#26

INFO EN SANTÉ

NOVEMBRE 2015

SYSTÈME D'INFORMATION • STRATÉGIE • QUALITÉ

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE • WWW.FHF.FR

SOMMAIRE

1 **ÉDITORIAL**

3 **CHIFFRES CLÉS : PARTS DE MARCHÉ 2014**
Stéphane Finkel (FHF)

9 **COMPLEXITÉ DES PRISES EN CHARGE DU DIABÈTE EN HÔPITAL DE JOUR**
Marie-Christine Turnin, Dominique Petiot, Laurent Molinier (CHU de Toulouse) et Fabienne Séguret (CHU de Montpellier).

11 **LE VIRAGE VERS LE (PRESQUE) TOUT AMBULATOIRE EST-IL CRÉDIBLE ?**
Stéphane Finkel (FHF), Patrick Médée (FHF Aquitaine), Frédéric Kletz (École des Mines-ParisTech) et Nelly Alvy (CH de Périgueux).

ÉDITORIAL

Panacée

Définition : nom féminin, du latin *panacea* et du grec *panakeia* : remède contre tous les maux (source : larousse.fr).

Synonyme : virage ambulatoire (source : technocratie.fr).

Il semblerait que le remède universel contre l'évolution des dépenses de santé ait enfin été découvert : le virage ambulatoire en serait le seul principe actif. Il devrait permettre des réductions capacitaires considérables et tous azimuts, elles-mêmes génératrices d'économies majeures au sujet desquelles on peut légitimement s'interroger sur le fait que personne n'y ait pensé plus tôt. Cette réduction capacitaire, source d'économies très significatives et très faciles à évaluer (la règle de trois étant le seul principe à connaître), doit se réaliser sans diminution de l'emploi hospitalier tant nous savons que celui-ci est insignifiant dans les dépenses hospitalières.

Il va sans dire que ce remède ne serait administré qu'à l'hospitalisation publique, qui comme chacun sait, est la source unique de toutes les dépenses, de tous les maux et justifiant toutes les attaques et vilénies.

Cette découverte magistrale permet désormais d'exonérer de toute responsabilité l'intégralité des autres sources de dépenses, comme par exemple l'hospitalisation privée, la médecine libérale, les transports, les arrêts maladie, la consommation médicamenteuse et le reste.

Le virage ambulatoire concerne évidemment en premier lieu la chirurgie. Les chiffres avancés laissent clairement envisager la fin programmée de la chirurgie en hospitalisation complète (hormis pour quelques niches comme éventuellement l'activité de greffes cardiopulmonaires par exemple pour encore quelques années). Or ce virage concerne aussi la médecine, pour le moment sans objectif chiffré assigné. Mais nous pouvons être assurés (et nous montrer rassurés !) que les contrôles de l'Assurance maladie se chargeront par la suite de transformer administrativement toute l'activité convertie en hôpital de jour médical en activité externe.

Interrogeons-nous désormais sur la véritable nécessité du maintien d'une capacité d'hospitalisation publique. La question ne se pose pas pour le secteur lucratif qui possède la justification indiscutable de la chirurgie programmée et des actes interventionnels médicaux.

Ce noble objectif d'une réduction capacitaire est cependant régulièrement un petit peu entravé (au moins de novembre à avril) par l'afflux massif de demandes d'hospitalisations en urgence liées à des problèmes divers, sans aucun doute mineurs comme : épidémies (celle de la grippe a conduit à une surmortalité hivernale de 18300 individus cet hiver d'après l'InVS), personnes âgées transférées depuis les EHPAD pour tous problèmes médicaux, bronchiolites chez les jeunes enfants, et toute une palette d'autres causes.

Bien entendu, ces afflux massifs, l'hospitalisation publique devra arriver facilement à y répondre sur-le-champ, même sans lits, ni personnel.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Redevenons sérieux! Les injonctions paradoxales ne peuvent constituer une politique.

Redevenons sérieux ! Les injonctions paradoxales ne peuvent constituer une politique.

Des restructurations hospitalières, des évolutions des modalités de prise en charge en fonction des besoins (y compris vers l'ambulatoire) sont bien sûr utiles et possibles avec un peu de courage et surtout de cohérence et de logique. Mais ces évolutions ne peuvent se faire sans se référer à des bases médicales.

Peut-être même est-il possible de redonner un rôle légitime, mais aussi des obligations, à la médecine de ville. On peut éventuellement même espérer, voire rêver, à une véritable politique de santé.

Une vraie restructuration hospitalière courageuse avec des soins hiérarchisés et coordonnées ainsi qu'un rôle défini et des obligations pour la médecine de ville seraient de mise en œuvre plus difficile mais plus intelligente et sans doute plus efficace qu'une réduction capacitaire à marché forcée de la seule hospitalisation publique.

Gérard Vincent, *délégué général, FHF*
Bernard Garrigues, *médecin des hôpitaux, conseiller médical à la FHF*
Yves Gaubert, *responsable du pôle Finances - BDHF, FHF*

1 ■ CHIFFRES CLÉS : PARTS DE MARCHÉ 2014 - Stéphane Finkel (FHF)

+9,7 %

Évolution de la part de marché publique et parapublique en **chirurgie hospitalisation complète** en France entre 2004 et 2014.

+6,7 %

Évolution de la part de marché publique et parapublique en **chirurgie ambulatoire** en France entre 2004 et 2014.

82,8 %

Part de marché publique et parapublique en **médecine hospitalisation complète** en France en 2014.

75,9 %

Part de marché publique et parapublique en **obstétrique hospitalisation complète** en France en 2014.

13,7 %

Part de marché du secteur commercial en **médecine hospitalisation complète** dans la région Bourgogne-Franche-Comté en 2014 (taux le plus faible en France métropolitaine pour une grande région).

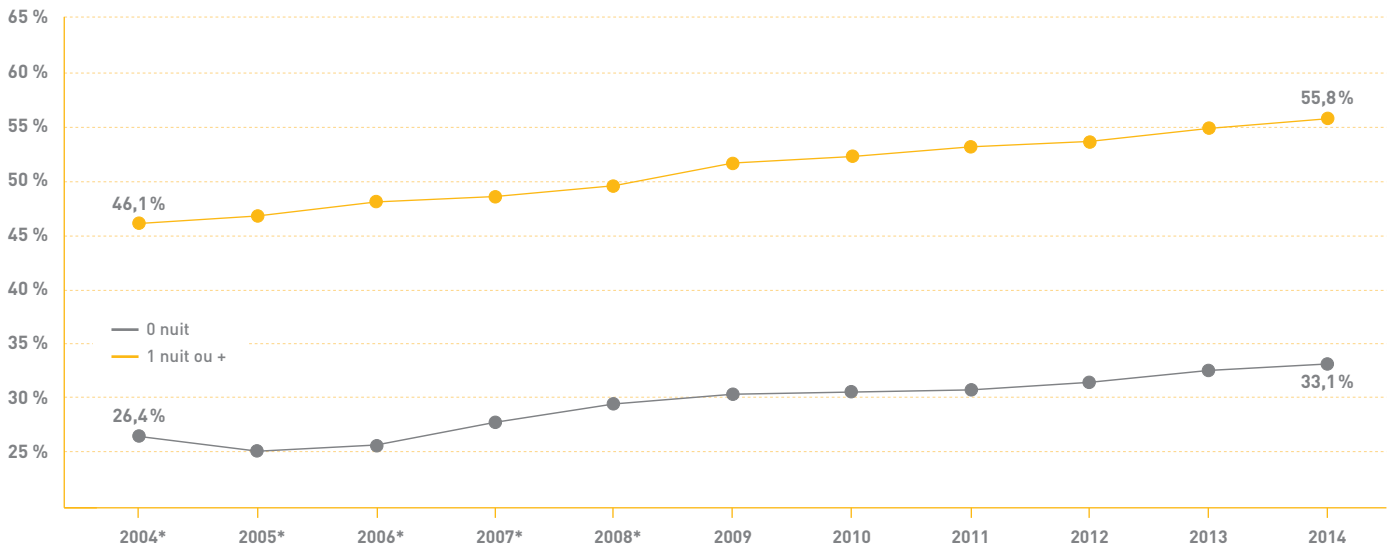
43,4 %

Part de marché du secteur public et parapublic en **chirurgie ambulatoire** dans la région Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine en 2014 (taux le plus élevé en France métropolitaine pour une grande région).

Évolution de la part de marché publique et parapublique sur 10 ans en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

a. Chirurgie, évolution de la part de marché publique et parapublique sur 10 ans.

1* CHIRURGIE : Parts de marché du public et parapublic France 2004-2014 (yc DOM-TOM et HIA) - Sources : PMSI ATIH/DHOS - BDHF/FHF



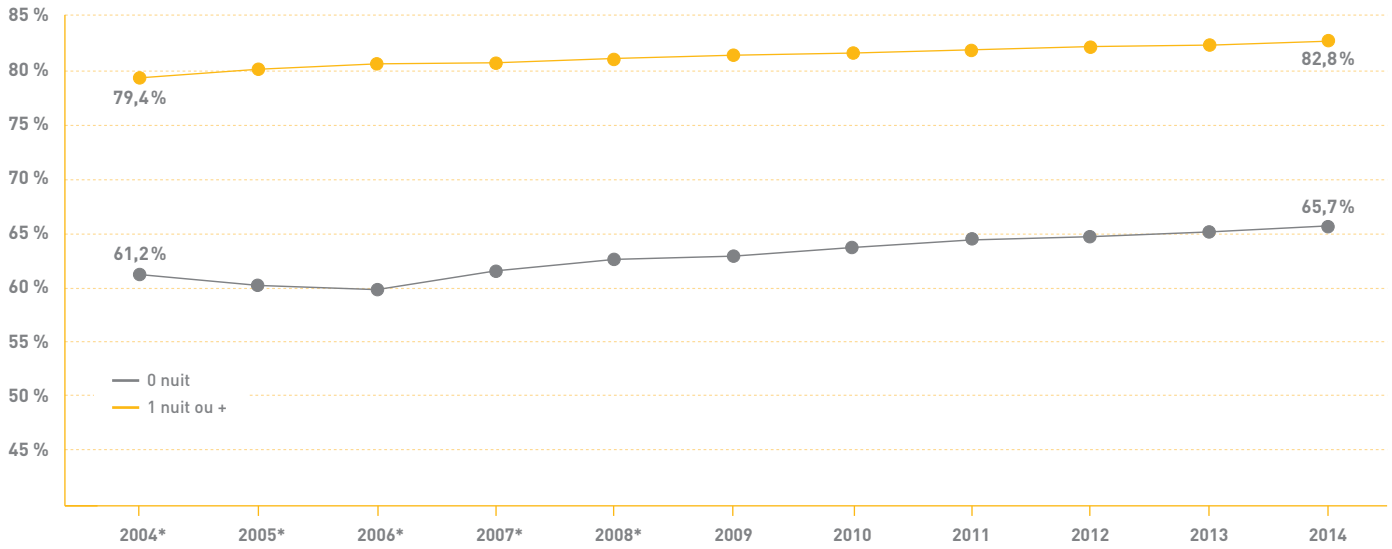
(*) L'activité des HIA et du CH de Mayotte a été estimée pour les années 2004-2008.

Le secteur public et parapublic s'est montré extrêmement actif et conquérant sur ces 10 dernières années en s'imposant petit à petit (+1 % chaque année depuis plus de 12 ans) comme l'acteur principal en chirurgie traditionnelle. Ce secteur est passé majoritaire dès 2009 et détient désormais presque 56 % de la part de marché de cette activité.

Sur la chirurgie ambulatoire, la situation est un peu différente puisqu'il s'agit traditionnellement du domaine du secteur privé commercial, notamment en raison des spécialités sur lesquelles il est principalement positionné (chirurgie de la cataracte, stomatologie/ORL, chirurgie des varices...). On notera néanmoins que le secteur public et parapublic grignote peu à peu de l'activité puisque sa part se monte désormais à 33,1 %, en hausse constante.

b. Médecine, évolution de la part de marché publique et parapublique sur 10 ans.

2* MÉDECINE : Parts de marché du public et parapublic France 2004-2014 (yc DOM-TOM et HIA) - Sources : PMSI ATIH/DHOS - BDHF/FHF

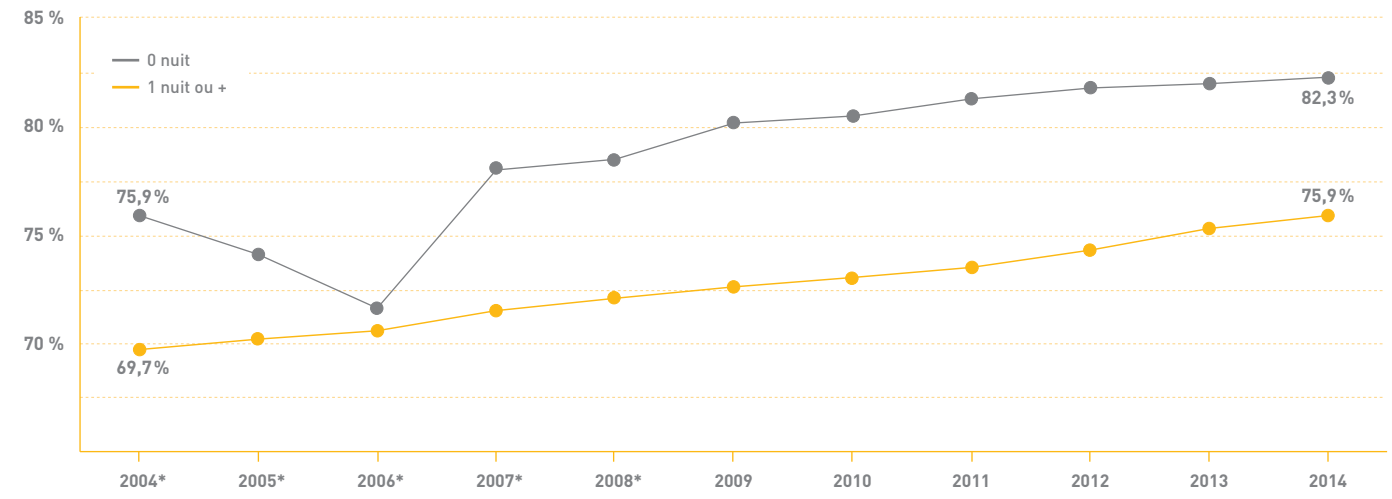


(*) L'activité des HIA et du CH de Mayotte a été estimée pour les années 2004-2008.

La médecine, qui représente près de 58 % des hospitalisations du champ MCO en France en 2014 (hors séances), est de plus en plus abandonnée par le secteur privé. En hospitalisation complète, alors que sa domination est hégémonique, le secteur public et parapublic continue de progresser chaque année pour atteindre 82,8 % des séjours en 2014. Les venues en hospitalisation de jour sont également essentiellement publiques et parapubliques. Néanmoins pour cette activité, le secteur privé continue d'avoir une part significative (34,3 % en 2014) notamment grâce aux endoscopies qui représentent plus de la moitié de son activité.

c. Obstétrique, évolution de la part de marché publique et parapublique sur 10 ans.

3* OBSTÉTRIQUE : Parts de marché du public et parapublic France 2004-2014 (yc DOM-TOM et HIA) - Sources : PMSI ATIH/DHOS - BDHF/FHF



(*) L'activité des HIA et du CH de Mayotte a été estimée pour les années 2004-2008.

À l'instar de la médecine, le secteur public et parapublic, en plus de sa prééminence, continue d'être extrêmement dynamique en gagnant du terrain chaque année (en moyenne 0,6 % chaque année depuis 10 ans en hospitalisation complète). Il prend en charge aujourd'hui plus des trois quarts de l'activité nationale et l'écrasante majorité des grossesses difficiles ou à haut risque.

Parts de marché par région en 2014

4* Part de marché (*) du secteur public et parapublic (ex-DG) en 2014.
Résultat par région(**), évolution 2013/2014 - Sources : PMSI ATIH 2013-2014- FHF/BDHF

		Chirurgie			Médecine			Obstétrique		
		0 nuit	1 nuit et +	Total	0 nuit	1 nuit et +	Total	0 nuit	1 nuit et +	Total
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	PdM ex-DG 2014	43,4 %	63,2 %	**54,4 %**	70,5 %	85,1 %	**77,5 %**	85,2 %	78,3 %	**79,8 %**
	Évolution 2013/2014	+0,5 %	+0,7 %	**+0,3 %**	-0,2 %	-0,3 %	**-0,3 %**	+0,8 %	-0,0 %	**+0,2 %**
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	PdM ex-DG 2014	31,2 %	52,6 %	**42,5 %**	66,4 %	81,8 %	**74,0 %**	83,1 %	74,3 %	**76,5 %**
	Évolution 2013/2014	+0,5 %	+1,2 %	**+0,5 %**	+0,2 %	+0,4 %	**+0,2 %**	+1,3 %	+1,0 %	**+1,1 %**
Auvergne-Rhône-Alpes	PdM ex-DG 2014	35,0 %	57,0 %	**46,8 %**	68,0 %	85,6 %	**76,9 %**	87,3 %	76,7 %	**78,9 %**
	Évolution 2013/2014	-0,0 %	+0,8 %	**-0,1 %**	+0,3 %	-0,1 %	**-0,0 %**	+0,2 %	+0,4 %	**+0,3 %**
Bourgogne-Franche-Comté	PdM ex-DG 2014	37,4 %	60,0 %	**50,1 %**	68,1 %	89,4 %	**79,2 %**	94,6 %	86,4 %	**88,3 %**
	Évolution 2013/2014	+1,2 %	+0,8 %	**+0,5 %**	+0,3 %	+0,6 %	**+0,2 %**	-0,2 %	+1,3 %	**+0,8 %**
Bretagne	PdM ex-DG 2014	34,5 %	57,7 %	**47,2 %**	66,6 %	87,4 %	**77,6 %**	88,6 %	80,6 %	**82,4 %**
	Évolution 2013/2014	-0,1 %	+1,0 %	**+0,0 %**	+0,8 %	-0,1 %	**+0,1 %**	+0,1 %	-0,1 %	**-0,1 %**
Centre-Val de Loire	PdM ex-DG 2014	33,7 %	52,7 %	**44,0 %**	59,5 %	83,8 %	**72,4 %**	92,5 %	81,3 %	**83,7 %**
	Évolution 2013/2014	+0,4 %	+0,5 %	**+0,2 %**	+0,3 %	+0,1 %	**-0,1 %**	+0,0 %	+0,6 %	**+0,3 %**
Corse	PdM ex-DG 2014	16,1 %	45,8 %	**30,9 %**	41,5 %	74,3 %	**57,5 %**	78,4 %	75,9 %	**76,5 %**
	Évolution 2013/2014	+2,6 %	+3,7 %	**+2,9 %**	+3,6 %	+2,7 %	**+2,6 %**	-0,8 %	-0,6 %	**-0,6 %**
Île-de-France	PdM ex-DG 2014	32,8 %	59,0 %	**46,1 %**	67,6 %	83,1 %	**74,8 %**	75,0 %	75,2 %	**75,2 %**
	Évolution 2013/2014	+0,8 %	+1,1 %	**+0,5 %**	+0,9 %	+0,4 %	**+0,7 %**	+1,6 %	+1,4 %	**+1,4 %**
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	PdM ex-DG 2014	26,7 %	46,3 %	**37,2 %**	57,8 %	68,7 %	**63,0 %**	64,4 %	57,8 %	**59,5 %**
	Évolution 2013/2014	+0,5 %	+0,5 %	**+0,2 %**	+0,3 %	+0,2 %	**+0,2 %**	-0,0 %	+0,0 %	**+0,0 %**
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	PdM ex-DG 2014	40,3 %	60,4 %	**50,7 %**	67,9 %	86,1 %	**77,1 %**	94,0 %	77,8 %	**81,6 %**
	Évolution 2013/2014	+0,7 %	+0,6 %	**+0,3 %**	+0,3 %	-0,1 %	**-0,1 %**	+0,0 %	+0,1 %	**+0,1 %**
Normandie	PdM ex-DG 2014	30,6 %	52,1 %	**42,3 %**	64,5 %	86,0 %	**75,6 %**	91,5 %	82,7 %	**84,7 %**
	Évolution 2013/2014	+0,7 %	+1,5 %	**+0,7 %**	+0,8 %	+0,0 %	**+0,1 %**	+0,5 %	+0,1 %	**+0,2 %**
PACA	PdM ex-DG 2014	27,0 %	54,8 %	**41,1 %**	62,7 %	80,3 %	**70,8 %**	75,1 %	77,1 %	**76,7 %**
	Évolution 2013/2014	+1,0 %	+1,3 %	**+0,6 %**	+1,3 %	-0,2 %	**+0,6 %**	-1,9 %	+0,8 %	**+0,1 %**
Pays de la Loire	PdM ex-DG 2014	27,8 %	45,6 %	**36,9 %**	64,6 %	79,7 %	**72,1 %**	89,7 %	72,7 %	**76,5 %**
	Évolution 2013/2014	+0,2 %	+0,9 %	**+0,1 %**	+0,8 %	-0,0 %	**+0,2 %**	-0,6 %	-0,0 %	**-0,1 %**
Guadeloupe	PdM ex-DG 2014	26,8 %	65,7 %	**47,7 %**	45,4 %	67,3 %	**56,4 %**	52,4 %	66,7 %	**62,4 %**
	Évolution 2013/2014	+3,2 %	+1,9 %	**+2,3 %**	-0,1 %	+0,7 %	**+0,1 %**	-0,9 %	+0,2 %	**-0,2 %**
Martinique	PdM ex-DG 2014	36,0 %	68,7 %	**54,3 %**	78,7 %	89,0 %	**84,5 %**	94,4 %	66,5 %	**75,1 %**
	Évolution 2013/2014	-1,6 %	-2,3 %	**-2,4 %**	-0,7 %	-0,5 %	**-0,6 %**	-0,2 %	-0,1 %	**-0,4 %**
Guyane	PdM ex-DG 2014	52,9 %	81,9 %	**74,8 %**	64,2 %	94,6 %	**86,2 %**	98,6 %	91,1 %	**92,0 %**
	Évolution 2013/2014	+2,9 %	+1,8 %	**+1,8 %**	-2,7 %	+0,9 %	**-0,3 %**	+0,7 %	+2,4 %	**+2,4 %**
Réunion	PdM ex-DG 2014	26,4 %	59,9 %	**43,8 %**	62,0 %	84,2 %	**75,3 %**	81,1 %	70,6 %	**73,1 %**
	Évolution 2013/2014	+1,1 %	+0,6 %	**+0,8 %**	-1,6 %	+0,5 %	**-0,3 %**	-1,3 %	-0,3 %	**-0,6 %**
TOTAL FRANCE	PdM ex-DG 2014	33,1 %	55,8 %	**45,1 %**	65,7 %	82,8 %	**74,1 %**	82,3 %	75,9 %	**77,3 %**
	Évolution 2013/2014	+0,6 %	+0,9 %	**+0,3 %**	+0,5 %	+0,1 %	**+0,2 %**	+0,3 %	+0,6 %	**+0,5 %**

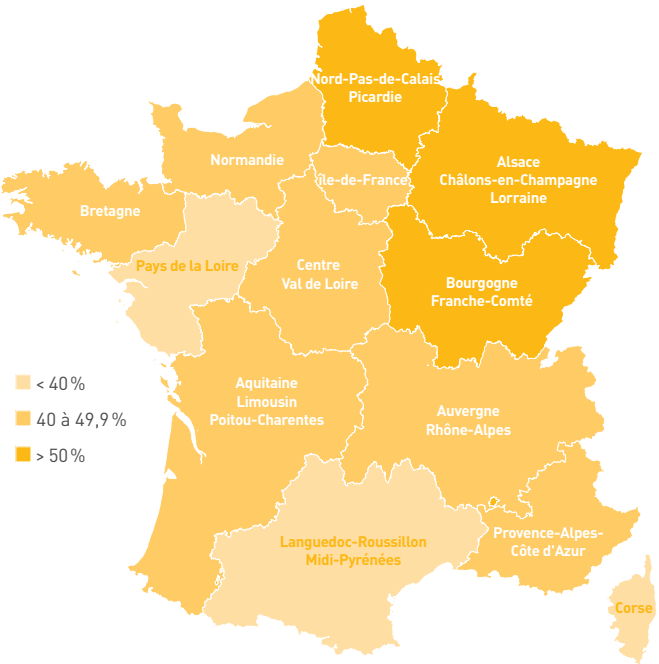
(*) Hors séances de radiothérapie et de dialyse, hors mort-nés, hors chirurgie esthétique non prise en charge par l'AM.
(**) Lieu de réalisation de l'activité (indépendamment du lieu de résidence du patient).

Comme on l'a vu précédemment, la part de marché du secteur ex-DG en **chirurgie ambulatoire** est de 33,1 % en France en 2014. Cela cache néanmoins des disparités régionales puisque cette valeur varie de 52,9 % en Guyane (43,4 % pour la région métropolitaine d'Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine notamment grâce à l'Alsace qui se situe à elle toute seule à 50,5 %) à 16,1 % en Corse. Alors que ces chiffres sont encore très nettement à l'avantage du secteur lucratif, on a noté une forte progression du secteur ex-DG, où hormis le cas particulier de la Martinique (-1,6 %), seules 2 régions stagnent (Bretagne et Auvergne-Rhône-Alpes) alors que toutes les autres sont en hausse.

a

En chirurgie en hospitalisation complète, on a vu que globalement le secteur ex-DG était désormais nettement majoritaire (55,8 % en hausse constante depuis au moins 12 ans). Seules 3 régions restent encore dans le giron du privé lucratif : Corse, Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées et Pays-de-la-Loire mais dans tous les cas le secteur ex-DG progresse fortement laissant à penser, si la tendance persiste, que d'ici quelques années le secteur ex-DG sera majoritaire dans toutes les régions. D'ailleurs en termes de progression, en dehors de la Martinique, le secteur ex-DG accroît sa part de marché dans toutes les régions.

5* Part de marché du secteur public et parapublic hospit. complète et ambulatoire en 2014 : Chirurgie (en % du nombre de séjours) - PMSI 2014 - ATIH, FHF/BDHF



La part de marché de la chirurgie prise dans son ensemble (hospitalisation complète + ambulatoire) est encore majoritairement détenue par le secteur privé (en nombre de séjours car en valeur il est évident que le public est majoritaire puisque c'est lui qui développe essentiellement les activités lourdes), néanmoins on l'a vu, l'inversion est probablement pour les années à venir.

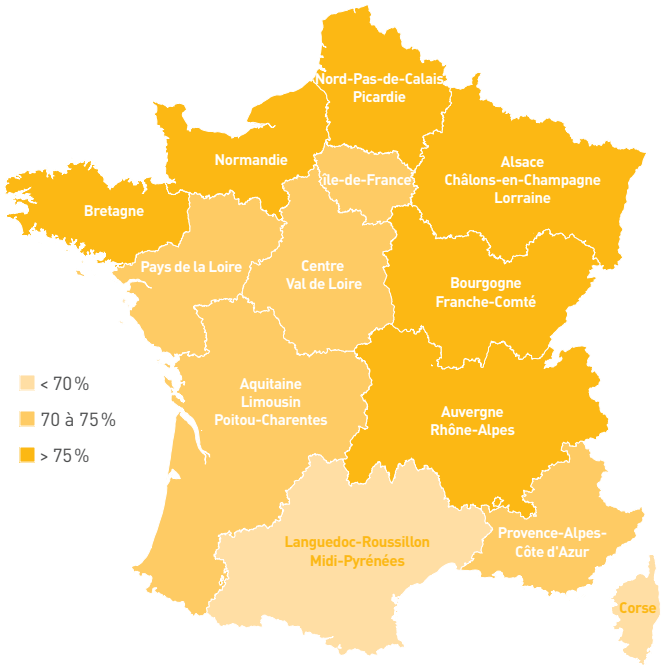
À ce jour le public est majoritaire dans 3 des 13 grandes régions (auxquelles il faut rajouter la Martinique et la Guyane), et très proche de l'être dans au moins 3 autres.

b

En **médecine ambulatoire,** seules la Corse et la Guadeloupe font exception, puisque dans toutes les autres régions le secteur ex-DG est majoritaire (moyenne nationale 65,7 %) et de surcroît progresse presque partout sauf dans les DOM.

En hospitalisation complète, le secteur ex-DG est soit nettement majoritaire, soit carrément en situation de quasi-monopole comme c'est le cas en Guyane (94,6 %) ou en Bourgogne-Franche-Comté (89,4 %). La part de ce secteur continue de progresser globalement en France (+0,09 % entre 2013 et 2014), mais ce n'est pas le cas dans toutes les régions. Néanmoins, en termes d'évolution il est plutôt normal d'avoir davantage de situations contrastées dans le cas d'un quasi-monopole que dans des situations plus concurrentielles puisque la hausse ne peut mathématiquement pas se poursuivre indéfiniment.

6* Part de marché du secteur public et parapublic hospit. complète et ambulatoire en 2014 : Médecine (en % du nombre de séjours) - PMSI 2014 - ATIH, FHF/BDHF

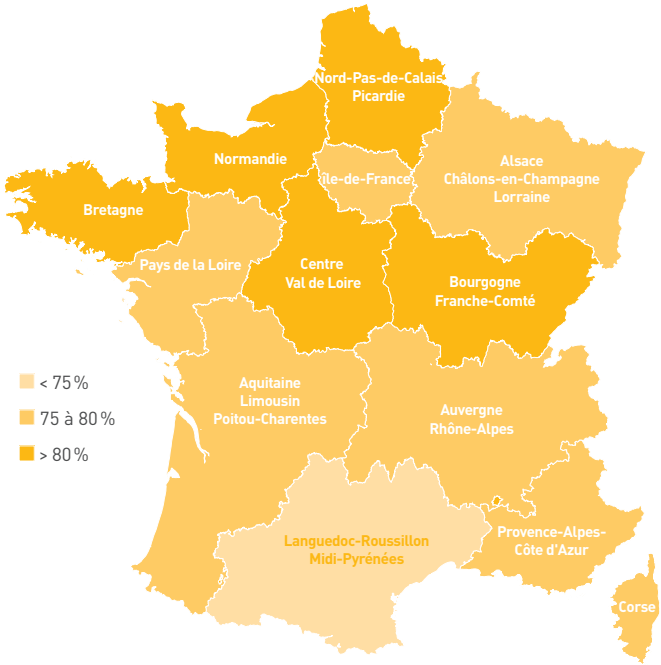


Globalement sur la médecine prise dans son ensemble, on le sait les secteurs public et parapublic sont ultra majoritaires, au point que seules deux grandes régions échappent encore à des taux globaux inférieurs à 70 % (Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées et Corse). Le maximum étant atteint dans la région Bourgogne-Franche-Comté dans laquelle le privé ne réalise que 20,8 % de l'activité (10,6 % de l'hospitalisation complète).

c

Concernant l'obstétrique, notamment en hospitalisation complète qui constitue l'essentiel de l'activité des établissements dans cette spécialité, le secteur ex-DG est très nettement majoritaire en France (75,9 %). C'est le cas de toutes les régions où ce secteur atteint 86,4 % de la part de marché comme en Bourgogne-Franche-Comté et même 91,1 % en Guyane. Seule la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées marque la résistance du secteur privé lucratif, puisque celui-ci atteint son maximum avec 42,2 % de part de marché. À l'instar des autres activités, la plupart des régions voient le secteur ex-DG renforcer sa position.

7* Part de marché du secteur public et parapublic hospit. complète et ambulatoire en 2014 : Obstétrique (en % du nombre de séjours) - PMSI 2014 - ATIH, FHF/BDHF



Comme en médecine, les secteurs public et parapublic sont ultra dominants en obstétrique. Seule la grande région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées se distingue avec un taux inférieur à 75 %. Dans certaines régions on peut presque parler de quasi-monopole.

d

8* Évolution de la part de marché public-parapublic en médecine, chirurgie et obstétrique entre 2013 et 2014 (en nombre de disciplines* dont la part a progressé)
PMSI 2014 - ATIH, FHF/BDHF

Cette carte donne à voir le nombre de disciplines du public et parapublic dont la part de marché globale augmente entre 2013 et 2014. On constate que dans 6 des 13 grandes régions, ce sont les trois disciplinent qui connaissent une progression. Ainsi par exemple en Île-de-France, ce secteur gagne en un an +0,5 % en chirurgie, +0,7 % en médecine et +1,4 % en obstétrique.

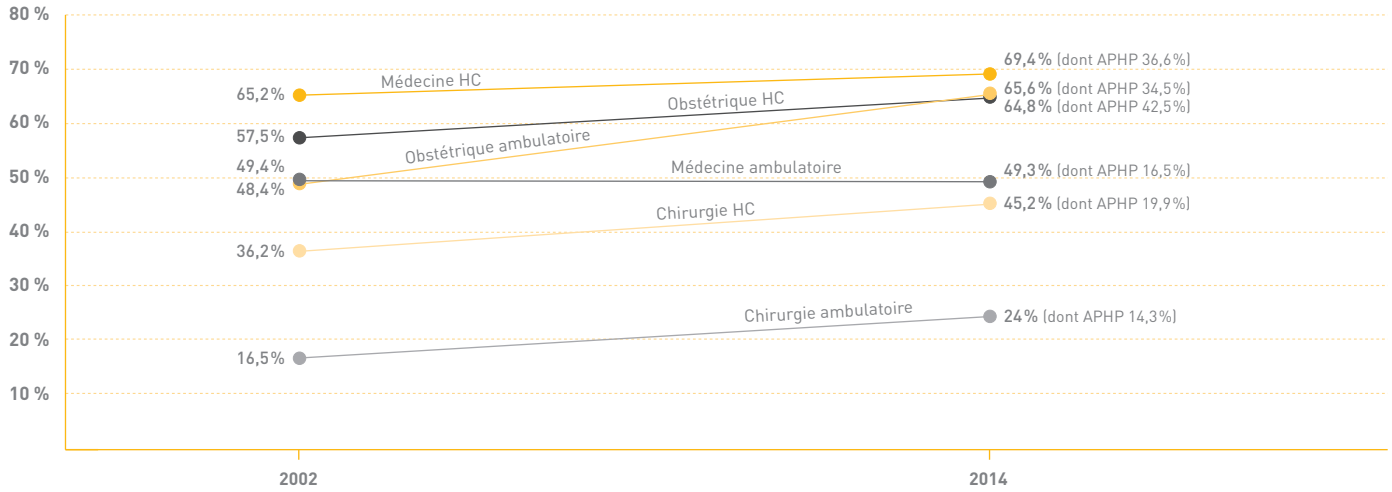
Six grandes régions possèdent une discipline dont l'évolution est favorable au privé, généralement de façon assez peu significative (dans 4 des 6 cas il s'agit d'une évolution de 0,1 %).

Enfin, la région Auvergne-Rhône-Alpes se distingue puisque le privé lucratif y progresse (de façon symbolique) à la fois en chirurgie et en médecine (respectivement de 0,08 % et 0,05 %).

(*) disciplines : Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

Zoom sur l'Île-de-France

9* Évolution de la part de marché du secteur public (APHP + CH D'ÎDF) de 2002 à 2014 dans la prise en charge des résidents d'Île-de-France -PMSI Atih 2004-2014, FHF/BDHF



Le secteur public (en dehors du secteur parapublic) a pris une place de plus en plus importante dans la prise en charge des Franciliens. Il a progressé dans toutes les disciplines, parfois de près de +10 % en 12 ans. Hormis en chirurgie ambulatoire qui est encore à ce jour l'apanage du secteur lucratif, le secteur public semble en passe de devenir majoritaire partout ailleurs. Sachant de plus que le secteur parapublic représente, selon la discipline, de 7 % à 10 % de la part de marché (également en forte progression sur la période), on ne peut que constater que le relatif équilibre public/privé qui était de mise au début des années 2000 en Île-de-France, n'est plus à l'ordre du jour, et que le secteur non commercial, contrairement à toutes les idées reçues, est celui qui est de loin le plus dynamique.

L'AP-HP, établissement phare de la région, voire au niveau national, est très impliqué dans ce dynamisme. Alors qu'il représente 35 % à 67 % de l'activité publique (35 % en obstétrique, 67 % en médecine ambulatoire), sa progression est assez similaire à celle du secteur public dans son ensemble, voire parfois même nettement plus rapide. ■

2 ■ COMPLEXITÉ DES PRISES EN CHARGE DU DIABÈTE EN HÔPITAL DE JOUR -

Marie-Christine Turnin[1], Dominique Petiot[1], Fabienne Séguret[2], Laurent Molinier[1]

La complexité des prises en charge en hôpital de jour (HDJ) de diabétologie réside dans la multiplicité des profils des patients. Il semble toutefois que la grande majorité des patients diabétiques en HDJ vient pour la réalisation du bilan annuel de leur diabète. De nombreuses prises en charge longues, multiprofessionnelles ou multidisciplinaires, se situent entre de la consultation et de l'HDJ et peuvent se révéler financièrement sur ou sous-évaluées selon les modalités de prises en charge et les caractéristiques du patient et de sa pathologie. De plus, les HDJ de Diabétologie font fréquemment l'objet de contrôles externes T2A conduisant dans bien des cas à un déclassement des séjours en soins externes. Ces décisions sont fondées sur une interprétation de l'instruction dite « frontière » de la part des médecins contrôleurs de l'Assurance maladie (*Instruction* n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010).

Un bilan de synthèse annuel est recommandé pour le suivi du diabète (recommandation HAS, ALD 8 actualisation juillet 2007 et décembre 2008). Ce bilan peut être réalisé en HDJ une fois par an lorsque le clinicien le juge nécessaire, quel que soit le type du diabète. Un groupe de travail de la Société francophone du diabète (SFD) a émis des recommandations dans le domaine de la prise en charge en HDJ. Ces recommandations portent sur la réalisation d'au moins 3 examens et/ou consultations figurant parmi la liste suivante :

- des examens complémentaires (fond d'œil, doppler, épreuve d'effort, échographie cardiaque…) ;
- des consultations spécialisées (ophtalmo, cardio, néphro…) ;
- des consultations paramédicales (infirmier, diététique, pédicure-podologue…) ;
- des séances d'éducation thérapeutique (individuelles ou de groupe) ;
- une prise en charge psychologique et sociale.

Des cas particuliers ont également été recensés comme devant donner lieu à des HDJ, en particulier les patients porteurs de pompe à insuline et ceux présentant une plaie du pied (bilan initial, infection, détersion…).

Or, en dépit de ces recommandations, les prises en charge correspondantes ont fait l'objet de déclassements lors de contrôles ces dernières années. L'interprétation par les médecins contrôleurs de l'instruction frontière a évolué au cours du temps. Les séjours ont été déclassés, dans un premier temps, en raison du nombre insuffisant d'examens complémentaires réalisés sur des plateaux techniques puis dans un deuxième temps, au motif d'un nombre insuffisant d'interventions pluriprofessionelles. De plus, la question du financement de l'éducation thérapeutique persiste. L'instruction frontière ne permet pas de financer cette activité en HDJ. L'éducation thérapeutique, qui constitue la base du travail quotidien des diabétologues, n'est financée que dans le cadre d'hospitalisations complètes ou de semaine (GHM non spécifiques) ou de séances d'éducation en ambulatoire (financement Missions d'intérêt général).

En dépit des recommandations des sociétés savantes, les prises en charge correspondantes ont fait l'objet de déclassements lors de contrôles ces dernières années.

Depuis le 1er mars 2015, la racine du GHM 10M13 (Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques) a été scindée en 2 : le GHM 10M13T pour les séjours de 0 et 1 nuit et le GHM 10M13Z pour les séjours de 2 nuits et plus. Les « bilans diabète », dès lors qu'ils sont effectués en HDJ ou sur une durée de 1 nuit, voient leur tarif diminuer de 711,07 € en V11f à 633,89 € en V11g, alors que s'ils sont effectués lors de séjours de plus de 2 nuits, le tarif augmente à 1 548,68 € dans le secteur public. Si l'on considère les données de la base nationale 2014 ATIH regroupées en V11g, la répartition des séjours entre ces 2 GHM est différente selon le type d'établissement (cf. tableau 10). Les établissements publics et privés non lucratifs (PNL) effectuent en grande majorité les bilans diabétologiques en HDJ ou lors d'hospitalisations de très courte durée alors que les établissements privés effectuent comparativement plus de bilans en hospitalisation de plus de 2 nuits. Pour les établissements du secteur public, la perte de recette par rapport à la V11f est de 77,18 € par séjour de très courte durée.

1. Département d'Information médicale, CHU de Toulouse.
2. Unité d'Évaluation et d'Études épidémiologiques sur les bases nationales d'activité hospitalière, Département d'Épidémiologie, de Biostatistiques et d'Information médicale - CHU Montpellier.

10* Répartition par catégorie d'établissement des séjours classés dans la racine 10M13 en 2014 (80 % de séjours)
Données Base nationale PMSI MCO (BDHF – FHF, source ATIH), groupage ATIH V11g, 2014

	Racine 10M13	GHM 10M13T		GHM 10M13Z	
	n	n	%	n	%
CH					
Séjours diabète*	18187	15943	87,66 %	2244	12,34 %
Autres séjours pour affections CMD10	1564	1546		18	
CHR					
Séjours diabète*	18582	17429	93,80 %	1153	6,20 %
Autres séjours pour affections CMD10	27471	26256		1215	
Privé					
Séjours diabète*	1128	632	56,03 %	496	43,97 %
Autres séjours pour affections CMD10	669	664		5	
PNL**					
Séjours diabète*	5888	5476	93,00 %	412	7,00 %
Autres séjours pour affections CMD10	699	669		30	

*Séjours triés sur le DR.
**PNL: ESPIC + CLCC.

Quelques autres prises en charge sont classées dans le GHM 23M08J (Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire). Les effectifs de séjours retrouvés sont bien inférieurs à ceux observés pour la racine du GHM 10M13, avec des prises en charge très hétérogènes dans le secteur public, et centrées dans un tiers des cas sur des soins post-chirurgicaux de plaies du pied dans le secteur privé.

La SFD réfléchit à de nouvelles modalités de prises en charge plus spécifiques aux besoins des patients en diabétologie qui pourront donner lieu à de nouvelles reconnaissances tarifaires. Parallèlement, la CNAM et la DGOS souhaitent développer dans certaines spécialités des alternatives à l'HDJ, en particulier en diabétologie. Un groupe de réflexion commun a été récemment mis en place dans cette perspective.

La SFD a identifié plusieurs typologies de prises en charge pouvant relever de nouvelles reconnaissances tarifaires :

- la prise en charge d'un **diabète gestationnel** qui comporterait le bilan et l'éducation initiale ainsi que le suivi jusqu'à l'accouchement ;
- le **bilan annuel des complications du diabète** (examens complémentaires avec une consultation diététicienne, une consultation IDE et une synthèse médicale) ;
- la prise en charge d'une **plaie chronique du pied** qui comporterait le bilan initial, les consultations de suivi avec l'IDE et le médecin avec exploration, débridement, interprétation des radiographies et des prélèvements, éducation à la mise en décharge, pansement ;
- la mise en place d'un **appareillage au niveau du pied diabétique** avec le bilan initial, les consultations successives de mise en place, essayage et surveillance, avec le médecin et les paramédicaux (kiné, podologue) ;
- la réévaluation annuelle d'une **pompe à insuline** portable externe et le remplissage des pompes implantables ;
- la mise en place et le suivi des **Holters glycémiques.**

Dans la mesure où la réflexion sur la CCAM clinique ne progresse pas, ce nouveau type de prise en charge fondé sur le profil des patients paraît adapté, en particulier en diabétologie. Il paraît souhaitable dans l'intérêt des patients et des établissements de santé que les négociations actuellement engagées entre les différents partenaires aboutissent avec des modalités tarifaires appropriées qui pourraient relever de forfaits ou de tarifs de GHS en rapport avec les coûts. En attendant ces nouvelles modalités, un moratoire concernant les contrôles des HDJ de diabétologie a été demandé et obtenu.

3 ■ LE VIRAGE VERS LE (PRESQUE) TOUT AMBULATOIRE EST-IL CRÉDIBLE ?

Stéphane Finkel (FHF), Patrick Médée[3], Frédéric Kletz[4] et Nelly Alvy[5]

Résumé

Le tout ambulatoire en chirurgie est présenté comme la panacée et la solution à tous les maux de l'hôpital, notamment en termes d'économies budgétaires.

Des travaux réalisés en 2013, visant à rechercher le potentiel ambulatoire crédible au niveau national, ont été adaptés et appliqués à deux centres hospitaliers d'une centaine de lits de chirurgie, l'un possédant une unité de chirurgie ambulatoire, et l'autre pas.

Alors qu'on estime que le taux de chirurgie ambulatoire pourrait évoluer, dans un terme à discuter, de 30 % à 43 % dans un cas et de 30 % à 45 % dans l'autre, ce qui constitue déjà une évolution majeure, les gains financiers en découlant se révèlent extrêmement décevants, y compris dans le cas de l'établissement transformant une unité d'hospitalisation complète en unité ambulatoire.

Les experts en organisation, qui accompagnent quotidiennement les établissements dans ce genre de projet, estiment que les freins organisationnels sont tels qu'une révolution de cette ampleur ne peut qu'être longue et difficile, et en aucun cas se faire en une ou deux années comme semblent le penser les pouvoirs publics qui fixent des objectifs totalement inatteignables pour 2016. Ils rappellent que l'organisation hospitalière est un système complexe et que la chirurgie ne peut s'envisager comme une action ponctuelle, mais comme un ensemble complet de procédures comprenant à la fois l'acte proprement dit mais également son aval et son amont, que ce soit purement du point de vue de la prise en charge médicale aussi bien que de son organisation. Il faut s'éloigner de la représentation mécaniste de l'organisation hospitalière conduisant à des règles de trois ignorants la vraie complexité de ce système vivant.

Oui, la chirurgie ambulatoire peut encore nettement progresser en France, et c'est souhaitable, mais cela sera lent et difficile et les économies budgétaires ne seront aucunement en rapport avec les chiffres avancés par la vision mécaniste précédemment évoquée.

Introduction

À l'heure où les pouvoirs publics prônent la transition massive de la chirurgie traditionnelle vers la chirurgie ambulatoire comme source importante d'économies, il est légitime de se demander si cette transition est effectivement réalisable et crédible à l'échelle d'un établissement, mais également s'il s'agit d'une solution efficace dans un contexte de restrictions budgétaires.

Tout d'abord, quel est le potentiel de transition au sein de l'activité de chirurgie ? Ensuite, qu'impliquent ces changements en termes d'organisation interne ? Avec quels impacts financiers ? Enfin, à quel point ces changements peuvent-ils se réaliser efficacement au sein d'une organisation aussi complexe qu'un hôpital dans un temps réduit comme cela semble être voulu par les décideurs ?

Simulation : quel potentiel ?

Méthodologie :

- Analyse de l'activité de chirurgie en 2014 de deux établissements.
- Application de la méthodologie (avec légère modification, voir la suite) de l'étude[6] réalisée en 2013 et présentée à l'Académie de chirurgie lors d'une réunion plénière[7] le 4 décembre 2013.
- Calcul d'impacts.

Résultats 1 : décomposition de l'activité de chirurgie

Centre hospitalier n° 1

On repère l'activité de chirurgie par la présence du « C » sur le 3e digit du GHM (choix discutable mais n'impactant nullement les résultats de cette étude) et on la découpe en 15 catégories (on a fait une catégorie spécifique pour les séjours passés par les urgences, ce qui tranche avec l'étude initiale dont nous avons parlé dans la méthodologie).

Chaque catégorie est exclusive des autres de façon hiérarchique (si un séjour est déversé dans une catégorie, il ne peut pas l'être dans les suivantes même s'il possède les critères).

3. Délégué régional FHF Aquitaine.
4. Enseignant-Chercheur en sciences de Gestion à l'école des Mines-ParisTech.
5. Directeur des Soins au CH de Périgueux.
6. « Estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire » Finkel-Garrigues-Gaubert – Info en Santé n° 23 mai 2014.
7. http://www2.academie-chirurgie.fr/sean/?cle_seance=540.

10* Décomposition des séjours de chirurgie du CH n°1

0 nuit (A) 1 725 séjours 30,4 % 1 725 journées 5,1 %	DC/TRANSFERTS/90 ANS+ (B1)				URGENCES (B2)			
	822 séjours	14,5 %			1 243 séjours	21,9 %		
	12 500 journées	36,6 %			9 900 journées	29,0 %		
(dont 5,9 % urg 94,1 % non urg)	Pas de CMA (C) CHIR LOURDE		CMA 2 (D) CHIR LOURDE		CMA 3 (E) CHIR LOURDE		CMA 4 (F) CHIR LOURDE	
	508 séjours	8,9 %	151 séjours	2,7 %	**77 séjours**	1,4 %	25 séjours	0,4 %
	2 931 journées	8,6 %	1 405 journées	4,1 %	**1 031 journées**	3,0 %	549 journées	1,6 %
	Pas de CMA (G) CHIR INTERM		CMA 2 (H) CHIR INTERM		CMA 3 (I) CHIR INTERM		CMA 4 (J) CHIR INTERM	
	225 séjours	4,0 %	76 séjours	1,3 %	29 séjours	0,5 %	6 séjours	0,1 %
	897 journées	2,6 %	458 journées	1,3 %	327 journées	1,0 %	80 journées	0,2 %
	Pas de CMA (K) CHIR COURANTE		CMA 2 (L) CHIR COURANTE		CMA 3 (M) CHIR COURANTE		CMA 4 (N) CHIR COURANTE	
	699 séjours	12,3 %	49 séjours	0,9 %	32 séjours	0,6 %	9 séjours	0,2 %
	1 272 journées	3,7 %	299 journées	0,9 %	559 journées	1,6 %	185 journées	0,5 %
Total	5 676 séjours chir. au total 34 118 journées (ambu =1 journée)				Le taux d'ambu parmi les urgences est de 5,5 % Le taux d'ambu parmi les non-urgences est de 42,2 %			

% ambu parmi les urgences (*) **7,9%**
% ambu parmi les non-urgences (*) **50,5%**

* NATIONAL 2014 hors dc/transferts

Voici la décomposition des séjours de chirurgie de cet établissement en 2014 (voir tableau 10)

- **catégorie A – 30,4 % des séjours de chirurgie sont réalisés en ambulatoire** (ou plus précisément sans nuitée) ;
- **catégorie B :**
  - **cas 1 : 14,5 % des séjours de chirurgie** concernent des séjours arrivés par transfert ou mutation ou sortis par transfert ou décédés ou concernant des patients âgés de 90 ans ou davantage (et non déjà classés dans la catégorie « A »). Cette catégorie est exclue du potentiel ambulatoire,
  - **cas 2 : 21,9 % des séjours sont arrivés par les urgences** (et ne sont pas dans une des catégories précédentes). C'est ici que l'on diverge avec la méthodologie développée dans l'étude citée plus haut qui excluait cette catégorie du potentiel ambulatoire alors que nous proposons d'en discuter (voir la suite).
- **catégories C à F - 13,4 % des séjours concernent de la chirurgie lourde** (et ne sont pas dans les catégories précédentes). **Cette catégorie est exclue du potentiel ambulatoire ;**
- **catégories G et H – 5,3 % des séjours concernent de la chirurgie « intermédiaire » sans CMA ou avec une CMA de niveau 2** (et ne sont pas dans les catégories A à F). **Cette catégorie contient des séjours candidats à la transition selon certaines hypothèses ;**
- **catégories I et J – 0,6 % des séjours concernent de la chirurgie « intermédiaire » avec CMA de niveau 3 ou 4** (et ne sont pas dans les catégories A à H). **Cette catégorie est exclue du potentiel ambulatoire ;**
- **catégories K et L – 13,2 % des séjours concernent de la chirurgie sans CMA ou avec CMA de niveau 2** (et ne sont pas dans les catégories A à J). **Cela constitue le réservoir principal de conversion en ambulatoire ;**
- **catégories M et N – 0,7 % des séjours concernent de la chirurgie courante avec CMA de niveau 3 ou 4** (et ne sont pas dans les catégories A à L). Le choix est fait d'exclure cette catégorie du potentiel de conversion. Même si ce choix est discutable, on notera de toute façon qu'il a un impact quasi nul, étant donné les effectifs très faibles de cette catégorie (moins de 1 % de la chirurgie).

Centre hospitalier n° 2

11* Décomposition des séjours de chirurgie du CH n°2

0 nuit (A) **1 003 séjours 25,9 %** **1 003 journées 6,0 %**	**DC/TRANSFERTS/90 ANS+ (B1)**		**URGENCES (B2)**	
	240 séjours	6,2 %	1 045 séjours	27,0 %
	2 744 journées	16,3 %	6 785 journées	40,4 %
(dont **2,1 % urg** **97,9 % non urg)**	**Pas de CMA (C)** **CHIR LOURDE**		**CMA 2 (D)** **CHIR LOURDE**	
	351 séjours	9,1 %	74 séjours	1,9 %
	1 996 journées	11,9 %	570 journées	3,4 %
	Pas de CMA (G) **CHIR INTERM**		**CMA 2 (H)** **CHIR INTERM**	
	186 séjours	4,8 %	29 séjours	0,7 %
	715 journées	4,3 %	134 journées	0,8 %
	Pas de CMA (K) **CHIR COURANTE**		**CMA 2 (L)** **CHIR COURANTE**	
	820 séjours	21,2 %	59 séjours	1,5 %
	1 830 journées	10,9 %	288 journées	1,7 %

	CMA 3 (E) **CHIR LOURDE**		**CMA 4 (F)** **CHIR LOURDE**	
	28 séjours	0,7 %	6 séjours	0,2 %
	337 journées	2,0 %	142 journées	0,8 %
	CMA 3 (I) **CHIR INTERM**		**CMA 4 (J)** **CHIR INTERM**	
	11 séjours	0,3 %	0 séjour	0,0 %
	120 journées	0,7 %	0 journée	0,0 %
	CMA 3 (M) **CHIR COURANTE**		**CMA 4 (N)** **CHIR COURANTE**	
	14 séjours	0,4 %	3 séjours	0,1 %
	109 journées	0,6 %	37 journées	0,2 %

Total	**3 869 séjours chir. au total** **16 810 journées (ambu =1 journée)**	**Le taux d'ambu parmi les urgences est de 1,7 %** **Le taux d'ambu parmi les non-urgences est de 37,2 %**

% ambu parmi les urgences (*) **7,9%**

% ambu parmi les non-urgences (*) **50,5%**

* NATIONAL 2014 hors dc/transferts

Voici la décomposition des séjours de chirurgie de cet établissement en 2014 (voir tableau 11).

- **catégorie A – 25,9 % de ses séjours de chirurgie sont réalisés en ambulatoire ;**
  - **cas 1 :** 6,2 % des séjours de chirurgie concernent des séjours arrivés par transfert ou mutation ou sortis par transfert ou décédés ou concernant des patients âgés de 90 ans ou davantage (et non déjà classés dans la catégorie « A »). **Cette catégorie est exclue du potentiel ambulatoire,**
  - **cas 2 : 27,0 % des séjours sont arrivés par les urgences** (et ne sont pas dans une des catégories précédentes).
- **catégories C à F – 11,9 % des séjours concernent de la chirurgie lourde** (et ne sont pas dans les catégories précédentes). **Cette catégorie est exclue du potentiel ambulatoire ;**
- **catégories G et H – 5,6 % des séjours concernent de la chirurgie « intermédiaire » sans CMA ou avec une CMA de niveau 2** (et ne sont pas dans les catégories A à F). **Cette catégorie contient des séjours candidats à la transition selon certaines hypothèses ;**
- **catégories I et J – 0,3 % des séjours concernent de la chirurgie « intermédiaire » avec CMA de niveau 3 ou 4** (et ne sont pas dans les catégories A à H). **Cette catégorie est exclue du potentiel ambulatoire ;**
- **catégories K et L – 22,7 % des séjours concernent de la chirurgie sans CMA ou avec CMA de niveau 2** (et ne sont pas dans les catégories A à J). **Cela constitue le réservoir principal de conversion en ambulatoire ;**
- **catégories M et N – 0,4 % des séjours concernent de la chirurgie courante avec CMA de niveau 3 ou 4** (et ne sont pas dans les catégories A à L).

Discussion à propos du passage par les urgences :

Le cas particulier des séjours passés par les urgences fait débat. Certains acteurs soutiennent qu'organiser une filière ambulatoire de patients arrivés par les urgences ne constitue pas une difficulté alors que d'autres, au contraire, excluent totalement cette possibilité.

En 2014, en France, **seuls 7,9 % des patients pris en charge en chirurgie via les urgences sortent le même jour** contre 50,5 % des séjours dans le cas d'une arrivée directe, généralement programmée (en dehors des décès et transferts). **Les faits montrent une très forte limitation.**

Soyons pragmatiques : comment pourrait-on imaginer qu'un patient se présentant aux urgences en fin de journée puisse être opéré et rentrer dormir chez lui ? Comment pourrait-on envisager sérieusement que les structures ambulatoires, travaillant déjà souvent à flux tendus, puissent insérer dans leurs programmes opératoires tous les candidats se présentant aux urgences, sans parler des plages horaires d'ouverture, des week-ends, de la nuit, des jours fériés ? Cela voudrait-il dire que les programmes opératoires devraient contenir des plages vides, pour y insérer les potentielles urgences ? Cela voudrait-il dire

que les structures ambulatoires devraient ouvrir la nuit et le week-end puisque par définition une urgence arrive n'importe quand ? Cela voudrait également dire que les spécialités qui ne possèdent pas de programme sur une plage devraient prévoir un chirurgien de garde sur place pour ces cas ? On sent bien que le gain global espéré par cette transition ambulatoire (économie de personnel pendant les nuitées économisées) serait très probablement totalement gaspillé par des taux d'occupation des blocs en chute et une productivité en baisse des personnels de bloc (médical ou non). On peut même penser que **tout cela relève du non-sens** et que ne serait-ce que de l'envisager (à grande échelle) relève d'une certaine méconnaissance du fonctionnement de l'hôpital.

Dans le modèle, **il est décidé de convertir (en ambulatoire) les séjours issus des urgences selon la même grille de conversion que les séjours programmés en y appliquant toutefois le même ratio que celui observé dans la base nationale** (les séjours arrivés par les urgences ont aujourd'hui 6,4 fois moins de chances d'être opérés et sortis le jour même que les autres) : les taux de conversion seront donc divisés par 6,4. Par exemple si notre modèle indique que pour une catégorie particulière, on peut convertir 50 % des séjours de 1 jour (non entrés par les urgences) en séjours ambulatoires, alors le modèle en convertira 6,4 fois moins soit 7,8 % de ceux arrivés par les urgences.

Résultats 2 : Le potentiel d'ambulatoire dans la chirurgie arrivée par les urgences.

Au centre hospitalier n° 1, les séjours de la catégorie B2 (arrivés par les urgences) sont répartis de la façon suivante entre les 4 catégories où il existe un potentiel ambulatoire :

Pas de CMA (G issu de B2) CHIR INTERM	CMA 2 (H issu de B2) CHIR INTERM
106 séjours 567 journées	26 séjours 272 journées
Pas de CMA (K issu de B2) CHIR COURANTE	**CMA 2 (L issu de B2) CHIR COURANTE**
341 séjours 786 journées	67 séjours 640 journées

Le réservoir principal est situé dans les groupes G, H, K et L et représente un total de 18,5 % des séjours de chirurgie de l'établissement et seulement 8,6 % des journées (en comptant 1 journée pour un séjour ambulatoire). Les séjours dans les mêmes catégories issues des urgences représentent 9,5 % (qu'on divise par 6,4 pour obtenir le potentiel maximal : voir discussion).

L'application des hypothèses[8] de mutation, plus ou moins optimistes selon la durée actuelle du séjour, le type de chirurgie et donc le passage ou non par les urgences, conduit aux résultats suivants :

- 706 séjours (parmi les 1 103 candidats a priori) sont convertis en ambulatoire ;
- **le taux global de chirurgie ambulatoire passe de 30,4 % à 42,8 % ;**
- Les séjours convertis en ambulatoire représentent 1 102 nuitées.

Au centre hospitalier n° 2, les séjours de la catégorie B2 (arrivés par les urgences) sont répartis de la façon suivante entre les 4 catégories où il existe un potentiel ambulatoire :

Pas de CMA (G issu de B2) CHIR INTERM	CMA 2 (H issu de B2) CHIR INTERM
118 séjours 651 journées	18 séjours 134 journées
Pas de CMA (K issu de B2) CHIR COURANTE	**CMA 2 (L issu de B2) CHIR COURANTE**
376 séjours 1 035 journées	57 séjours 372 journées

Le réservoir principal des groupes G, H, K et L représente 28,3 % des séjours de chirurgie de l'établissement et seulement 17,7 % des journées (en comptant 1 journée pour chaque séjour ambulatoire). Les séjours dans les mêmes catégories issues des urgences représentent 14,7 % (qu'on divise par 6,4 pour obtenir le potentiel maximal : voir discussion).

L'application des hypothèses conduit dans ce cas-ci aux résultats suivants :

- 729 séjours (parmi les 1 183 candidats a priori) sont convertis en ambulatoire ;
- **le taux global de chirurgie ambulatoire passe de 30,4 % à 44,8 % ;**
- les séjours convertis en ambulatoire représentent 1 351 nuitées.

On note que même si la question des urgences mérite d'être posée, la manière dont elle est traitée ne modifie pratiquement pas l'ordre de valeur des résultats (à moins que l'on modifie radicalement les hypothèses retenues ici, mais ce ne serait probablement pas réaliste).

Simulation : impacts organisationnels

A. Le cas de l'établissement n° 1

L'organisation de la chirurgie dans le 1er établissement repose sur le schéma suivant :

- une unité de chirurgie ambulatoire de 16 lits et places mise en service en 2011 avec un taux d'occupation moyen (TOM) de 92 % ;
- une unité de chirurgie digestive de 30 lits, avec un TOM de 78 % et une DMS de 4,9 jours ;
- une unité de chirurgie orthopédique de 30 lits, avec un TOM de 94 % et une DMS de 7,3 jours ;
- une unité de chirurgie vasculaire de 15 lits avec un TOM de 75 % et une DMS de 4,6 jours ;
- une unité dite de spécialités de 15 lits avec un TOM de 65 % et une DMS de 2,8 jours ;
- une unité de chirurgie thoracique, de 6 lits, non intégrée au pôle de chirurgie.

8. Voir l'étude citée dans le paragraphe « méthodologie ».

D'une manière générale l'IP-DMS de l'établissement est supérieur à 1. Les chirurgiens concernés expliquent cet allongement de la DMS par :

- une moyenne d'âge des patients très élevée ;
- des difficultés quant aux lits d'aval.

À l'inverse et s'agissant plus spécifiquement de la chirurgie ambulatoire, les taux de pratique de cette technique sur les « actes marqueurs » sont satisfaisants et généralement au-dessus des objectifs attendus, traduisant bien les efforts et la volonté de développement de cette discipline dans l'établissement.

Il paraît donc intéressant sur cette base de voir comment pourrait encore se développer la chirurgie ambulatoire et surtout quelles en seraient les conséquences sur l'organisation (capacité) et le budget de l'établissement.

Le potentiel de développement envisagé se situe, selon la méthodologie proposée, autour de 706 séjours. Dans la pratique, compte tenu des DMS constatées dans les groupes G : 3,98 jours, H : 6,03 jours et L : 6,10 jours (pour les séjours « urgents » ces DMS sont évidemment plus longues G : 5,34 jours, H : 10,46 jours et L : 9,55 jours), les hypothèses de travail retenues, même si elles tiennent compte du profil des durées de chaque GHM concerné (voir l'article cité dans la partie méthodologie), semblent déjà assez volontaristes.

S'agissant des incidences sur l'organisation de la prise en charge de :

- 706 séjours supplémentaires en chirurgie ambulatoire ;
- 1 102 nuitées de moins dans les unités d'hospitalisation complète.

Elles sont les suivantes :

- sur l'unité de chirurgie ambulatoire : le TOM et les effectifs en place (3 IDE, 2 AS) permettent d'assumer le surcroît d'activité sans modifier la structure ni l'organisation ;
- sur les unités d'hospitalisation, le besoin capacitaire est réduit de 4 lits.

Une réduction de capacité aussi faible est évidemment sans incidence significative sur l'organisation et donc le budget de l'établissement. Ce constat est d'autant plus évident que cette réduction de capacité ne concerne pas une seule unité d'hospitalisation de 30 lits, mais plusieurs.

Dans l'hypothèse, encore une fois irréaliste à court terme (groupes G, H, K, L), d'une réduction de 3 000 journées (si l'effort drastique de virage ambulatoire entraînait également dans son sillage une réduction des DMS des autres séjours, ce qui n'est pas démontré), la réduction de capacité atteindrait dans ce cas 10 lits. En supposant, ce qui revient à cumuler deux hypothèses irréalistes, que cette réduction ne concerne qu'une seule unité d'hospitalisation, le gain en personnel ne pourrait donc concerner que l'organisation de jour :

- Organisation actuelle pour 30 lits ouverts :
  - matin : 2 IDE, 2 AS ;
  - soir : 2 IDE, 2 AS ;
  - nuit : 1 IDE, 1 AS.
- Organisation possible pour 20 lits :
  - matin : 2 IDE, 1 AS soit – 1 AS ;
  - soir : 2 IDE, 1 AS, soit – 1 AS ;
  - nuit : 1 IDE, 1 AS, inchangé.

Soit un gain total en personnel de 3,50 ETP d'AS, auquel il faudrait probablement rajouter également un gain en ASH.

Au total et dans le cas précis de cet établissement, **le passage d'un taux de chirurgie ambulatoire de 30,4 à 42,7 % ne génère quasiment aucune économie de gestion,** à l'exception de quelques charges variables de consommables et d'hébergement.

B. Le cas de l'établissement n° 2

Le deuxième exemple (centre hospitalier n° 2) est également significatif. Cet établissement possède des indicateurs concernant la chirurgie ambulatoire plutôt médiocres. Cela s'explique notamment par l'absence de structure de chirurgie ambulatoire individualisée.

L'IP-DMS de cet établissement est supérieur à 1.

Tout semble réuni pour obtenir des résultats significatifs si l'établissement développe une politique volontariste de virage ambulatoire.

Les hypothèses optimistes retenues dans le modèle permettent de dégager un potentiel de réduction de 1 351 nuitées pour 729 séjours. Le gain capacitaire sera donc faible.

Par contre, l'organisation actuelle de la chirurgie et des TOM relativement faibles permettent une réorganisation qui pourrait par exemple être la suivante :

- création d'une structure de chirurgie ambulatoire de 15 places ;
- suppression d'une unité de d'hospitalisation complète de 20 lits.

Compte tenu du niveau de l'IP-DMS et des faibles TOM, il apparaît également possible de procéder au regroupement des deux unités de 15 lits.

S'agissant du seul gain « chirurgie ambulatoire », il peut être évalué de la manière suivante :

- Organisation actuelle :
  - matin : 2 IDE, 2 AS ;
  - soir : 2 IDE, 2 AS ;
  - nuit : 1 IDE, 1 AS.
- Organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire :
  - 2 IDE, 2 AS, pouvant évoluer vers 3 IDE en fonction de l'évolution de l'activité.

Soit un gain total de 8,40 postes (IDE, AS) pour une économie d'environ 400 000 €.

Simulation : discussion

On constate sur ces deux établissements des gains assez significatifs en termes de taux (12,4 % de gain pour le premier et 14,4 % pour le second sur l'ensemble des séjours de chirurgie).

L'impact en termes de nuitées est par contre assez décevant. Cela est logique et mécanique : **les gains se réalisent par essence sur les séjours déjà très courts** actuellement qui constituent le potentiel de conversion le plus crédible. On constate que pour un taux d'ambulatoire passant de 30 % à 43 % dans un cas et 30 % à 45 % dans l'autre (gains considérables), on n'économise « que » 3 % à 8 % des nuitées de chirurgie.

En admettant un taux d'occupation à 75 % et une DMS standard (non vérifiée ici), le premier établissement justifie de 120 lits de chirurgie environ et le second établissement de 60 lits. Les séjours transformés en ambulatoire ne feraient « économiser » tout au plus que 4 lits d'hospitalisation complète dans le 1er cas et pourraient pousser à la transformation de l'organisation de la chirurgie dans le second cas avec un potentiel d'économie de 400k€ de personnel dans le 2nd cas. On le voit, la réalisation d'une véritable économie ne peut intervenir en matière de personnel que par la suppression des personnels de nuit, ce qui suppose donc la fermeture ou transformation d'unités dans leur totalité, soit pour une organisation en unité de 30 lits, un gain de presque 9000 nuitées ce qui est généralement totalement illusoire hormis peut-être sur des très grosses structures de type CHU.

L'idée selon laquelle l'économie générée par la réduction du nombre de journées d'hospitalisation serait égale au produit du nombre de journées non réalisées par le coût unitaire constaté ne correspond donc à aucune réalité hospitalière. Les charges fixes restent les mêmes, le personnel de nuit ne peut être réduit que dans la mesure où la réduction capacitaire concerne la totalité d'une unité de 30 lits.

Par contre, il est possible que le volume de journées produites pour les séjours ne basculant pas en ambulatoire se réduise, bénéficiant ainsi des efforts organisationnels réalisés. Autrement dit, toutes les durées de toutes les catégories de séjours seraient tirées vers le bas par les efforts réalisés par la transition vers l'ambulatoire, permettant d'aider à atteindre l'économie critique pour la fermeture d'une unité complète.
Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que l'établissement n'est déjà pas très performant sur les DMS (comme c'est le cas dans nos deux exemples). A contrario, comme le soulignent certains interlocuteurs issus des sociétés savantes de chirurgie, vider intégralement les services d'hospitalisation des cas les plus simples (ceux qui disparaissent au profit de l'unité de chirurgie ambulatoire) aurait **l'effet pervers d'augmenter fortement la sévérité moyenne des cas de l'unité d'hospitalisation complète,** imposant peut-être davantage de charge en soins au personnel, rendant la réduction d'effectif pas aussi automatique qu'on pourrait le penser de prime abord.

Le point de vue négligé par les pouvoirs publics : celui de l'organisation

Les objectifs ambitieux de taux de chirurgie ambulatoire évoqués en introduction semblent avant tout reposer sur des comparaisons avec les taux obtenus à l'étranger et sur la recherche de gains de productivité. La France serait en retard par rapport non seulement aux États-Unis, mais également par rapport à bon nombre d'États européens, et les économies générées par le basculement vers l'ambulatoire sont annoncées comme considérables.

Par ailleurs, les promoteurs de cette réforme avancent l'intérêt pour les patients et la qualité des soins, un retour rapide à domicile leur permettant d'échapper à des risques d'infections nosocomiales.

Ainsi le Ministère a-t-il posé, en 2014, un objectif de 50 % de chirurgie ambulatoire d'ici 2016.

Mais qu'en est-il du point de vue organisationnel ?

Notre position ici est de montrer que nonobstant les multiples avantages que revêtirait le passage à l'ambulatoire, il est **un point de vue qui a peut-être été oublié ou négligé,** et qu'on se propose d'adopter dans ce texte, c'est **celui de l'organisation et des freins organisationnels** à un changement de cette nature.

Une organisation est un système vivant, fait d'une combinaison toujours singulière de variables multiples (acteurs, savoirs, relations, compétences, modes de coordination, outils de gestion…), et qui est avant tout caractérisé par sa complexité. Une organisation est en équilibre toujours fragile, compte tenu du caractère évolutif et potentiellement contradictoire de plusieurs éléments qui la constituent.

Un des constituants les plus structurants d'une organisation est l'ensemble des outils qui sont utilisés pour aider à son pilotage, et qu'on qualifie d'outils de gestion. Ces outils sont de nature très variée, et peuvent être aussi bien des tableaux de bord et des systèmes de reporting très formalisés et quantitatifs que des instruments de gestion plus qualitatifs, comme ceux de la gestion du personnel. Ils jouent un rôle fondamental dans la dynamique des organisations, mais également dans leur inertie, pouvant agir comme de formidables ressorts de rappel.

Toutes les recherches sur les organisations, quelle que soit l'approche retenue (et elles sont nombreuses), s'accordent sur le fait **qu'une organisation est également caractérisée par une certaine inertie** (que certains abordent sous l'angle de la résistance au changement). Inertie non pas volontaire, mais elle-même organisationnelle. Le système d'actions est d'une telle complexité, composé d'une telle multitude de variables, que **toute entreprise de transformation se heurte forcément à des freins, des obstacles,** qui vont soit la rendre impossible, soit en tout cas lui donner une trajectoire non totalement maîtrisable par ses initiateurs, et réservant des surprises.

Si l'on adopte notamment la position des chercheurs qui, comme nous, sont engagés dans des démarches de recherche-intervention, dans lesquelles les chercheurs accompagnent concrètement des transformations organisationnelles, on ne peut qu'être convaincu par le constat précédent, et **la nécessité de garder prudence et circonspection face aux changements organisationnels.** C'est particulièrement vrai lorsqu'on essaye d'introduire un nouvel objet dans une organisation (une nouvelle technique de production, un nouvel outil de reporting ou d'évaluation, un nouvel acteur…), car la rencontre entre ce nouvel objet et l'organisation qui va l'accueillir correspond à la rencontre entre deux logiques, deux espaces de rationalité différents.

Il en va du secteur hospitalier comme de tous les autres environnements. **L'organisation hospitalière est complexe,** faite d'une multitude d'acteurs aux logiques différentes, de savoirs, d'outils, de procédures, de règles, de normes… **L'introduction d'une nouvelle démarche, telle que la montée en puissance de la chirurgie ambulatoire, se heurte forcément à un système d'actions préexistant,** qui avait ses propres logiques, normes, modes de coordination, routines, habitudes de travail, mentalités…

C'est tout ce système préexistant qui est mis à mal et qui doit trouver un nouvel équilibre, une nouvelle façon de combiner ses éléments constitutifs. **La durée pour y arriver est variable, et dépend évidemment de l'ampleur du changement, mais est toujours bien plus longue que ce que les promoteurs de ces changements imaginent.** Elle peut prendre plusieurs années. Pour l'ambulatoire, il ne serait sans doute pas déraisonnable de considérer cette même échelle de temps pour que le système organisationnel se réagence et intègre ce changement.

L'ampleur du changement lié au virage ambulatoire est en effet extrêmement important ; nous pouvons citer pêle-mêle : changement d'organigramme (on peut isoler un département ou un service chargé de l'ambulatoire, ce qui suppose de casser les découpages traditionnels : ce cas concerne notamment notre centre hospitalier n° 2 dans la simulation), d'outils d'évaluation (trouver de nouveaux paramètres d'évaluation de la qualité), de modes de coordination (l'ambulatoire nécessite un ajustement très fin de l'intervention des différents acteurs), d'outils de communication en interne et à l'externe vis-à-vis des patients en matière de signalétique, de projets architecturaux, et… de représentation des acteurs. Les acteurs (médecins, soignants, cadres, direction…) ont un système de représentation qui les guide dans leurs actions, souvent bien éloigné de la logique ambulatoire. Ils ont été formés dans un autre cadre, ont pris des habitudes, des routines, des façons de voir leurs collègues et les patients qui s'inscrivaient dans une logique de l'hospitalisation, d'un rapport dans la durée avec le patient. **L'ambulatoire impose de se représenter autrement tous ces paramètres, et ceci concerne aussi bien le moment de la chirurgie, que son amont** (communication auprès du patient et de sa famille, planification des venues, horaires de travail du personnel…) **et son aval** (suivi des patients post-opératoire, développement de l'hôtel hospitalier, capitalisation sur les premiers résultats obtenus…)

Par ailleurs, le réagencement du système organisationnel ne vise pas seulement le périmètre d'un établissement, mais également l'ensemble du système hospitalier. Il ne s'agit pas seulement pour un hôpital de trouver les nouveaux modes de coordination et les nouveaux savoirs adaptés à cette nouvelle logique, mais à l'ensemble de l'écosystème de santé (Ministère, ARS, HAS, agences, cabinets-conseil…) de modifier son fonctionnement, ses outils et ses représentations pour intégrer le changement.

Un changement organisationnel est fait de multiples essais-erreurs, de réajustements, de tentatives de nouvelles combinaisons… qui prennent forcément du temps à se stabiliser.

Il faut donc s'éloigner d'une représentation mécaniste de l'organisation, qui nous conduirait à l'erreur de considérer l'hôpital comme un Lego dont on n'aurait plus qu'à bouger quelques pièces pour le réadapter, ou comme une « intendance qui suivra » ; il vaut mieux en adopter une représentation plus complexe, mais bien plus réaliste, d'un système d'acteurs et de savoirs inscrits dans des rationalités différentes, et qui nécessite un accompagnement dans la durée pour trouver un nouvel équilibre.

Conclusion

Le taux d'ambulatoire peut-il continuer à progresser ? Oui, et d'ailleurs la grande majorité des acteurs accepte et souhaite la poursuite des efforts pour accroître la part ambulatoire de la prise en charge chirurgicale. Les raisons sont multiples, inutile d'y revenir.

L'ambulatoire peut-il représenter 50 % des séjours en 2016 ? Non, pour de nombreuses raisons, à la fois médicales, mais également organisationnelles. Les avis divergent fortement sur la facilité de mise en œuvre de ces efforts, mais les experts, notamment ceux qui travaillent sur le terrain et accompagnent le changement, restent dubitatifs quant à l'atteinte d'un tel objectif dans un délai si court. La mise en place de ces efforts ne peut qu'être longue, douloureuse et probablement coûteuse dans un premier temps (réorganisation importante des prises en charge, travaux, déplacement de personnels, idéalement fermeture d'unités et diverses autres difficultés comme le changement intégral des habitudes de certains praticiens).

Le potentiel d'économies financières est-il important ? Non et c'est le point le plus important de ce travail, le gain financier à espérer est extrêmement décevant et très éloigné de ce que laissent croire les études qui appliquent brutalement la règle de trois sans aucunement prendre le temps d'approfondir sérieusement le sujet. On l'a vu, un établissement peut augmenter de 10 % son taux sans que cela engendre la moindre économie significative, pis, on peut même imaginer que ses recettes baisseront parallèlement et qu'il se sera ainsi tiré une balle dans le pied. On touche d'ailleurs du doigt, ici, la contradiction entre l'intérêt individuel à agir (faible sans incitation ou accompagnement) et l'intérêt collectif qui est que l'ambulatoire progresse.

NOTES

Directeur de la publication **Frédéric Valletoux** • Rédacteur en chef **Gérard Vincent** • Rédacteur en chef adjoint **Bernard Garrigues** • Comité de rédaction **Stéphane Finkel, Yves Gaubert, Véronique Gilleron, Frédéric Kletz, Alain Livartowski, Patrick Médée, Michel Naiditch** • Iconographies **BSIP** • Design et réalisation **Luciole** • Imprimeur **Oudin imprimeur** • Dépôt légal : novembre 2015

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis, rue Cabanis . CS 41402
75993 Paris cedex 14
T 01 44 06 84 44 . **F** 01 44 06 84 45
mail fhf@fhf.fr
contact b-garrigues@wanadoo.fr

www.fhf.fr . www.hopital.fr . www.maisons-de-retraite.fr