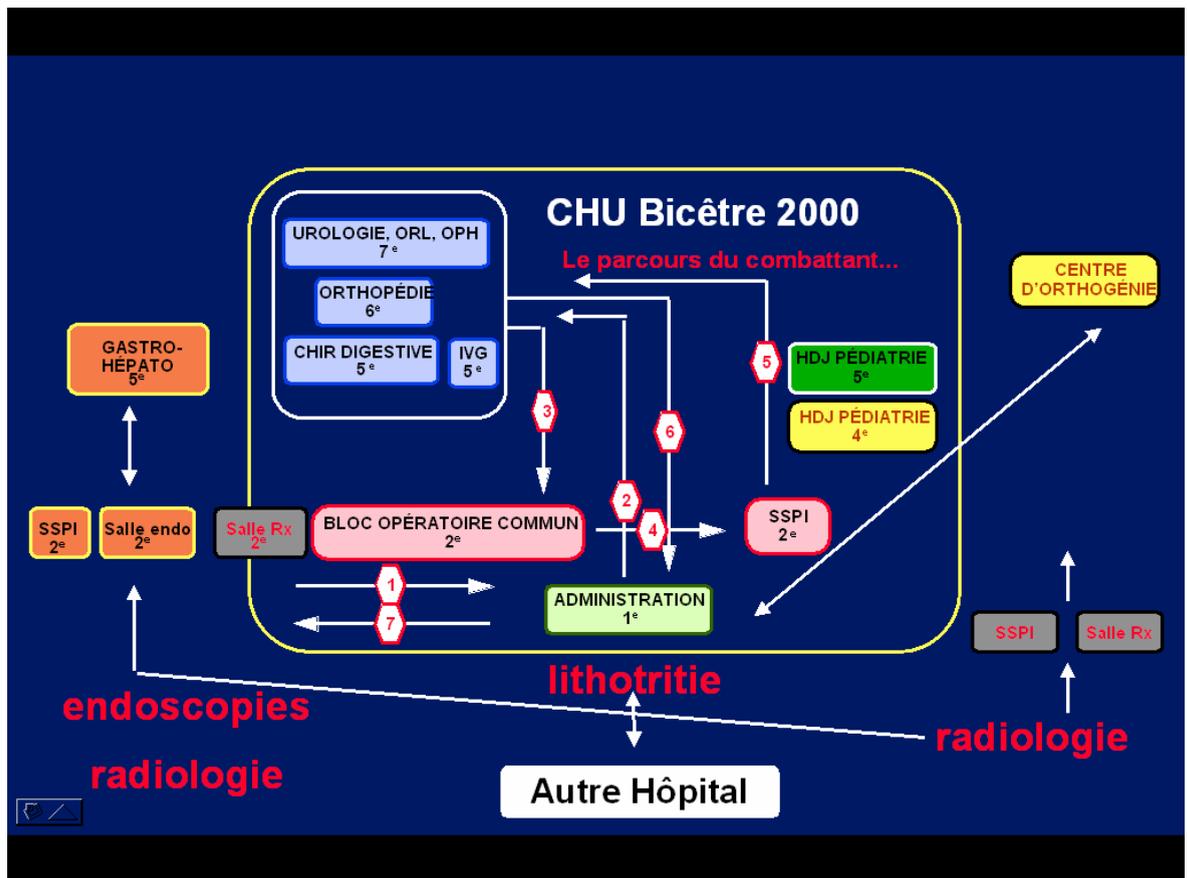
17h00-17h30 : formalité de sortie/ attente

17h30- 18h00 : sortie

Schématiquement, on peut représenter ce circuit de deux façons :



On constate que dans un certain nombre de cas, l'opération se traduit par une nuit d'hospitalisation inutile, et donc par des surcoûts pour l'assurance maladie.

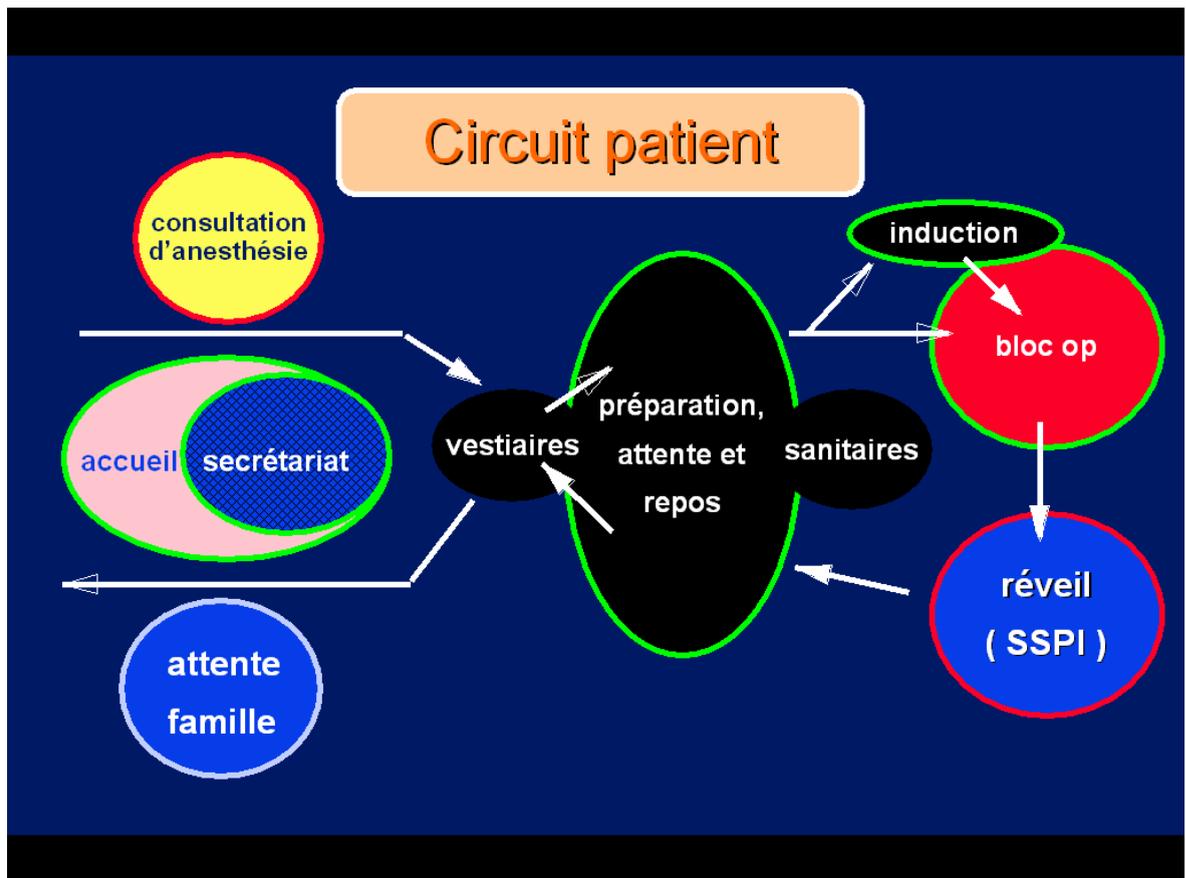


Ce circuit présentait le double inconvénient de nécessiter un certain nombre de déplacements, et parce qu'il faisait intervenir un certain nombre de services différents et pas toujours bien coordonnés les uns avec les autres, de longues attentes.

Depuis l'ouverture de l'unité, le circuit du patient est nettement simplifié puisque tout se passe dans la même unité, au même niveau.

Avec l'ouverture de l'UCA, tous les délais d'attente ont été supprimés ou réduits de manière à ce que le patient puisse sortir le soir de son arrivée.

Le circuit peut désormais être schématisé de la façon suivante :



2.1.3 ... et par le respect de normes nationales et de standards internationaux

- Un strict respect de la réglementation nationale

Trois types d'évaluation de la structure ont été réalisées : une des médecins inspecteurs DRASS, une lors de la visite des experts visiteurs de l'ANAES, et une lors de la présentation de la demande de renouvellement.

Aucune n'a permis d'identifier la moindre entorse aux réglementations.

- Des indicateurs de qualité fondés sur des standards internationaux

Les indicateurs de mesure de la qualité de la prise en charge ont été développés par l'AFCA à partir d'une méthodologie déjà validée par l'Australian Council for Healthcare Standards. La méthode élaborée permet au travers d'un questionnaire, d'évaluer 5 types d'échec d'une prise en charge ambulatoire :

- annulation d'une intervention programmée
- ré-intervention

- admission imprévue en hospitalisation
- sortie retardée
- non continuité des soins

Ces cinq aspects sont mesurés au travers de huit critères, tous assortis de leur code de défaillance.

Le questionnaire fait l'objet d'une saisie régulière depuis la création de l'unité, quotidienne pour les six premiers critères, hebdomadaires pour les deux derniers. Le taux de défaillance peut donc être calculé par période et analysé selon différents points de vue (type d'interventions, spécialités concernées...).

A titre d'exemple, figure en annexe 3 les résultats transmis par le DIM de Bicêtre sur le thème numéro 1 : annulation d'une intervention programmée.

Ce type de résultats, présentés par le coordonnateur en fédération de gestion commune, permet de rappeler les règles de programmation des interventions, le circuit à suivre par le patient, les règles de qualité que doivent respecter les différents opérateurs pour limiter les dysfonctionnements.

Si les résultats le justifient, la fédération réfléchit collégialement à une modification des pratiques.

Les taux très élevés de satisfaction relevés lors de questionnaires formalisés sont donc la résultante - au-delà du simple respect de la réglementation- d'une politique d'amélioration continue de la qualité menée collectivement par l'ensemble des agents qui travaillent au sein de la structure, mesuré et analysé par le DIM et soutenue activement par la Direction de l'établissement.

Ces taux élevés se traduisent par une légitime fierté des agents qui travaillent dans cette unité et les taux de satisfaction, du personnel cette fois ci, qui en résultent.

La mise en place d'une organisation nouvelle a donc des impacts forts, que l'on peut mesurer directement au travers des taux de satisfaction.

2.2 Une amélioration de l'organisation de l'activité chirurgicale ?

2.2.1 Les taux très élevés de satisfaction du personnel ...

Dans le cadre de son projet de recherche ANAES, le DIM de Bicêtre a réalisé une enquête auprès de services très différents de l'établissement, y compris ceux n'étant jamais en lien avec l'UCA sur un échantillon de 692 agents (le taux de réponse est de 58,2%).

Cette enquête réalisée pendant l'été 2001, avait un triple objectif :

- L'appréciation de la perception par les personnels du service rendu et de l'organisation de l'UCA

Les chiffres sont éloquentes : 92% se déclarent satisfaits des services rendus par l'UCA pour les raisons suivantes :

- Le patient attend « moins inutilement » à l'UCA (85% des personnes interrogées),
- sa prise en charge dans un lieu unique était satisfaisante (98%),
- la réalisation en temps réel du compte rendu opératoire est un gage réel d'amélioration de la qualité (95%),
- l'existence d'une équipe fixe à l'UCA renforce la qualité de la prise en charge (94%).

Toutefois, l'enquête a permis de révéler également que seuls 55% de agents interrogés déclarent que le turn-over régulier des infirmiers anesthésistes est satisfaisant pour la prise en charge du patient²⁸.

En dehors de cette réserve, les chiffres relatifs à l'organisation globale de l'unité présentent les mêmes types de résultats: 89% des agents estiment que le fait que l'unité soit « satellite » est une bonne chose, 90% déclarent que l'utilisation par plusieurs disciplines chirurgicales est un gage d'efficacité, 92% estiment avoir gagné du temps depuis qu'elle existe.

²⁸ Ce type d'organisation ne semble toutefois pas modifiable : la réglementation impose que les IADE soient coordonnées par un cadre supérieur d'anesthésie.

Et si quelques dysfonctionnements sont constatés, 70% des agents les attribuent à certains médecins qui ne respectent pas leur programme plutôt qu'à l'organisation globale de l'unité.

- La mesure de la satisfaction des personnels par rapport aux conditions de travail de l'unité

En fonction des catégories, 57 à 84% des agents souhaiteraient travailler à l'UCA avec une prédominance de la représentation des médecins (78%).

- L'appréciation des enjeux par le personnel

98% conseilleraient à un de leur proche de se faire opérer à l'UCA (ou se feraient eux même opérer le cas échéant) , 95% jugent que le fait que l'hôpital dispose d'une unité de ce type accroît son attractivité et 99% qu'il est important que l'hôpital public offre une prise en charge ambulatoire.

2.2.2 ... s'explique par le développement de nouveaux comportements liés à l'UCA...

Comme évoqué dans la première partie, la chirurgie ambulatoire est caractérisée par une unité de lieu (un site dédié de prise en charge), de temps (prise en charge en moins de 12 heures) et d'action (action coordonnée et globale). Ce triptyque implique une rupture avec la pratique traditionnelle de l'hospitalisation, centrée sur les professionnels. Chaque service a développé au fur et à mesure ses propres normes et ses propres habitudes, qui diffèrent fortement. La création d'une unité transversale et transdisciplinaire a pour avantage de rassembler les gens sur un espace unique, autour de pratiques communes et tourné vers un objectif commun : faire sortir un patient bien soigné en 12 heures.

La réussite de la mise en œuvre du concept repose donc sur la capacité démontrée par les communautés médicale et soignante de s'adapter à ce mode de prise en charge en décloisonnant son mode de fonctionnement : les chirurgiens, médecins et infirmiers anesthésistes sont affectés à l'UCA pour des périodes variables.

Pour atteindre cet objectif et optimiser son fonctionnement, l'UCA s'est constituée en fédération de gestion commune avec un coordonnateur élu, le Dr Langlois.

Ce type de structure est en lui même assez novateur, en France en général, et à l'AP HP en particulier où la notion de service, et surtout de chef de service, reste très prégnante. La répartition des plages par spécialité se fait par vacations quotidiennes, décidées au préalable par le conseil de fédération après présentation des taux d'occupation par le coordonnateur. Ce conseil analyse également les résultats de l'activité, les tendances dégagées et essaie de trouver des solutions aux problèmes révélés par les indicateurs mis en place (comment empêcher le comportement de certains patients qui ne se présentent pas à l'unité 3 fois consécutivement ?, comment rendre le dossier d'hospitalisation plus attractif ?)

L'organisation quotidienne est assurée par le coordonnateur de la structure, qui y consacre plus de la moitié de son temps de travail, «au moyen d'arrangements et de bricolages » comme il le dit lui même.

L'évaluation systématique des pratiques, décrite supra, est assez révélatrice des nouveaux comportements générés par l'UCA. Ce sont aujourd'hui les services d'hospitalisation classique tentent de s'inspirer des méthodes d'évaluation développées en ambulatoire.

2.2.3 ... et par la création d'un espace propice au développement de nouvelles expérimentations

- Un espace de recherche et d'enseignement

Les expérimentations médicales sont de deux types : les premières relèvent du caractère universitaire du CHU ; les deuxièmes, déjà largement évoquées, sont liées au projet ANAES mené par le DIM de Bicêtre.

- Si la chirurgie ambulatoire s'est développée fortement dans le secteur privé, c'est parce qu'elle concerne des actes chirurgicaux sinon simples, fréquents, formalisés et sans complication prévisibles. Ce sont donc des actes particulièrement adaptés à des établissements dont le mode de rémunération est lié à l'activité.

Grossièrement, les missions d'un CHU sont d'ordinaire présentées comme :

- de traiter les actes lourds, ce qui est difficilement réalisable en moins de douze heures,
- de former les futurs praticiens (or, la chirurgie ambulatoire est une chirurgie pointue et « séniorisée »),
- de développer la recherche médicale (qui se conçoit difficilement en moins de 12 heures).

C. Mansat et P. Banco ont ainsi pu se poser la question de « l'intérêt de développer la chirurgie ambulatoire dans le secteur public si l'on considère que l'hôpital a d'avantage le rôle de prise en charge des pathologies lourdes et de la formation (...) A vouloir l'imposer à tout prix aux hôpitaux publics, ne risque-t-on pas de s'enliser inexorablement et d'aboutir au mécontentement du patient et à un gouffre financier ? »²⁹.

- Un regard un peu plus fin sur l'activité de l'UCA permet de s'apercevoir que la création de cette unité, loin d'éloigner l'établissement de ses missions, le renforce dans chacune d'entre elles :

- Comme cela a déjà été signalé, le fait de d'opérer 20% des patients à l'UCA a permis de recentrer le bloc commun sur les actes les plus lourds et sur les urgences. L'UCA fonctionne conjointement au bloc commun et non à sa place.

- Tous les internes et chefs de clinique de chirurgie passent à un moment ou à un autre de leur formation par l'UCA. La chirurgie ambulatoire, comme l'explique le Professeur Gagey, « est une chirurgie séniorisée, mais pas une chirurgie pour sénior », et les étudiants en médecine peuvent parfaitement être associés à un acte opératoire. En tous les cas, les étudiants se familiarisent à l'UCA avec une culture organisationnelle plutôt qu'à des actes, qui, encore une fois, sont les mêmes que ceux pratiqués en hospitalisation classique.

²⁹ La chirurgie ambulatoire, C. Mansat et P. Banco, cité dans le mémoire ENSP de Marine Bréhier, promotion 1997-1999 : conception et organisation d'une UCA isolée au sein d'un hôpital de soins de suite.

- le potentiel d'actes susceptibles d'être pratiqués en ambulatoire se développe par rapport à celui qui avait été élaboré initialement, et ce dans toutes les huit disciplines présentes à l'UCA.

Des opérations pratiquées à l'UCA ont fait l'objet de publication (en orthopédie, chirurgie de l'épaule : instabilité à ciel ouvert à partir de 35 opérations et une autre en cours sur la coiffe des rotateurs), d'autres opérations sont pratiquées en ambulatoire à Bicêtre, mais peu en Europe (hernies inguinales, amygdalectomies, ...).

Par ailleurs, l'unité fait l'objet d'un projet de recherche ANAES en cours de rédaction, mené par les Dr Logerot et Frank-Soltysiak, intitulé Performance d'une unité de chirurgie ambulatoire, qui vise à mesurer la performance de l'unité à travers la combinaison de quatre axes d'étude :

- la satisfaction des patients et des intervenants
- la qualité et l'organisation des soins
- l'activité
- l'efficience

➤ Un espace d'expérimentation pour l'Administration

La mise en place de l'unité s'est accompagnée de la mise en place d'outils spécifiques qui étaient indispensables au bon fonctionnement de l'unité. Elle a également pu être utilisée comme un espace spécifique, soit pour mener des expérimentations développées ensuite sur des champs plus larges, soit pour introduire des règles différentes des autres services de l'hôpital.

- L'ouverture de l'UCA a été suivie de la mise en place :
 - d'un système de traçabilité des instruments
 - d'un dossier informatique spécifique pour les patients opérés en ambulatoire
 - d'un circuit de stérilisation central expérimenté dans cette unité

- l'unité a été un lieu d'application privilégié pour les 35 heures : tous les agents affectés de façon permanente à l'unité prennent leurs congés simultanément, au moment des vacances scolaires. L'unité ne fonctionne pas pendant le week-end. Ces règles étaient nécessaires au bon fonctionnement de la structure, et ceci explique pour une part le succès de l'unité dans les enquêtes de satisfaction du personnel.

A ce propos , on peut citer les propos du professeur Gilles Renard ³⁰, chef du service d'ophtalmologie à l'hôtel Dieu de l'AP HP, qui pourraient être appliqués de la même façon à Bicêtre : « le personnel non médical doit changer très sensiblement son mode de travail, avec des avantages et des inconvénients. Presque toujours occupé au bloc, le médecin est absent de l'unité. Les infirmières sont donc entièrement responsables du patient de son entrée à sa sortie. Et cette responsabilité « très augmentée » est sans recours possible, sans oubli possible. Les avantages : tous les samedis dimanches et jours fériés sont libres. D'où une très forte demande pour venir travailler dans ce service, pour des personnes intelligentes, dévouées, dynamiques, motivées, ... et mères de famille. Toutes les infirmières entrées dans le service lors de son ouverture en 1992 sont toujours là. Je n'ai jamais reçu aucune demande de mutation ».

2.3 Une transformation de l'activité?

➤ Taux de réalisation et potentiel résiduel

Après un an de fonctionnement, 64% de l'activité prévisionnelle estimée a été effectivement réalisée, avec des variations importantes selon les disciplines chirurgicales, passant de 49% pour l'ORL à 141% pour la stomatologie ³¹.

³⁰ DH magazine, n°87, janvier février 2003.

³¹ Source : projet ANAES précité, rapport intermédiaire.

DISCIPLINES	Activité réalisée (Nb de venues)	Taux de réalisation 23/15	Potentiel de résiduel	Taux de substitution
Chir. PEDIATRIQUE	277	65,3%	5,2%	61,1%
Chir. VISCERALE	102	70,8%	8,3%	19,2%
ORTHOPEDIE	115	51,3%	3,6%	35,6%
UROLOGIE	303	61,5%	15,5%	29,1%
OPH	316	63,8%	34,5%	51,1%
ORL	210	48,5%	10,9%	47,0%
STOMATOLOGIE	151	141,1%	0,0%	100%
TOTAL	1474	63,5%	11,2%	37,5%

Le potentiel dit résiduel, estimé à partir des séjours d'hospitalisation, sur la même période, et selon la même méthodologie, est au total de 11%, avec ici encore des taux allant de 0% pour la stomatologie, à 35% pour l'ophtalmologie.

➤ Taux de substitution

Si le potentiel prévisionnel constitue, le plus souvent, une estimation optimiste de l'activité, en revanche il peut s'avérer en deçà de la réalité lorsqu'une nouvelle activité, non effectuée auparavant, ni en hospitalisation ni en hôpital de jour, se développe. C'est le cas de la stomatologie, au sein de laquelle s'est créée et développée l'activité d'implantologie. Cependant la confrontation entre le potentiel estimé a priori et l'activité réalisée a permis une réévaluation de l'organisation mise en place (comme par exemple le nombre de vacations hebdomadaires attribuées par discipline chirurgicale).

Le potentiel résiduel diverge nettement selon les disciplines. La stomatologie n'a plus de potentiel de chirurgie ambulatoire au sein de son activité d'hospitalisation ; l'ophtalmologie, l'urologie, ou encore l'ORL auraient encore une part non négligeable de leur activité transférable à l'UCA.

2.4 Une structure performante ?

Comment calculer l'efficacité d'une unité de chirurgie ambulatoire³², en l'absence d'une comptabilité analytique fiable? Les deux médecins en charge du projet d'étude de l'ANAES se sont posés la même question et ont choisi de développer un système propre de comptabilité analytique.

Ce type d'approche demandant beaucoup de temps et quelques moyens, il a fallu élaborer deux autres types d'indicateurs, fondés l'un et l'autre sur les points ISA.

2.4.1 La méthode ABC : un outil de mesure intéressant ... mais encore indisponible

L'approche que souhaite mettre en place le DIM de Bicêtre dans le cadre de son projet de recherche est celle d'une gestion par les activités, ou méthode dite ABC (activity based costing).

La comptabilité analytique habituelle est un outil de constatation a posteriori, qui n'offre pas une réelle visibilité sur les leviers de performance. La méthode ABC, développée aux USA en milieu industriel, et depuis peu en milieu hospitalier, constitue une nouvelle approche du contrôle de gestion basée sur l'étude des coûts de processus et des produits. Les deux médecins ont suivi une formation à cette méthode dispensée par l'institut de formation au management public.

La méthode ABC repose sur 3 étapes :

- l'identification des activités
- l'identification des inducteurs de coût des activités (« cost-drivers »),
- la détermination du coût de ces activités.

Ce coût comprend les charges directes liées au produit (essentiellement salaires des personnels et consommables), et la valorisation des ressources consommées par chaque activité (temps passé par les acteurs).

L'étape finale consiste à établir le lien entre les activités et les produits en procédant :

³² Cette question m'a été posée telle quelle par l'équipe de direction, les développements suivants sont tirés de deux notes adressées pendant mon stage à Monsieur MANVILLE, directeur de l'établissement.

- à l'évaluation de la consommation de chaque produit par inducteur de coût pour chaque activité (par exemple : pour chaque intervention, étude du temps de secrétariat consommé par la secrétaire médicale pour la réalisation des courriers et des comptes-rendus à donner au patient à sa sortie de l'unité) ;

- à la reconstruction du processus de fabrication de chaque produit en fonction de sa consommation en inducteurs, et de ses charges directes.

L'utilisation de la méthode ABC permet d'analyser les causes des surcoûts, et d'imaginer des modes d'action possible pour améliorer l'efficacité de l'activité évaluée. Ce type de méthode nécessite une forte mobilisation des acteurs, et repose sur des mesures de temps, lesquelles constituent la part la plus importante du recueil de données.

Le coût est comparé d'une part à la valorisation en nombre de points ISA de ces séjours (définie par l'Etude Nationale de Coûts) et d'autre part au système de revalorisation conventionnelle spécifique proposé par la Direction des Hôpitaux (valorisation des séjours comme leur équivalent d'hospitalisation complète, logiciel ambu).

Ce travail représente une somme de travail considérable et sera achevé bien après la fin de mon stage et le rendu du présent mémoire.

2.4.2 Un rapport dépenses directes / points ISA produits supérieur à celui des services d'hospitalisation traditionnelle

- Pourquoi ne pas utiliser l'échelle nationale des coûts ?

La méthode ABC restant encore pour l'instant à l'état de projet sur l'hôpital, il m'a fallu construire des indicateurs permettant d'évaluer la performance médico-économique de l'unité de chirurgie ambulatoire.

La première idée consistait à mettre en place un système de comptabilité analytique permettant d'additionner tous les coûts directs et indirects liés à un acte susceptible d'être pratiqué en ambulatoire et en hospitalisation complète, comme par exemple la chirurgie de la cataracte ou de la hernie inguinale.

L'idéal aurait été de pouvoir appliquer à Bicêtre la méthodologie de l'échelle nationale des coûts, ce qui aurait permis une comparaison très fine et très précise entre GHM d'une part, et entre Bicêtre et la moyenne nationale telle qu'elle est établie par l'échelle nationale des coûts d'autre part. La base nationale de coût par séjour permet de calculer des coûts de référence par GHM. Comme les deux types d'intervention -hernie et cataracte- sont recensés dans l'échelle nationale des coûts qui sert de base au PMSI, il aurait été possible, en utilisant la modalité de calcul de l'échelle nationale des coûts, de :

- comparer au sein de l'établissement le coût de ces deux interventions (par exemple pour une opération de hernie, les GHM 126 et 266),
- comparer le coût de ces GHM « bicestrois » à l'échelle nationale des coûts, qui est basée sur un calcul qui regroupe 49 établissements ou services sur tout le territoire français.

Pour une opération de hernie, on constate sur l'échelle nationale des coûts un rapport de rémunération en points ISA de 1 à 4 entre l'hospitalisation complète et l'ambulatoire.

Le coût du séjour hospitalier est obtenu en additionnant l'ensemble des coûts rapportables au séjour. Grossièrement résumés, il s'agit des :

- Dépenses directes affectées au malade
- Dépenses d'actes médico techniques
- Dépenses de séjour dans les différentes unités cliniques fréquentées
- Dépenses de restauration, de blanchisserie, de logistique et d'administration
- Dépenses de structure

0

Au total, l'addition de plus de 70 ces éléments permet d'attribuer des points à un acte. Mettre en place une comptabilité analytique de ce type s'avère donc particulièrement compliqué, demande beaucoup de temps et impose un certain nombre d'approximation (75% des coûts hors structure imposent la mise en place de clés de répartition, qui rendent forcément les calculs très approximatifs).

Elle ne peut se mettre en place qu'à l'échelle d'un établissement, et pas d'une seule unité. Par ailleurs un certain nombre d'informations ne sont pas disponibles à l'échelon local du CHU de Bicêtre (coût du kilo de linge, coût liés aux transports, frais financiers et d'une manière générale tous les frais liés au coût de structure...) mais au niveau de l'AP HP, ce qui impliquait de créer à nouveau des clés de répartition.

➤ Une méthodologie spécifique ...

On peut imaginer une méthode de calcul qui s'appuie sur les informations immédiatement (ou presque) disponibles : à savoir les dépenses des services (la direction des finances m'a fourni les dépenses de groupe 2 et 3 ; la DRH les dépenses de groupe 1 hors PM) et les points ISA produits par service (fournis par le DIM).

Ainsi peut-on regrouper les points ISA et les dépenses de groupe 1, groupe 2 et groupe 3 par centre de responsabilité de tous les services de chirurgie qui ont une activité ambulatoire, auxquels sont additionnées les dépenses du bloc opératoire (puisque l'UCA dispose de son propre bloc). Ces calculs n'ont été rendus possibles que parce que l'unité est satellisée et grâce au découpage financier de l'établissement qui isole l'UCA comme un centre de responsabilité.

Les dépenses liées à l'anesthésie sont neutralisées, aussi bien pour le bloc commun que pour l'UCA, les prestations de service pour l'une et pour l'autre étant fait par des agents « tournants » mis à disposition par le Département d'anesthésie/ réanimation.

Il en a été de même pour les dépenses liées au personnel médical : il n'a été compté ni pour les services d'hospitalisation traditionnel, ni pour l'unité de chirurgie ambulatoire.

Un rapport entre ces deux chiffres donner sinon le coût du point ISA ³³, au moins le rapport entre certaines grandes masses de dépenses et le nombre de points ISA produits par l'ensemble des services de chirurgie .

Il suffisait ensuite de comparer ce ratio au ratio nombre de points ISA produits par l'UCA par rapport aux dépenses de l'UCA.

Quelques remarques par rapport à des réserves qui ont pu être faites par l'équipe de direction de l'hôpital :

1. Les points ISA par services sont une construction qui intègre et proratisé les séjours multi-unités. Le taux moyen de séjours multi-unité correspond approximativement à 20%. Mais les actes chirurgicaux sont des actes classants, facilement identifiables.

³³ pour obtenir le coût du point ISA, il aurait fallu rajouter les dépenses indirectes, les dépenses liées à l'anesthésie et celles liées au salaire du personnel médical, ce qui obligeait à créer des clés de répartition qui rendaient les calculs plus complets mais plus approximatifs, comme précisé supra.

2. Ce calcul postule une relative constance du profil de l'hôpital entre 1999 et 2002 : nombre de lit, personnel, etc, qui a pu varier de manière marginale. Les résultats obtenus donnent de toute manière des tendances plutôt qu'un coût du point. L'objectif était d'identifier les dépenses directes liées à un séjour chirurgical en fonction de son mode de prise en charge, plutôt que sa valeur brute. Cette comparaison ne semble valide qu'au sein d'un même établissement qui assume ses coûts de structure globalement et ne permet donc pas une comparaison avec d'autres établissements.

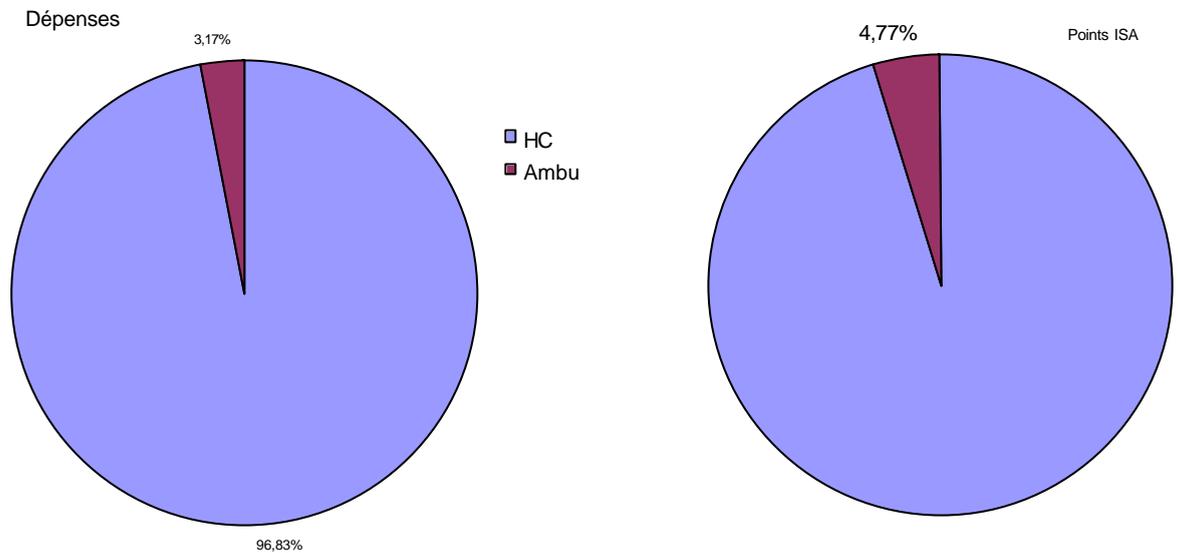
L'UCA ayant ouvert ses portes en juin 2000, l'objectif de la construction d'un indicateur mettant en rapport points ISA et dépenses directes était donc :

- de montrer l'impact réel de l'unité sur l'hôpital : comment a évolué l'activité des services par rapport à l'évolution du nombre de lits et des budgets consacrés ?
- de déterminer les dépenses directes liées à la production d'un même nombre de points ISA dans les deux types de prise en charge.

➤ ... pour des résultats significatifs

- L'UCA a produit 1 047 910 points ISA en 2002, et le total de ses dépenses directes s'élève à 668 508 Euros, groupes 1 (hors PM), 2 et 3 confondus.
- L'ensemble des services chirurgicaux a produit environ 20 396 985 points ISA en 2002, et le total des dépenses s'élève à 20 418 153 Euros.

Par rapport à l'ensemble de la grande masse « dépenses directes UCA + dépenses directes du bloc + dépenses directes des services de chirurgie », l'UCA représente donc 3,17 % des dépenses pour 4,37 % des points ISA produits par l'ensemble des secteurs où sont produits des points ISA chirurgicaux.

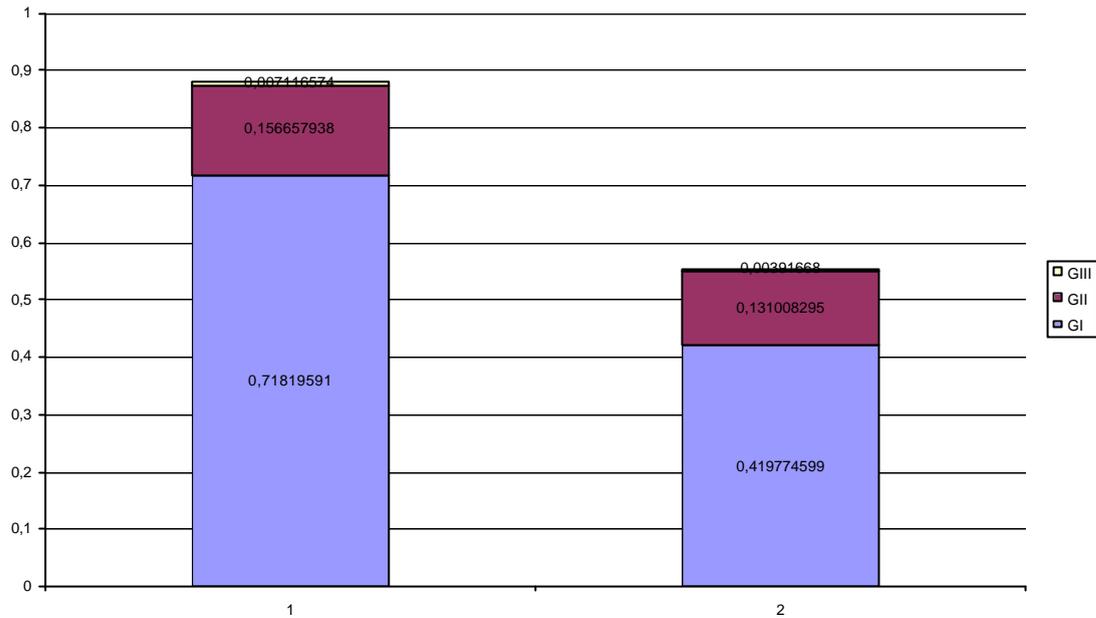


On peut en déduire que la production de 1000 points ISA se traduit :

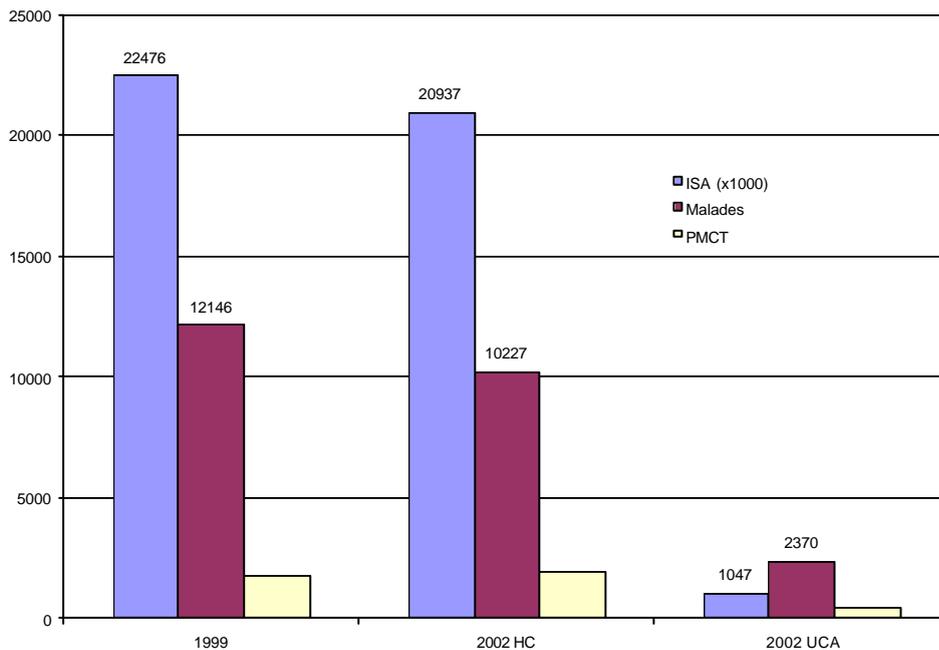
- par une dépense de 638 Euros à l'UCA
- par une dépense de 866 Euros pour l'ensemble des autres services plus le bloc

soit un taux de dépenses directes supérieur de 34,58% en hospitalisation complète.

Les graphiques ci dessous montrent que la structure des coûts pour les deux types d'hospitalisation est différente :



- L'économie est due en grande partie aux mutualisation de personnel permises par l'UCA : écart de 8% en faveur de l'ambulatoire,
- Les dépenses de groupe 2 sont plus élevées de 10% en ambulatoire, ce qu'on peut expliquer pour une part par l'usage important de l'usage unique.
- Sur le groupe 3, les dépenses directes du bloc central sont deux fois plus élevées que celles en ambulatoire



Quelques remarques complémentaires de méthodologie :

1. Pour le groupe 1, **seul le PNM a été retenu** car le PM est partagé entre les services d'hospitalisation complète et ambulatoire et pour répartir les salaires des médecins entre ces deux grandes masses, il aurait fallu chronométrer leur temps de travail au bloc et à l'UCA.
2. **Les calculs sont réalisés à partir de grandes masses** : les producteurs de GHM chirurgicaux à l'hôpital. Même si la neurochirurgie, par exemple, n'est pratiquée pas à l'UCA, elle est intégrée dans les dépenses et dans les points ISA du bloc commun. En contrepartie, les points ISA liés aux IVG sont intégrés et comptés avec l'UCA alors qu'ils peuvent parfois se dérouler au bloc.
3. **La philosophie générale de cette étude est de recenser les points ISA chirurgicaux produits par les services de chirurgie.** Les services produisent également des points ISA liés à des séjours sans actes classants : cette production est intégrée dans le calcul alors qu'elle ne devrait pas l'être, dans la mesure où il n'est pas possible d'y rattacher des dépenses spécifiques, sauf à créer une clé de répartition qui rendrait le travail plus approximatif. Pour conserver une cohérence, la méthodologie retenue suit une logique de dépenses de production.
4. **Il serait tentant d'expliquer les résultats ci dessus par la différence de lourdeur des cas traités** : des pathologies ciblées et légères requièrent moins de dépenses que des pathologies lourdes et des traitements complexes. L'attribution de points ISA a un séjour (via les données ENC) a déjà intégré cette dimension (moins de points aux actes moins lourds) et **est donc déjà intégrée au calcul.**

La construction même des points ISA entraîne un biais défavorable à la prise en charge ambulatoire : au sein de la Catégorie Majeure de diagnostic (CMD) n°24, seuls 17 sont des « miroirs » de GHM d'hospitalisation complète, attribuant des points qui témoignent fidèlement des coûts enregistrés par ce séjour (ENC). Tous les autres sont des GHM dits « fourre tout », très peu valorisés : en moyenne un séjour en ambulatoire « rapporte » entre 30 et 60 % de points ISA moins qu'un séjour, pour un acte identique, en hospitalisation complète.

Ainsi, au CHU de Bicêtre, pour une activité donnée, décrite par l'attribution de points ISA, les dépenses engendrées par une prise en charge ambulatoire sont inférieures à celle engendrées en hospitalisation complète. Ceci ne conforte pas l'idée reçue que l'activité ambulatoire est sous valorisée dans l'Echelle Nationale des Coûts : ce qui semble vrai dans l'absolu ne l'est pas si on le rapporte aux dépenses observées.

2.4.3 Un rapport personnel/ points ISA plus favorable que dans d'autres unités

Lors d'une demande de renouvellement des places de l'unité auprès du CROSS, les membres de l'organisme, s'ils ont félicité les représentants de la direction du CHU pour les résultats obtenus et pour le sérieux du dossier, s'ils ont accédé à la demande de renouvellement des places, ont fait remarquer que l'unité était très largement dotée en personnel par rapport aux autres unités du même type. Il était intéressant de vérifier cette information pour juger de l'efficacité de la structure.

- Quelle méthodologie choisir pour comparer des UCA ?

Comme il n'existe pas de norme réglementaire en matière de personnels dans les unités de chirurgie ambulatoire, il s'agissait d'étalonner l'unité par rapport à d'autres unités de chirurgie ambulatoire.

- **Il est apparu rapidement qu'une simple comparaison des équivalents temps plein entre UCA ne pouvait pas être un instrument d'analyse pertinent** dans la mesure où :
 - Les unités sont fondamentalement différentes les unes des autres : certaines disposent de salles d'opération dédiées (UCA satellites) , d'autres partagent le bloc commun (UCA intégrées),
 - Les IADE et IBODE sont parfois affectées directement à la structure, d'autres fois mis à disposition par des « pools » comme les départements d'anesthésie réanimation,
 - Il existe des écarts importants entre le tableau des emplois et les agents présents dans les unités,

- Les comparaisons entre effectifs ne signifient pas grand chose s'ils ne sont pas mis en relation d'une part avec les taux d'occupation des structures et d'autre part avec la production de la structure en points ISA.
- Le tableau ci dessous met donc en relation tous ces éléments pour 4 unités de chirurgie ambulatoire, choisies de manière à disposer d'un panel de comparaison assez large. L'UCA de Bicêtre est donc comparée avec des unités ³⁴:
 - provenant de zones géographiques différentes (AP HP, Ile de France hors AP HP, Pyrénées orientales),
 - de taille différente : de 5 à 24 places,
 - d'activité différentes : endoscopies pratiquées dans certains établissements et pas dans d'autres, chirurgie adulte ou adultes/ enfants, IVG, etc d'où le choix de faire apparaître le point ISA moyen,
 - de productivité différente : il était alors intéressant de mettre en relation le nombre d'emplois en équivalents temps plein et le nombre total de points ISA produits.
- Comparaison de quatre unités

³⁴ Source : conversation téléphonique avec les DIM et les coordonnateurs ces différentes structures.

	CHU Bicêtre	CH Gonesse	CH Perpignan	HEGP (AP/ HP)
STRUCTURE				
UCA Intégrée			*	
UCA Satellite	*	*		*
Places autorisées	6 + 2 IVG	5	20 + 4 IVG	8
Salles d'opération propres à la structure	3	5	0	4 ³⁵
PERSONNEL				
Personnels dédiés à la structure				
IDE	2,8 ³⁶	2	6,4	1
AS	6	2,5	3,75	3,5
ASH		2	3,75	
secrétaires	2	1,6	2	1
Cadre	1			1
IBODE	1	2		2 ³⁷
IADE		2,6		
Total	13	12,7	15,9	11,5
Personnels mutualisés avec d'autres services				
IDE	3			2
IBODE			bloc commun	1
Cadre	1	0,5	0,5	1
IADE	Jusque 3		bloc commun	Jusque 4
TOTAL (ETP)	19	13,2	17,4 ³⁸	19,4
Total constaté	12,8	13,2	NC	17
TAUX D'OCCUPATION³⁹				
	83%	NC	40% ⁴⁰	45 %
PRODUCTION DE POINTS ISA				
ISA moyen	473	302	347	NC ⁴¹
ISA total	912 825	214 915	227 610	

³⁵ dont 2 « utilisées » par d'autres établissements

³⁶ 3 au tableau des emplois

³⁷ 5 au tableau des emplois

³⁸ hors IADE et IBODE mutualisées

³⁹ Nombre de patients/ nombre de places autorisées *365

⁴⁰ places autorisées, 70% en places installées

⁴¹ Pas de budget propre ni d'individualisation des points ISA pour la structure

➤ Des résultats favorables à l'UCA de Bicêtre

- Le décret de 1992 précité impose la présence d'une infirmière pour 5 malades dans les UCA. Au CHU Bicêtre, qui dispose de 6 places (+2 IVG) il faudra donc toujours au minimum 2 IDE.

- La DRH de Bicêtre rémunère 12,8 ETP pour l'UCA alors que 19 sont prévus au tableau des emplois. La présence de 6 autres agents (3IDE et 3 IADE) dépend de la capacité du DAR à assurer les besoins en personnel d'anesthésie réanimation sur l'ensemble de l'hôpital.

Ces chiffres sont inférieurs à ceux constatés dans les autres unités de chirurgie ambulatoire, si on distingue les unités où on mutualise le personnel et les autres, et si l'on distingue le tableau des emplois et les agents réellement présents dans les unités.

- Avec un nombre d'agents inférieur à ceux des autres unités interrogées, on constate que la productivité de l'UCA Bicêtre est nettement supérieure aux autres, que l'on se fonde sur le taux d'occupation, le nombre moyen ou total de points ISA produits.

Or, malgré ces chiffres, il faut rappeler quelques éléments qui expliquent que les besoins en personnel à l'UCA sont plus importants que dans d'autres unités :

- A Bicêtre, les endoscopies ne sont pas faites à l'unité contrairement aux autres unités. Les endoscopies n'imposent pas la présence d'IBODE, ni de lavages aussi fréquents et demandent donc moins d'agents que les interventions chirurgicales.

Les cycles de travail retenus à Bicêtre pour les 35 heures (7h30) demandent plus de personnels que dans le cas où le cycle de travail est de 10 heures, comme c'est le cas à Perpignan par exemple.

Au vu de cette comparaison, il semble que pour un nombre d'agents inférieur, l'UCA de Bicêtre produise plus de points ISA.

Les deux éléments évoqués, le rapport points ISA / dépenses directes, et la mise en regard du nombre de points ISA avec le personnel affecté à la structure permettent de conclure à la relative efficacité de la structure, non seulement par rapport aux services de chirurgie classique de l'hôpital, mais également par rapport à d'autres unités existantes.

Au final, l'UCA de Bicêtre apparaît comme une structure efficiente, dans laquelle les patients sont satisfaits de se faire opérer, et où les agents souhaitent travailler.

Sa création dans l'hôpital a permis au CHU de renforcer deux pans de ses missions (enseignement et formation) et de recentrer le bloc central sur les soins lourds.

Si l'expérimentation s'avère donc concluante⁴² la question de l'avenir de cette unité se pose : faut-il la développer ? Faut-il étendre l'expérience au sein de l'AP HP ?

Au delà de l'UCA de Bicêtre et de l'AP HP, quel est l'avenir de la chirurgie ambulatoire?

⁴² A tel point que direction des politique médicale et de la stratégie de l'AP HP y consacre un numéro de son magazine mensuel, flash.

3. L' AVENIR DE L'UCA DE BICETRE... ET DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE

L'UCA de Bicêtre a toujours été présentée par ses différents promoteurs, médicaux et administratifs, à l'échelon local ou à l'échelon de l'AP HP, comme une expérimentation. Trois ans après sa création, un certain nombre d'enseignements ont pu être tirés, et il s'agit désormais d'imaginer l'avenir de cette structure. Comment l'améliorer en interne, faut-il la prendre comme modèle au sein d'un ensemble plus large ?

Comment les différents décideurs publics perçoivent-ils l'unité de Bicêtre, et la chirurgie ambulatoire ?

Les différents entretiens menés⁴³ permettent d'apporter un certain nombre de réponses à ces questions.

3.1 Développer l'expérimentation bicestroise ?

La force de l'ambulatoire fait aussi sa faiblesse : ce type d'unité oblige à une remise en cause permanente, ce qui se traduit par le développement constant des soins prodigués, mais aussi par une certaine précarité : pour peu que les objectifs ne soient pas atteints, qu'un élément perturbe l'organisation, les autorisations de renouvellement de places ambulatoires peuvent ne plus être accordées.

Le futur de l'unité passe donc inévitablement par une consolidation de l'acquis, avant de songer à une quelconque extension.

3.1.1 Consolider l'acquis

- Faciliter l' « adressage » de patients par les médecins de ville ?

Dans les dernières semaines de ma présence sur l'établissement⁴⁴, l'activité a commencé à fortement baisser (aux environs de 10%).

Cette baisse de l'activité est commune à l'ensemble de AP HP, et elle se traduit à Bicêtre par une baisse de l'activité du bloc commun.

Un des problèmes de la chirurgie ambulatoire est qu'elle est pour partie dépendante, pour son recrutement, des médecins de ville, généralistes et spécialistes, qui envoient leurs patients se faire soigner en ambulatoire.

⁴³ Cf 3^{ème} partie.

⁴⁴ A partir du mois de septembre.

Or plusieurs éléments nuisent à la relation médecins de ville / praticiens hospitaliers :

- Les médecins hospitaliers sont plus tournés vers l'AP HP que vers la médecine de ville, dont ils se désintéressent. Il existe peu de réseau ville/ hôpital, en particulier sur le plan chirurgical.
- A l'inverse, les médecins de ville ont un certain nombre de préjugés sur les praticiens des CHU (« les grands pontes du CHU») et peuvent nourrir un complexe d'infériorité.
- Cette méfiance à l'égard du CHU est renforcée à propos de l'ambulatoire : le médecin de ville a eu une responsabilité, au moins morale, plus forte par rapport à son patient lorsqu'il a été pris en charge en ambulatoire, dans la mesure où le patient, dans les heures qui suivent l'intervention, peut être éventuellement amené à se rendre chez son médecin de ville, là où en hospitalisation classique, il aurait été pris en charge à l'hôpital.

Cette crainte existe mais elle ne paraît pas fondée : comme évoqué supra ⁴⁵les textes qui régissent l'ambulatoire conduisent l'hôpital à prévoir les cas où un patient a besoin d'une hospitalisation.

Pour réduire ce type d'inconvénients, la direction de l'établissement a pris conduit deux actions en direction des médecins de ville :

- une journée de présentation de l'unité a été organisée le 24 avril dernier, à laquelle été invitée plus de 386 médecins du Val de Marne. Cette journée commençait par une visite de l'unité était conclue par des débats sur l'ambulatoire.
- Une plaquette de présentation de l'unité a été envoyée à l'ensemble des généralistes et spécialistes du département susceptibles d'être intéressés par le sujet. Elle est reproduite en annexe 4.

➤ Développer l'activité ?

- Aujourd'hui, alors même que l'activité commence à baisser, on constate qu'un certain nombre de séjours de moins de 24 heures continuent à être pris en charge en hospitalisation classique. En fonction des spécialités, le potentiel initialement prévu peut être complètement réalisé, voire dépassé si ce service a choisi de pratiquer des actes qui n'étaient pas envisagés au départ, ou au contraire peu

⁴⁵ Cf. p.16

développés (l'orthopédie ou l'ORL était au bout d'un an à 50% de réalisation du potentiel prévu initialement).

- Diverses actions de communication ont été menées en direction des médecins de ville, elles pourraient être renouvelées à intervalles réguliers.

➤ Quelques axes d'amélioration possibles

- Aujourd'hui, l'organisation de l'unité ambulatoire donne satisfaction aux patients et au personnel. Mais la qualité de cette organisation tient avant tout à la bonne volonté et à l'implication du coordinateur, qui est à l'origine des premiers projets de création de l'unité. Le système, tel qu'il a pu être ressenti lors de mes divers passages dans l'unité, marche parce que ce coordinateur, depuis longtemps implanté dans l'hôpital, parvient à multiplier les « arrangements et les bricolages » pour que tout fonctionne au mieux. Lorsqu'un médecin annule la plage qui lui était réservée, tout le travail du coordinateur consiste à la remplacer au plus vite pour que l'unité continue à tourner au même rythme.

A ce sujet, il faut rappeler que les experts visiteurs de l'ANAES, lors de leur passage à Bicêtre avaient relevé que « les règles de fonctionnement de l'UCA et des secteurs interventionnels sont expliquées, mais ne sont pas formalisées ».

L'impression ressentie par un observateur extérieur est que l'unité fonctionne très bien, mais en grande partie grâce au talent d'équilibriste d'un certain nombre de personnes (en particulier les coordonnateurs médicaux et la cadre soignante), et que la bonne organisation de l'unité ne survivrait pas forcément à leur départ. D'autant que la fonction de coordinateur, très chronophage, n'est pas reconnue, ni en terme de rémunération, ni en quantification du temps passé, alors que la cadre de l'UCA a droit à des décharges spécifiques.

A Bicêtre, le coordonnateur a toutefois été élu à plusieurs reprises Président de la commission de surveillance, ce qui peut être interprété comme une preuve indirecte de reconnaissance du travail accompli.

Une piste possible pour améliorer de façon pérenne l'organisation serait de faire certifier ISO l'unité, c'est-à-dire d'élaborer avec le coordonnateur, avant son départ en retraite, des process très formalisés permettant à l'unité de suivre une politique qualité très poussée. La reconnaissance générale de cette norme internationale

accroîtrait la publicité autour de l'unité et serait susceptible de faire augmenter l'activité.

Ce type d'actions permettrait de pérenniser la structure en ne la faisant pas dépendre uniquement des hommes qui ont conduit à sa création.

- Un autre axe d'amélioration de l'unité pourrait être celui de l'amélioration du confort du patient : si l'unité est récente et relativement agréable, un œil extérieur peut regretter que la visite du médecin après la sortie du patient de la salle de surveillance post opérationnelle se fasse au su et au vu des autres patients, dans un espace ouvert.

3.1.2 Généraliser l'expérience sur l'AP ?

➤ Chirurgie ambulatoire et AP HP⁴⁶

A l'AP HP, la chirurgie ambulatoire est encore perçue avec réticence, ou au mieux, comme une innovation. Le secteur privé, beaucoup plus dense dans la région Ile de France qu'ailleurs, s'est largement approprié le champ ambulatoire.

Les chiffres mis en ligne sur le site de la DRASS Ile de France sont à ce sujet particulièrement éloquentes.

	Nombre de places	Nombre de venues
Ensemble IDF	1817	495166
Public	212	47831
PSPH	92	23384
Privé	1513	423951

La faiblesse du développement de l'ambulatoire à l'AP HP⁴⁷ s'explique en partie par le fait qu'à l'AP HP plus qu'ailleurs, la notion de lits est très prégnante, et c'est au nombre de lits que se mesurent et se jaugent l'importance des chefferies de service. Comme l'existence de places ambulatoires exige la fermeture de lits d'hospitalisation, on comprend que les

⁴⁶ Les informations ci dessous sont tirées d'un entretien avec le professeur Houssin, Directeur de la politique médicale et de la stratégie.

⁴⁷ Les lits et places installés à l'AP sont reproduits en annexe.

demandes de places d'ambulatoire n'aient pas été très nombreuses, hormis les cas de service passant complètement en ambulatoire, mais individuellement, sans dimension transdisciplinaire, comme les services d'ophtalmologie de Cochin ou de l'Hôtel Dieu. Les chirurgiens sont très sensibilisés aux questions relatives à l'innovation technique, aux progrès technologiques liés à leur spécialité, et assez peu aux questions d'organisation.

Les autorisations de création de places ambulatoires ont été accordées de façon disséminée dans les différents hôpitaux, sans que des structures spécifiques soient construites ou mises en place. La question spécifique à l'AP HP du manque de place et de surface constitue un frein supplémentaire à la création de structures dédiées à l'ambulatoire. Au final, chaque établissement dispose de places dans certaines de ces spécialités, sans aucune rationalisation de l'ensemble.

Pour reprendre les propos de Didier HOUSSIN, « l'APHP a l'avantage d'être une maison assez vaste certes, mais qui réagit de façon homogène : si la chirurgie ambulatoire se diffuse, elle se diffusera dans l'ensemble de l'institution. Aujourd'hui, l'AP a dix ans de retard sur le sujet. Je crois que c'est un concept qui va se développer, mais il se développera d'autant plus que l'organisation hospitalière, l'organisation des activités médicales évoluera aussi. Les services sont des espaces trop modestes pour que leurs responsables aient une idée claire des avantages offerts par ce mode de prise en charge, et par ailleurs leur responsabilité est entièrement tournée vers le soin et l'aspect médical, et beaucoup moins vers les domaines de gestion et d'organisation. Je pense que la création d'ensemble plus vastes, de pôles par exemple, fera prendre conscience de l'utilité de structures comme celle de Bicêtre. Ceci dit, deux éléments doivent être pris en compte : les unités doivent être transdisciplinaires sinon le concept perd beaucoup de son intérêt, encore que le potentiel est souvent plus élevé que ne le pense en général les chirurgiens, et d'autre part il ne faut pas que des centres de chirurgie ambulatoire se créent à l'AP HP dans des segments d'activité où la concurrence du secteur privé les rendaient inutile. Une partie des patients se dirigera toujours vers le public, une autre toujours vers le privé, mais pour ceux qui sont hésitants, si un CHU est capable d'offrir des soins de chirurgie ambulatoires, son activité devrait augmenter. »

➤ Une UCA par GHU ?

La direction générale de l'AP HP a décidé de regrouper l'institution en 4 sous ensemble : les groupements hospitalo-universitaires. Le CHU de Bicêtre se trouve

dans la GHU sud, avec une dizaine d'autres, dont un seul, l'hôpital Antoine Béchère, dispose d'une unité ambulatoire, qui n'est pas adulte/ enfants.

Le Professeur HOUSSIN soutient l'idée qu'à terme il pourrait être intéressant de mettre en place une unité de chirurgie ambulatoire par GHU, et que les autres chirurgiens procèdent à une sélection psychosociale des patient susceptibles d'être opérés dans le centre ambulatoire référent, et que les hôpitaux mettent en place des conventions pour qu'ils puissent venir les opérer eux mêmes si besoin est.

Ce genre d'opération serait susceptible d'augmenter fortement l'activité de l'unité, peut être faudrait-il alors imaginer des autorisations de places supplémentaires.

Les propos du Professeur Houssin suivent le plan d'action de la Direction Générale, dont deux des trois objectifs prioritaires sont de générer des économies rapidement et de réduire le nombre d'hospitalisations inutiles.

Ces propos sont relayés par l'enquête de l'assurance maladie, qui montre que le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire au sein de l'AP HP est très important :

« Pour l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, des données complémentaires par sites géographiques ont permis de regrouper secondairement les établissements de la classe de l'APHP en une catégorie d'établissements géographiques « potentiellement porteuse » d'une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines et une catégorie « potentiellement non porteuse » sur plusieurs disciplines. L'APHP apparaît, pour ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, représentative de l'ensemble des établissements français sous dotation globale, c'est à dire qu'elle dispose d'un fort potentiel de développement. » Sur 23 sites chirurgicaux, 3 sont classés dans la catégorie porteuse, 3 dans la catégorie non porteuse, et 8 comme potentiellement porteuse avec un fonctionnement en pôle.

3.2 La chirurgie ambulatoire : plus que jamais un fort potentiel de développement

3.2.1 L'intérêt pour la chirurgie ambulatoire reste vif chez les décideurs...

Pour la réalisation de ce mémoire, j'ai été amené à réaliser un certain nombre d'entretiens avec des personnalités variées, provenant d'horizon différents : le Professeur Bernard Debré chef de service du service d'urologie de l'hôpital Cochin, ancien député, le

Professeur Jacques Domergues, chef de service de chirurgie au VHU de Montpellier, actuellement député et auteur d'un rapport sur la crise de la chirurgie, le Professeur Didier Houssin, directeur de la politique médicale et de la stratégie de l'AP HP, Jean Pierre Richard, secrétaire général de la FHF, et le Dr Gilles Bontemps, chef de projet chargé de l'enquête de l'assurance maladie.

En dehors du professeur Debré⁴⁸, les autres personnes interrogées ont tous semblé plutôt favorables à l'ambulatoire.

Ainsi la FHF tente de développer les alternatives à l'hospitalisation : « Au delà de l'intérêt des structures, la FHF demande à ce que l'intérêt des patients soit mieux pris en compte. Toutes les alternatives à l'hospitalisation contribuent au décloisonnement de l'hôpital et à son ouverture vers l'extérieur pour abolir un certain nombre de frontières hospitalières qui ne sont plus de mise aujourd'hui, et pour rectifier un certain nombre de comportements. Il ne s'agit pas d'un problème de santé publique, mais d'organisation hospitalière.

Le parcours du patient doit être le plus court, le plus efficient et le mieux organisé possible, la chirurgie ambulatoire y contribue. Nous ne sommes pas pour le statut quo mais nous militons pour une évolution significative. Mais cela ne se fera pas sans des incitations fortes en terme budgétaire et financier, ça ne se fera pas sans que les pouvoirs publics reviennent sur le taux de change places/ lits, ça ne se fera pas non plus sans une sensibilisation et une implication très marquée des chirurgiens, des anesthésistes et du personnel soignant ».

La FHF se dit très favorable au lancement d'une campagne de communication auprès du grand public, sur le même mode que pour les médicaments génériques. La publication des résultats de l'enquête de l'assurance maladie pourrait être l'occasion de lancer cette campagne.

Pour le député Jacques Domergues, le discours est plus mitigé : l'ambulatoire n'est utile que si elle est pratiquée dans des centres satellites, et si son organisation est complètement indépendante du bloc commun. Il est favorable à son développement dans la mesure où elle favorise la « déshospitalisation » et qu'elle tend vers une organisation de type « zéro défaut ». Il regrette à ce propos de ne pas avoir plus évoqué la chirurgie ambulatoire dans son rapport sur la chirurgie, mais cet aspect des choses reste marginal

⁴⁸ Qui me confiait, à la fin de l'entretien, il faut bien que vous ayez une opinion dissidente parmi tous les « beni oui oui » que vous allez entendre ».

par rapport au malaise « colossal » de la chirurgie qui était l'objet principal du rapport rendu au Ministre de la santé.⁴⁹

Le développement de la chirurgie ambulatoire ne lui semble toutefois pas relever d'une « priorité de santé publique » : l'ambulatoire ne doit pas forcément être développée dans l'hôpital public, ce qui lui paraît intéressant, c'est de développer la complémentarité et le décloisonnement entre les deux secteurs d'hospitalisation, de permettre aux chirurgiens publics ou privés de venir pratiquer dans la structure qui permet ce mode de prise en charge, quels que soient leur statut, avec une rémunération adaptée.

Ce petit panel de personnes fortement impliquées dans la gestion de notre système de soins semble indiquer qu'a priori les décideurs publics sont plutôt intéressés par le mode de prise en charge ambulatoire, mais qu'ils manquent de certitudes sur les avantages qu'il produit. Ces certitudes peuvent être désormais établies avec la parution d'une enquête menée par l'assurance maladie.

3.2.2 ... mais cet intérêt peut désormais s'appuyer sur une enquête de grande ampleur...

L'enquête réalisée dans le cadre du programme national inter régime, sous la direction du Docteur Gilles Bontemps, médecin inspecteur à la Caisse nationale d'assurance maladie, avait pour finalité de « formuler des propositions nationales précisant les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire de substitution en y intégrant des éléments de dépenses ».

Les moyens mis en place ont été très importants : 500 médecins conseils , 200 agents de la CRAM, et 40 personnes mobilisées au niveau national pendant deux ans et demi. 34 000 dossiers patients ont été examinés, et 29 000 entretiens téléphoniques réalisés. Cette enquête s'est appuyée sur les travaux de l'AFCA et sur les méthodes du CREDES. Dans le cadre de ce mémoire, nous ne pouvons que résumer grossièrement les conclusions de ses quatre volets et les préconisations qui en découlent.

- la détermination d'un potentiel de substitution

⁴⁹ *La chirurgie française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions*, disponible en ligne : <http://www.gie-sml.fr/recherche/rapportdomergue.htm>

Chacune des régions françaises se voit attribuer au terme de l'enquête un potentiel d'activité aujourd'hui réalisé en hospitalisation complète et pouvant être réalisée en chirurgie ambulatoire pour un certain nombre d'interventions chirurgicales (cf. graphiques en annexe 5).

L'enquête conclut à une extrême dispersion des différents taux entre les régions et les interventions chirurgicales et à **un important potentiel de substitution en chirurgie ambulatoire**. Ce potentiel de substitution permet de déterminer quatre groupes de gestes marqueurs, attestant de différents niveaux de pratique de la chirurgie ambulatoire. Les taux plafonds identifiés correspondent à la pratique constatée dans les pays de l'OCDE.

➤ La création d'une typologie d'établissements

1265 établissements de santé ont été étudiés dont 499 publics et privés sous dotation globale et 766 établissements privés sous Objectif Quantifié National.

Les résultats ont permis de répartir de créer une typologies assez fine, regroupant les 766 établissements sous OQN en 25 classes d'établissements et les 499 établissements sous DG en 9 classes d'établissements.

Ces classes ont été ensuite regroupées en trois catégories :

- « potentiellement porteuse » d'une capacité de développement sur plusieurs disciplines chirurgicales,
- « potentiellement non porteuse » sur plusieurs disciplines chirurgicales,
- autres cas.

Une classe appartenait à la catégorie « potentiellement porteuse » sur plusieurs disciplines chirurgicales si elle était susceptible de développer une activité de chirurgie « qualifiée et substitutive » sous deux conditions : qu'elle dispose d'une masse critique importante sur les gestes marqueurs et qu'un transfert soit possible en ambulatoire sur plusieurs disciplines chirurgicales.

Trois classes représentant 172 établissements ont été regroupées dans la catégorie « potentiellement porteuse » d'une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines soit 35% des établissements sous DG.

L'examen de l'ensemble des classes d'établissements a permis d'individualiser les principaux facteurs explicatifs du niveau de développement de la chirurgie ambulatoire qui

sont pour la plupart liés aux établissements. Ces facteurs concernent l'organisation interne, le volume d'activité, la taille des structures, l'éventail des cas traités (case-mix), la notoriété, la spécialisation, la stratégie gestionnaire. D'autres facteurs indépendants de la structure ont été détectés : concurrence entre les établissements publics et privés, conséquence de l'application de la réglementation...

Les profils d'établissements élaborés à partir des données de l'année 1999 devront être utilisés à la lumière des évolutions structurelles des établissements intervenues depuis lors : restructuration, conversion d'activité, évolution du paysage hospitalier...

Appliqué à des données plus récentes, cet outil pourrait contribuer à suivre les pratiques de chirurgie ambulatoire et accompagner de façon plus pertinente son développement.

➤ Freins et leviers

Une enquête d'opinion auprès des acteurs de terrain travaillant dans les établissements de santé a permis d'appréhender les freins et les leviers au développement de la chirurgie ambulatoire tels qu'ils étaient ressentis et exprimés. La méthodologie a consisté à analyser l'expérience et le libre ressenti des acteurs dans leur travail quotidien. Afin d'avoir l'approche la plus globale et exhaustive possible du ressenti des acteurs enquêtés, le questionnaire a comporté des questions « fermées » (items à cocher) et des questions « ouvertes » (texte libre donnant lieu à des analyses textuelles) posées à quatre acteurs ayant des fonctions représentatives au sein des établissements ont été destinataires du questionnaire d'opinion : le directeur d'établissement, le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou du Comité Médical d'Etablissement, le responsable des soins infirmiers, le coordonnateur (ou s'il y a lieu le chef de projet) de l'unité de chirurgie ambulatoire.

1289 sites géographiques publics et privés pratiquant la chirurgie ont participé à l'enquête d'opinion en 2001 en France métropolitaine et Départements d'Outre Mer, en retournant 4712 questionnaires, soit un très fort taux de participation autour de 90%.

Cette étude a révélé qu'il peut exister une méconnaissance à la fois du concept organisationnel (centré sur le patient) et de la réglementation de la chirurgie ambulatoire.

Les résultats montrent que le patient dans cette enquête n'apparaît pas au centre du discours des divers répondants, à l'exception des responsables des soins infirmiers. Ces

derniers sont les seuls à manifester une vision orientée vers le patient s'inscrivant dans une démarche d'information large auprès de tous les acteurs.

En effet, le directeur exprime un discours de fonction type avec des préoccupations réglementaires, structurelles, organisationnelles et économiques. L'expression du président de CME apparaît partagée sans qu'une importance particulière soit apportée au patient. Le chirurgien coordonnateur exprime ses propres difficultés et ses préoccupations quotidiennes. L'anesthésiste coordonnateur rend compte surtout de ses difficultés organisationnelles de gestion au quotidien.

La fonction transversale du coordonnateur de l'unité de chirurgie ambulatoire, indispensable et prévue par la réglementation, apparaît dévalorisée au regard de la fonction traditionnelle de producteur de soins. Les responsables de l'enquête en concluent qu'il faudrait sortir d'une logique de services centrée sur le producteur et l'acte de spécialité pour aller vers une logique de prise en charge coordonnée autour du patient et de gestion des flux patients.

Cette enquête d'opinion donne une image de la chirurgie ambulatoire déjà révélée au travers des précédentes enquêtes et qui évolue peu. Elle met l'accent sur le contraste public/privé et sur les différences culturelles ou de formation des acteurs. La différence avec les précédentes enquêtes est qu'elle se fonde sur 30 000 interviews.

➤ Evaluation du coût pour l'assurance maladie d'une prise en charge ambulatoire

En France, aucune étude nationale n'avait jusqu'à présent étudié les dépenses liées à ce mode de prise en charge.

L'objectif de ce volet était donc :

- de comparer les dépenses de l'assurance maladie liées à la prise en charge en hospitalisation complète et en ambulatoire,
- d'étudier les éventuels transferts de dépenses entre les enveloppes hospitalières et « soins de ville » qui feraient suite aux transferts d'activité entre l'hospitalisation complète et la prise en charge ambulatoire.

Cinq interventions chirurgicales parmi les plus fréquemment pratiquées étudiées dans le détail : chirurgie de la cataracte unilatérale, arthroscopie du genou avec ménisectomie, intervention unilatérale pour décompression du nerf médian au niveau du canal carpien,

extraction de deux dents de sagesse sous anesthésie générale et intervention unilatérale pour varices du membre inférieur.

Cette étude a pris en compte l'ensemble des dépenses à la charge de l'assurance maladie dans une période couvrant trois semaines avant l'intervention jusqu'à deux mois après. Les dépenses engagées par l'assurance maladie résultent donc de la somme des dépenses extra-hospitalières et hospitalières. Les dépenses extra-hospitalières sont les produits de la liquidation. Les dépenses hospitalières ont été évaluées différemment selon le secteur de financement : produits de la liquidation pour le secteur sous OQN ; prix de journée, d'une part, et point ISA, d'autre part, pour le secteur sous DG.

Ces méthodes différentes d'appréciation des dépenses hospitalières interdisent toute comparaison des dépenses entre les deux secteurs de financement.

La population de référence de ce volet comportait 5596 dossiers exploitables issus de 889 sites géographiques publics et privés pratiquant la chirurgie.

Concernant les dépenses globales moyennes sur une période de trois semaines avant et deux mois après l'hospitalisation (cf. tableau 1), les séjours pris en charge en ambulatoire coûtent moins cher à l'assurance maladie que les séjours pris en charge en hospitalisation complète. **Ce différentiel est, selon les actes, entre 7 % et 26 % dans le secteur sous OQN et entre 25 % et 51 % dans le secteur sous DG. L'enquête montre que ce différentiel est lié principalement à la période d'hospitalisation.**

Concernant les éventuels phénomènes d'externalisation d'une partie des dépenses, aucun résultat ne montre qu'une prise en charge en chirurgie ambulatoire serait à l'origine d'un transfert d'une partie des dépenses réalisées pendant le séjour hospitalier vers les périodes antérieures ou postérieures au séjour hospitalier.

Si on raisonne par **enveloppes composant l'ONDAM** (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), la prise en charge en chirurgie ambulatoire sur les cinq actes et sur la population étudiée diminue les dépenses d'assurance maladie, selon les actes, de 8 à 35 % au niveau de l'enveloppe OQN et, de 36 % à 54% au niveau de l'enveloppe DG.

En ce qui concerne l'enveloppe « soins de ville », pour certains actes, la prise en charge en ambulatoire diminue les dépenses de l'assurance maladie, en particulier sur les postes biologie, actes diagnostiques (dont la radiologie), consultations spécialisées et pharmacie pendant le séjour hospitalier sans entraîner de dépenses supplémentaires avant et après l'hospitalisation. Ce constat interroge sur une éventuelle composante « pratique

médicale » ou « structure », la consommation de soins de ville augmentant avec la durée de séjour.

Cette étude apporte au décideur quel qu'il soit, des **arguments micro-économiques favorables** pour ces cinq actes et pour la population étudiée. Cette étude sur ces cinq actes a démontré que la prise en charge ambulatoire est source d'économies sur une population ciblée (âge, durée de séjour inférieure ou égale à 3 jours, état de santé ASA1 ou 2...).

*Par ailleurs, cette étude basée sur les dépenses de l'assurance maladie pourrait contribuer à la réflexion qui prévaut actuellement sur **l'évolution du mode de financement des établissements vers une tarification à l'activité.***

3.3.3 ...qui permet d'envisager diverses mesures incitatives

- Fin de l'échange lits/ places

L'étude de l'assurance maladie a montré la différence des problématiques entre le secteur privé et le secteur public, témoignant de deux stades de développement de la chirurgie ambulatoire : le secteur privé est dans une phase d'industrialisation du processus, le secteur public n'en est qu'aux prémises. Cela confirme que le mode d'allocation des ressources, ainsi que la réglementation vécue différemment par les deux secteurs, peuvent être à l'origine de freins au développement de la chirurgie ambulatoire.

La tarification à l'activité pour les deux secteurs et l'évolution de la réglementation pourraient donc constituer autant de leviers pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Le député Jacques Domergues émet même l'idée qu'il faudrait désormais inverser les rapports : deux places d'ambulatoire pour un lit d'hospitalisation.

- campagne de communication

Il est probable que les seuls leviers constitués par le changement des modes d'allocation des ressources et de la réglementation ne soient pas suffisants pour soutenir le développement de la chirurgie ambulatoire. L'accompagnement du changement pour faire évoluer les comportements implique à la fois des actions de formation et d'information des

acteurs pour replacer le patient au centre de l'épisode de soins et de l'organisation hospitalière et pour favoriser une meilleure coordination avec la médecine de ville.

➤ Le non remboursement de certains actes non pratiqués en ambulatoire

Pour Jacques Domergues le développement de la chirurgie ambulatoire passe par le levier financier, soit par le biais d'une revalorisation des actes pratiqués en ambulatoire (valorisation du K ambulatoire), soit par le biais d'un moindre remboursement par l'assurance maladie des actes pratiqués en hospitalisation complète pour des patients qui ne présentent pas de problèmes psychosociaux. « Cette méthode coercitive, même si elle peut paraître choquante pour certains, est la seule manière de responsabiliser le patient ».

CONCLUSION

L'UCA de Bicêtre a été imaginée dans une période où la chirurgie ambulatoire n'était pas très développée en France, puis créée comme une expérimentation au sein de l'AP HP.

Les développements précédents permettent de conclure que la structure a permis de renforcer le CHU dans ses missions de recherche et d'enseignement, qu'elle est économiquement performante, que la qualité des soins prodigués aux patients est supérieure à ce qu'elle était auparavant, et que patients et les agents sont satisfaits des possibilités offertes par l'unité.

S'il est difficile de répondre de manière tranchée à la question volontairement provocatrice posée en introduction, *modèle à suivre ou expérimentation sans lendemain ?*, on tend donc plus vers la première proposition que vers la deuxième.

Il reste toutefois beaucoup à faire pour tendre vers un fonctionnement parfait et pour pérenniser l'UCA. La précarité liées aux obligations de renouvellement de places (qui obligent les agents à la plus grande rigueur) et la philosophie même de la prise en charge ambulatoire permettent d'être optimiste sur les efforts qui vont être entrepris et donc sur l'avenir de l'unité.

Un minimum de lucidité oblige cependant à considérer que le futur de l'UCA n'est pas uniquement liée à ses performances, mais également à des facteurs politiques, comme l'ont montré les difficultés liées à l'ouverture de la structure.

Or il ressort des différents entretiens menés que, si l'on constate des réticences individuelles, le contexte politique général est plutôt favorable au développement du mode de prise en charge ambulatoire : l'enquête de l'assurance maladie, les différents discours recueillis montrent qu'au moment où le système de santé rencontre des difficultés financières très importantes, la chirurgie ambulatoire semble être politiquement perçue comme un des leviers permettant l'amélioration du système.

La conviction de PM Jarret qui écrivait en 1993 : "D'ici la fin de ce siècle, la question ne sera plus de savoir si le patient doit être pris en charge en ambulatoire, mais s'il a une quelconque raison d'être hospitalisé"⁵⁰ pourrait donc s'appliquer... aux décennies qui viennent.

Si on peut se réjouir de ce nouvel attrait qui permettra à coup sur de développer le confort du patient, il ne faudrait pas non plus que la chirurgie ambulatoire soit instrumentalisée :

⁵⁰ Editorial, ambulatory surgery, 1993.

le développement de la chirurgie ambulatoire ne transformera pas l'hôpital, c'est la transformation de l'hôpital qui créera les conditions du développement de la chirurgie ambulatoire...

Liste des annexes

ANNEXE 1 : personnel non médical affecté à l'unité de chirurgie ambulatoire de Bicêtre

ANNEXE 2 : détermination du potentiel

ANNEXE 3 : Exemple d'un des indicateurs de qualité utilisés à l'UCA de Bicêtre: le taux d'annulation des interventions programmées

ANNEXE 4 : Plaquette de présentation de l'unité

ANNEXE 5 : Potentiel de chirurgie ambulatoire en France

ANNEXE 1 : Personnel non médical affecté à l'unité de chirurgie ambulatoire de Bicêtre

- 1 cadre IBODE
- 6 aides soignants
- 2 IDE à 100%
- 1 IDE à 80%
- 1 IBODE
- 2 secrétaires médicales

Soit 12,8 équivalents temps plein, auxquels il faut ajouter les 3 IADE « fournis » par le département d'anesthésie réanimation, qui ne sont pas officiellement affectés à l'UCA.

ANNEXE 2 : Détermination et réalisation du potentiel

Source : DIM de Bicêtre, rapport intermédiaire du projet ANAES.

1. Potentiel prévisionnel :

- Sélection des séjours éligibles pour l'expertise clinique (tableau IV)

L'analyse porte sur 10 732 séjours de l'année 1999, pour l'ensemble des disciplines concernées, correspondant à 59 746 journées d'hospitalisation (colonnes 1 et 2). La sélection des séjours selon les critères successifs décrits ci-dessus (colonnes 3 à 6), aboutit au total et en moyenne à retenir pour l'expertise clinique 37% des séjours d'origine (colonne 7), allant de 25% pour la pédiatrie ou la chirurgie viscérale, à 62% pour l'ophtalmologie.

Les séjours effectués en hospitalisation traditionnelle, mais ayant duré moins de 24h et comportant un acte chirurgical réalisable à l'UCA, ont été indiqués en colonne 8. Ils permettent d'apprécier la part d'ambulatoire chirurgical, déjà effectuée par les services d'hospitalisation (hors HdJ au sens administratif du terme) avant transfert vers l'UCA.

Sélection des séjours d'hospitalisation complète éligibles pour l'expertise clinique :

	1	2	3	4	5	6	7	8
DISCIPLINES	Nb séjours	Nb journées	Mono service	ME direct MS domicile	acte >=1	DS<=3 j	Part des séjours HC	Séjours HC de - 24h avec acte chir.
Chir. PEDIATRIQUE	1143	5701	841	744	624	281	25%	7
Chir. VISCERALE	2242	14481	1779	1677	1173	558	25%	32
ORTHOPEDIE	2286	3716	1922	1385	1213	633	53%	3
UROLOGIE	2384	5115	2112	1902	1579	1134	47%	23
OPH	1150	1032	1024	947	813	609	62%	47
ORL	1245	21688	1084	1026	828	589	28%	38
STOMATOLOGIE	282	8013	253	238	225	175	48%	17
TOTAL	10732	59746	9015	7919	6455	3979	37%	167

- Expertise clinique

La comptabilisation des séjours et des journées potentiellement transférables à l'UCA, correspondant aux actes retenus par les experts chirurgiens, est donnée selon deux hypothèses (colonnes 9 à 12).

2. Résultat de l'expertise clinique

	9	10	11	12	13	14
	Hypothèse basse : DS <= 2 jours		Hypothèse haute : DS <= 3 jours		HdJ préalable	
DISCIPLINES	Nb séjours	Nb journées	Nb séjours	Nb journées	Nb venues	Nb venues HdJ avec acte chir.
Chir. PEDIATRIQUE	160	237	165	252	287	264
Chir. VISCERALE	144	221	209	412	0	0
ORTHOPEDIE	84	129	123	246	158	140
UROLOGIE	400	573	428	657	352	93
OPH	477	890	525	1034	531	18
ORL	253	347	313	521	80	180
STOMATOLOGIE	107	178	117	208	0	0
TOTAL	1625	2575	1880	3330	1408	695

Par ailleurs, lorsque le service était doté d'un hôpital de jour préalablement à l'ouverture de l'UCA (pédiatrie, orthopédie, urologie, ophtalmologie, ORL), le nombre total de venues en 1999 est indiqué en colonne 13. L'expertise clinique effectuée sur ces venues a sélectionné celles concernant des actes chirurgicaux transférables à l'UCA (colonne 14). En effet, certaines spécialités comme l'ophtalmologie ou l'urologie pratiquent des actes considérés comme médicaux (essentiellement exploratoires pour la première, thérapeutiques avec notamment le traitement de l'impuissance pour la seconde).

Pour l'ORL, l'activité HdJ transférable est supérieure au nombre de venues en HdJ du service, car depuis plusieurs années, les chirurgiens ORL opèrent des enfants admis non pas en ORL, service d'adultes, mais aux lits porte enfants. L'expert clinicien de cette discipline a confirmé que les actes effectués dans ces conditions d'admission devaient être pris en compte dans l'estimation du potentiel d'activité de la future unité de chirurgie ambulatoire, dédiée à la fois aux adultes et aux enfants, car dès son ouverture, il était prévu dans le projet organisationnel que les admissions aux lits porte enfants pour de la chirurgie ORL disparaissent.

3. Taux d'activité transférable

La part d'activité chirurgicale potentiellement transférable à l'UCA est globalement de 19% dans l'hypothèse basse et de 21% dans l'hypothèse haute, ce taux variant selon les disciplines.

Potentiel prévisionnel

	15	16	17	18	19	20	21	22
	Hypothèse basse				Hypothèse haute			
DISCIPLINES	Résultat en séjours [9+14]	Résultat en journées [10+14]	Potentiel en séjours [15/(1+13)]	Potentiel en journées [16/(2+13)]	Résultat en séjours [11+14]	Résultat en journées [12+14]	Potentiel en séjours [19/(1+13)]	Potentiel en journées [20/(2+13)]
Chir. PEDIATRIQUE	424	501	30%	8%	429	516	30%	9%
Chir. VISCERALE	144	221	6%	2%	209	412	9%	3%
ORTHOPEDIE	224	269	9%	1%	263	386	11%	2%
UROLOGIE	493	666	18%	8%	521	750	19%	9%
OPH	495	908	29%	21%	543	1052	32%	25%
ORL	433	527	33%	10%	493	701	37%	13%
STOMATOLOGIE	107	178	38%	17%	117	208	41%	20%
TOTAL	2320	3270	19%	5%	2575	4025	21%	7%

La part de ce potentiel d'ores et déjà effectuée par les services (somme des effectifs des colonnes 8 et 14, rapportée à la somme des colonnes 1 et 13) est au total de 7%, variant de 1% (chirurgie viscérale), à 19% (chirurgie pédiatrique). Ainsi, l'activité ambulatoire déjà réalisée, mais pas encore dans une unité dédiée, représente 37% du potentiel calculé.

ANNEXE 3 : Exemple d'un des indicateurs de qualité utilisés à l'UCA: le taux d'annulation des interventions programmées

Source : DIM de Bicêtre

- Cause n°1 : le patient ne se présente pas à l'UCA

Critère	2342 patients programmés
1- oubli du patient	7 (0,3%)
2- problème lié au retour à domicile	7 (0,3%)
3- maladie imprévue intercurrente	48 (2,1%)
4- discordance entre date de RV donnée, et date de programmation	34 (1,5%)
5- annulation par le patient sans explication	60 (2,6%)
7- pas de consultation d'anesthésie	18 (0,8%)
Total	174 (7,5%)

Cause n°2 : annulation de l'intervention programmée après l'arrivée à l'UCA

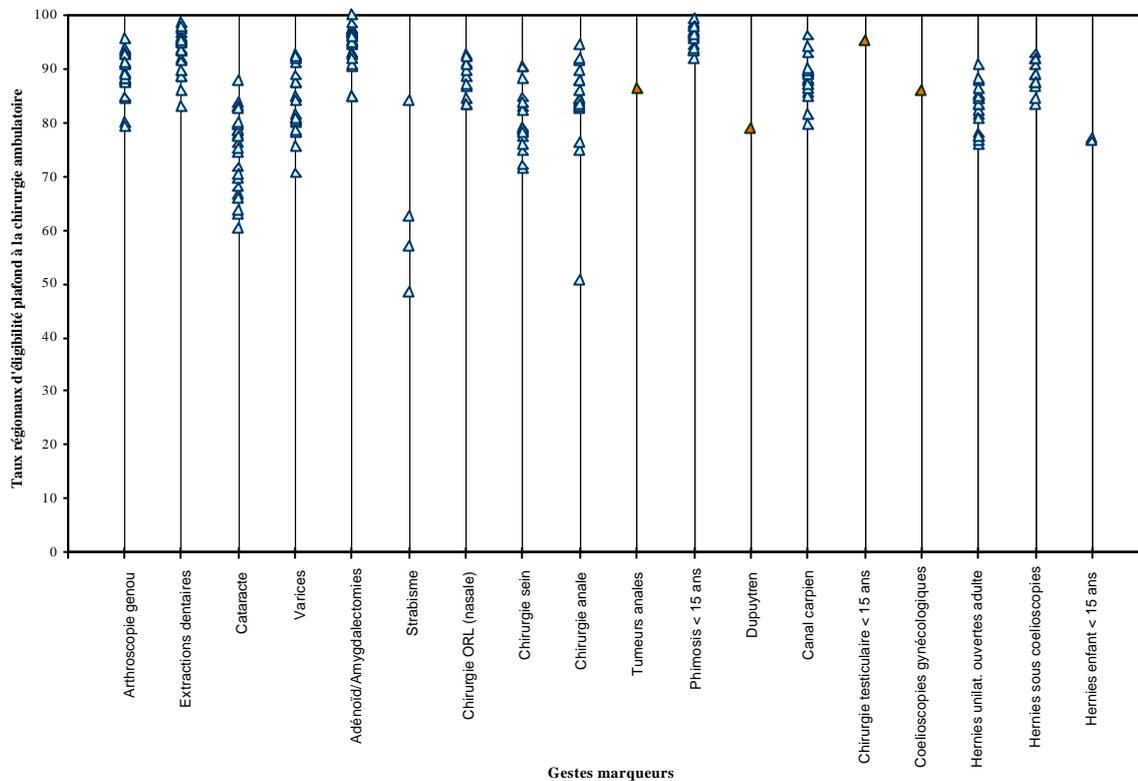
Critère	2342 patients programmés
2- problème lié au retour à domicile	0
3 – maladie imprévue intercurrente	40 (1,7%)
4- discordance entre date de RV donnée, et date de programmation	0
6- annulation par l'opérateur	6 (0,3%)
7- pas de consultation d'anesthésie	10 (0,4%)
8- circonstance imprévue dans la prise en charge du patient	9 (0,4%)
9- incapacité de la structure à prendre en charge le patient	0
Total	65 (2,7%)

Le nombre important d'annulations sans explication est sans doute lié au nombreuses journées de grève survenues en 2001 : les interventions non urgentes ont en effet été reportées, et certains patients ont de ce fait décidé de se faire opérer dans un autre établissement. La fréquence assez élevée de maladies intercurrentes est probablement liée à l'activité de pédiatrie.

Ce type de résultats, présentés ici encore en réunion de fédération de gestion commune, a permis de rappeler les règles de programmation des interventions, ainsi que le circuit à suivre par le patient et par l'opérateur pour limiter ces dysfonctionnements.

ANNEXE 5 : Potentiel de chirurgie ambulatoire en France

Figure 3 : Dispersion par geste marqueur des valeurs régionales du taux plafond d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire (chaque triangle représente une valeur régionale du taux plafond d'éligibilité). Source : Enquête PNIR "Chirurgie Ambulatoire" - Volet Potentiel de Substitution - septembre 2003



Bibliographie

1. CONFERENCE DE CONSENSUS, "La chirurgie sans hospitalisation ", *Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée*, Paris, 22, 23 et 24 mars 1993 (voir aussi "chirurgie de court séjour- Rapport sur la Conférence de consensus", *Cahiers de Chirurgie*, n°87 – 3/1993)
2. PROGRAMME NATIONAL INTER REGIMES « conditions de développement de la chirurgie ambulatoire », septembre 2003
3. BERTRAND G., "La chirurgie ambulatoire est désormais réglementaire", *Cahiers de Chirurgie*, 1er trimestre 1993, n° 85, pp. 108-111.
4. SALES JP, L'HUILLIER MC, «chirurgie et anesthésie ambulatoire : un espace pour de nouveaux comportements », *revue hospitalière de France*, 2000, n°3, page 48-50.
5. DEMONT F., LEGROUX Ph., CANTORI J., "Analyse économique de la chirurgie ambulatoire des hernies inguinales", *Cahiers d'Anesthésiologie* ; 1993 ; tome 41 ; n°4 ; p. 335.
6. "La chirurgie ambulatoire dans huit établissements des Bouches du Rhône - Journée Interrégionale Clermont Ferrand/Marseille - 23 septembre 1994", *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, janvier 1995.
7. MAHIEU A., RAFFY-PIHAN N. «la chirurgie ambulatoire en France: bilan et perspectives. » *Question d'économies de la santé*, 1998, n°2.
8. ANAES, "La chirurgie ambulatoire", *Evaluation technologique*, mai 1997.
9. CREDES, " Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec", novembre 1997.

10. SALES JP, « problématique des taux de change et points ISA », *revue hospitalière de France*, 2000, n° 3, pages 57-59.
11. LANGLOYS (J), *Anesthésie ambulatoire*, éd Temps Pastel, 3^{ème} édition, Gif sur Yvette, 1997
12. LATHOUWER C. de, POUILLIER J.P., "Ambulatory surgery in the world in 1994-95 : the state of the art in 29 OECD countries", *Ambulatory surgery* 6 (1998), p 43-55.
13. LEBLANC N., DAULHAC C., ACHARD L., GATEAU R., "La chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers sous dotation globale ; étude descriptive et estimation des places", *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 1999.
14. SFAR, "Perspectives tirées de l'enquête sur l'activité anesthésique de 1996", *Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation (AFAR)*, éd ELSEVIER, décembre 1999 ; vol 18 ; n°10 p 1035-1037
15. CORVEZ A. (ARH Languedoc Roussillon) : "la chirurgie ambulatoire et sa contribution à une amélioration de l'aménagement du territoire" Actualité et dossier en Santé Publique *Revue trimestrielle du Haut Comité de Santé Publique*, Paris décembre 1999, n° 29, pp 52-54,
16. BUSSON O., DOUSSIN A., SOURTY-LE GUELLEC M-J., "Chirurgie ambulatoire : comparaison France et Etats-Unis", Communication présentée aux journées thématiques sur l'hospitalisation (CNAMTS), Lille, 25-26 novembre 1999, CREDES, *biblio*, n°1288, février 2000.
17. SALES JP, « la chirurgie ambulatoire, un laboratoire d'expériences innovantes », *Interblocs*, 2002, tome 21, n°3, pages 84-86.
18. ANAES, "Evaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte", *Evaluation des technologies*, février 2000.
19. BUSSON O., DOUSSIN A., SOURTY-LE GUELLEC M-J., "Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire : l'exemple des cures de hernies

- inguinales ou crurales", *biblio*, n° 1303; *questions d'économie de la santé*, n°30 CREDES, mai 2000.
20. AFCA, *Chirurgie ambulatoire*, AFCA 2000, novembre 2000.
21. LATHOUWER C. de, POUILLIER J. P., "How much ambulatory surgery in the world in 1996-97 and trends?", *Ambulatory surgery* 8 (2000) ; p 191-210.
22. DREES, "Le traitement chirurgical de la cataracte en France", *Etudes et résultats*, n°101, février 2001.
23. PELLERIN D., PARMENTIER G., SALES J. P., JOUFFROY L., Aoustin M., HOLLENDER L. (contributions), "La chirurgie ambulatoire", séance thématique du 12 juin 2001, *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2001, 185, n°6, p 1023-1085.
24. SOURTY-LE GUELLEC M-J., "Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France en 1999", *biblio*, n° 1357; *questions d'économie de la santé*, n°41, CREDES, septembre 2001.
25. SOURTY-LE GUELLEC M-J., "La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs", *questions d'économie de la santé - analyses*, n° 50 ; avril 2002.
26. BONTEMPS G., COUSTAR N., TOUPIN M.H., "Enquête nationale chirurgie ambulatoire et son articulation avec le PMSI", *Actes des Journées EMOIS 2002*, Nancy, mars 2002.
27. MERLE P., « faire le choix de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public », *mémoire EDH*, Rennes, ENSP, 1999.
28. BREHIER M., « conception et organisation d'une unité de chirurgie ambulatoire au sein d'un hôpital de soins de suite, exemple du projet de reconversion de l'hôpital Rothschild », *mémoire EDH*, Rennes, ENSP, 1998.

Références réglementaires

- **Loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970**
JO du 3 janvier 1971 page 67
- **Loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991**
JO du 2 août 1991 page 10255
- **Loi portant diverses mesures d'ordre social du 31 décembre 1991**
JO du 4 janvier 1992 page 178
- **Décrets n°92-1100, n° 92-1101 et n°92-1102 du 2 octobre 1992(art D712-30 à 34 du CSP)**
JO du 8 octobre 1992 page 13990
- **Arrêté du 12 novembre 1992**
JO du 19 novembre 1992 page 15901
- **Circulaire ministérielle n°52 du 15 décembre 1992**
BO n°2 du 16 février 1993
- **Accord tripartite du 14 novembre 1992**
JO du 27 janvier 1993 page 1368
- **Accord tripartite OQN 1993**
JO du 28 octobre 1993 page 14919
- **Arrêté du 28 janvier 1993**
JO du 10 février 1993 page 34
- **Arrêté du 7 janvier 1993**
JO du 15 janvier 1993 page 821
- **Arrêté du 12 mars 1993**
JO du 13 mars 1993 page 3958
- **Arrêté du 24 février 1994**
JO du 1 avril 1994 page 4848
- **Circulaire DDS n°AM1/94/15/**
BO n°11 du 9 juin 1994
- **Circulaire DDS n°AM1/94/14/**
BO n°25 du 9 août 1994
- **Décret du 28 août 1995**
JO du 5 septembre 1995 page 13172
- **Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée**
JO du 25 avril 1996 page 6324
- **Contrat National Tripartite du 15 avril 1997**

BO n°19 du 7 juin 1997

- **Décret n°99-444 du 31 mai 1999 (art 712-13-1 du CSP)**

JO du 2 juin 1999 page 8111

- **Arrêté du 31 mai 1999**

JO du 2 juin 1999 page 8114