

ANAP

appui santé & médico-social

Mieux soigner moins héberger

Optimisation du parcours patient

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



Résumé

Cette publication fait la synthèse d'une réflexion engagée auprès d'une trentaine d'équipes hospitalières volontaires pour améliorer le parcours de leurs patients et accompagnées par l'ANAP entre 2016 et 2018.

Elle se décompose en trois parties.

La première constitue le « fil rouge » de la méthodologie proposée. Elle vise à mettre en place, dans une optique prioritaire de qualité des soins, une réflexion médico-soignante permettant d'ajuster la durée du séjour hospitalier au seul besoin du patient.

La deuxième est directement issue de la réflexion précédente : lorsque le séjour peut ne se réduire qu'à une seule journée, on entre dans le domaine des prises en charge ambulatoires pour lesquelles il existe des potentiels de développement à l'initiative des équipes médico-soignantes.

La troisième partie tire les conséquences des réflexions précédentes : lorsque la durée inutile de séjour a pu être réduite et que les prises ambulatoires substitutives ont pu être mises en œuvre, il apparaît des potentiels capacitaires pouvant être mis au service d'un meilleur accueil des patients notamment ceux qui sont issus des urgences.

De l'initiation de ce raisonnement jusqu'à sa mise en œuvre par les professionnels, le chemin est long. Et il faut l'accepter. Mais une chose est certaine : cette évolution ne pourra aboutir que par la conviction puis l'adhésion de ceux qui conduiront cette adaptation.

Table des matières

Résumé.....	2
Introduction.....	5
Chapitre 1 : Ajuster la durée de séjour aux besoins du patient.....	6
1 Durée de séjour : la moyenner, la réduire ou l'ajuster ?.....	6
2 Enjeux d'une réflexion sur l'ajustement de la durée de séjour	7
2.1 Diminuer les risques liés à l'hospitalisation et à sa durée.....	7
2.2 Autres enjeux.....	8
3 Méthodologie	9
3.1 Avant d'entamer la démarche projet.....	9
3.2 Mettre en œuvre une dynamique d'ajustement de la durée de séjour	11
3.3 Réaliser le diagnostic.....	12
3.4 Proposer des outils de diagnostic et de mise en œuvre	14
3.5 Des indicateurs porteurs de sens pour les professionnels.....	17
4 Pour résumer.....	18
Chapitre 2 : Développer les prises en charge ambulatoires	19
1 Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire	19
1.1 Trois constats observés quant à l'organisation des UCA.....	20
1.2 Quatre enjeux d'évolution pour les UCA.....	24
2 Développer les prises en charge en hôpital de jour de médecine	27
2.1 Les différents modèles organisationnels recensés.....	28
2.2 Quels intérêts à agir ?.....	29
2.3 L'HDJ multidisciplinaire nécessite un pilotage structuré	31
2.4 Analyse critique des méthodes d'estimation du potentiel de développement.....	35
2.5 Convaincre les praticiens de médecine à l'ambulatoire	41
2.6 Un challenge organisationnel. Une logistique qui bénéficie à tous.....	43
2.7 Quelle gradation territoriale de prises en charge ambulatoires ?	46
2.8 Des compétences soignantes mutualisées : dans quelles limites ?	47
2.9 Des indicateurs de performance adaptés	47
2.10 L'unité médico-chirurgicale de jour : un modèle pertinent ?	49
2.11 Pour un circuit de prises en charge intermédiaires adapté	51
3 Pour résumer.....	53

Chapitre 3 : Recomposition de l'offre d'hospitalisation conventionnelle	54
1 Quelques définitions	54
2 Pourquoi recomposer l'offre en lits d'hospitalisation conventionnelle ?	55
2.1 Parce que les conditions d'admissions et de prise en charge des patients évoluent... ..	55
2.2 ...et donc les besoins en lits spécialisés sont à revoir.....	57
2.3 Parce que les patients post-urgences ont aussi le droit au meilleur accueil	59
3 Comment recomposer l'offre d'hospitalisation conventionnelle ?	64
3.1 Choisir un modèle de recomposition adapté	64
3.2 Préparer le regroupement.....	67
3.3 Des arguments pour embarquer : comment donner du sens au regroupement et à la mutualisation ?	74
4 Gérer les conséquences de la recomposition de l'offre d'hospitalisation conventionnelle	85
4.1 Anticiper les effets de la mutualisation des disciplines.....	85
4.2 Évaluer l'impact de la densification des soins sur la charge de travail	89
5 Pour résumer.....	90
Glossaire	91
Remerciements	92

Introduction

L'hôpital a vocation à s'adapter au besoin des patients.

Sa mission est principalement de prendre en charge en toute sécurité des patients de plus en plus complexes dans un contexte économique contraint. Entre autres, les urgences hospitalières subissent en première ligne la pression du vieillissement de la population et de la dégradation de l'environnement social.

L'hôpital doit relever ce défi.

En s'organisant pour optimiser le séjour de leurs patients, les structures hospitalières doivent arriver à conjuguer qualité des soins et réponses aux besoins de santé publique.

Un travail sur les organisations médico-soignantes conduisant à ajuster les durées de séjour au besoin du patient doit déboucher sur le développement des prises en charge ambulatoires. Il pourrait permettre de dégager des moyens pour mieux assurer l'accueil post-urgences.

Le présent guide résulte de l'analyse de l'accompagnement d'une trentaine d'équipes hospitalières par l'ANAP entre 2016 et 2018. Loin d'être exhaustif, car les progrès organisationnels sont quotidiens, ce travail de synthèse propose quelques pistes pour améliorer le parcours du patient hospitalisé. Cette réflexion invite également à repenser l'offre hospitalière au regard des nouveaux besoins de soins.

Chapitre 1 : Ajuster la durée de séjour aux besoins du patient

Qui peut soutenir qu'un séjour inutile à l'hôpital puisse être bénéfique à quiconque ?

Partant de cette question dont la réponse se devine, s'interroger sur l'utilité d'un séjour à l'hôpital et de sa durée est un sujet prioritaire de qualité des soins.

Si la question des hospitalisations évitables sort du champ de cette réflexion, elle répond à des interrogations qui sont identiques à celles de la pertinence de la durée de séjour.

L'ajustement de la durée de séjour aux besoins du patient est le « fil rouge » du projet Optimisation du Parcours du Patient (OPP) en établissement de santé : il est constant d'un bout à l'autre de la prise en charge hospitalière, depuis les consultations ou les urgences jusqu'à la sortie du patient.

Ce fil rouge devrait être l'objectif permanent des équipes médico-soignantes qu'il s'agisse de l'admission, du parcours dans les structures ambulatoires jusqu'aux séjours dans les services de réanimation spécialisée.

1 Durée de séjour : la moyenner, la réduire ou l'ajuster ?

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) est calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties. Les soins dispensés en régime ambulatoire ne sont pas pris en compte.

En France, la DMS s'établissait à 5,3 jours en 2013 alors qu'elle était de 5,8 jours en 2010. Elle continue de diminuer...

- Pour les patients, la notion de DMS n'a pas de sens, et le séjour hospitalier s'accompagne encore souvent pour lui d'une inconnue sur sa durée : « quand va-t-on me faire sortir ? »
- Pour les gestionnaires hospitaliers, la DMS est souvent le reflet de la performance et de l'efficacité de la prise en charge hospitalière avec de nombreuses « limites » dont celle de l'absence de l'intégration de l'impact des comorbidités sociales.
- Pour les équipes médicales, la notion de DMS est trop souvent associée à la comparaison de la performance entre services, voire entre praticiens. Elle est utilisée pour calculer les ressources nécessaires et organiser le besoin en lits.

L'ajustement de la durée de séjour au besoin du patient est un processus qui vise à réduire le temps que le patient passe inutilement à l'hôpital. Il s'agit bien de dimensionner le temps d'hospitalisation du patient à son strict besoin. Il doit être le fruit d'une concertation médico-soignante associant le patient, sa famille et les services sociaux.

2 Enjeux d'une réflexion sur l'ajustement de la durée de séjour

2.1 Diminuer les risques liés à l'hospitalisation et à sa durée

Ajuster la durée d'hospitalisation au besoin du patient a un objectif qualitatif : il vise à diminuer les effets pervers d'un séjour hospitalier non pertinent. La notion de séjour non pertinent est très proche de celle qui anime les professionnels de l'ambulatoire : réaliser les soins nécessaires dans un espace-temps adapté au strict besoin du patient.

L'idée qu'un séjour hospitalier puisse être délétère pour la santé du patient n'est pas encore couramment admise. « Pourquoi ne pas prendre son temps pour bien faire les choses ? » comme s'il n'était pas possible de « bien faire les choses » sur un temps plus court... comme si « prendre son temps » (il s'agit bien du temps du patient !) était un préalable pour « bien faire les choses ».

Mais de quels risques parle-t-on ?

2.1.1 *Risque d'infections nosocomiales*

5% des patients contractent une infection dans l'établissement où ils sont soignés. Un chiffre à peu près stable depuis 2006. Cela représente environ 750 000 infections par an, qui seraient la cause directe de 4 000 décès en France.

Le sujet est d'importance. Il constitue un fréquent motif de recours juridiques contre les équipes hospitalières. De plus ce sont les professionnels eux-mêmes qui utilisent le risque d'infections nosocomiales pour vanter l'intérêt des séjours courts notamment en chirurgie ambulatoire.

2.1.2 *Risque d'impacts psycho-affectifs et cognitifs*

Le problème de l'hospitalisation prolongée de l'enfant et des conséquences que celles-ci peuvent avoir sur son développement a fait l'objet de nombreuses recherches à partir de 1940 (« carence affective », « hospitalisme » R. A. Spitz). Les travaux qui ont suivi ont conduit à réduire la séparation parents-enfants en anticipant notamment la programmation de la durée *a minima* des séjours hospitaliers.

Les équipes gériatriques ont démontré que de nombreuses causes sont impliquées dans la survenue et l'évolution d'un déclin cognitif chez les personnes âgées. L'hospitalisation est l'une d'entre elles. Une étude, conduite auprès de 1870 personnes âgées de plus de 65 ans, a montré que le fonctionnement cognitif des personnes âgées déclinait de façon substantielle après une hospitalisation indépendamment de la gravité de la maladie et du déclin cognitif préalable à l'hospitalisation. Ces constats invitent à mettre en place des stratégies visant à prévenir les effets d'une hospitalisation sur le fonctionnement cognitif des personnes âgées. Cela passe d'abord par une prévention plus efficace des problèmes médicaux qui pourraient mener à une hospitalisation mais aussi par des changements dans les politiques et procédures d'hospitalisation des personnes âgées.

On ne peut exclure que les effets pervers de l'hospitalisation décrits dans les populations pédiatriques et gériatriques puissent se produire sur d'autres populations notamment les sujets fragiles indépendamment de leur âge.

Enfin l'intensité des effets délétères d'un séjour hospitalier en fonction de sa durée ou de sa forme de celle-ci reste à démontrer.

Toutes ces questions en suspens laissent penser – à défaut de l'objectiver précisément – que le « confinement » en milieu hospitalier n'est pas dépourvu d'effets secondaires sur la performance cognitive du patient fragile.

2.1.3 Risque de démobilisation de l'entourage

L'état de santé du patient est fortement influencé par son entourage qui s'avère être un allié essentiel dans la conduite du parcours de soins.

Les personnes âgées ou fragiles vivant à domicile bénéficient le plus souvent du soutien de leur famille, de leur entourage et/ou d'aidants. Ce soutien, parfois très lourd, est indispensable à l'équilibre fragile de la plupart de ces patients dans leur environnement quotidien. L'hospitalisation met provisoirement fin aux modalités et à l'intensité de ces aides. Mais en soulageant ces soutiens, elle les démobilise parfois. Si l'hospitalisation est contractuellement ajustée d'emblée cette démobilisation peut être limitée et réversible. À l'inverse, la prolongation du séjour, le manque d'informations partagées et/ou la dégradation du patient (cognitive, autonomie) sont des facteurs d'irréversibilité de cette démobilisation devant faire anticiper d'autres modalités de prises en charge en aval. Les prises en charge de jour, quand elles sont possibles, permettent de prévenir ce risque.

2.1.4 Risque de démotivation des équipes médico-soignantes

Les équipes médicales et soignantes ont avant tout envie de bien faire et d'être utiles au patient ; la présence, dans un service hospitalier, d'un patient qui n'y a plus sa place, fait changer ce dernier de « statut » : il ne paraît plus en attente de compétences de la part des équipes. En situation de transition vers la sortie, le regard que lui portent les équipes n'est plus tout à fait le même. Il est devenu « le sortant de la chambre x » et peut rapidement être ramené au seul statut de « bed-blocker » ne relevant « que » du service social.

À l'inverse, les compétences des équipes soignantes se trouvent valorisées par la sortie du patient. C'est la plupart du temps l'aboutissement de leurs efforts. Lorsque cette sortie traîne pour des raisons organisationnelles, cela entache leur « challenge » de soignant.

2.2 Autres enjeux

Au-delà des risques d'un séjour hospitalier inutilement prolongé, d'autres objectifs portent l'intérêt de s'interroger sur le maintien du patient à l'hôpital.

2.2.1 Être attentif aux conditions de travail

L'ajustement de la durée du séjour au besoin du patient, lorsqu'il conduit à une réduction de la durée d'hospitalisation, entraîne une augmentation de la charge en soins par accélération du flux de patients. Ce phénomène de densification des soins, insidieux car se développant à bas bruit, est générateur de tensions voire d'insécurité au sein des équipes. C'est dire l'importance de réévaluer régulièrement les besoins en ressources humaines au regard de l'activité.

2.2.2 S'assurer d'une coordination ville-hôpital

Travailler sur la pertinence de l'hospitalisation et de sa durée revient à réfléchir sur la coordination avec les professionnels de santé extra-hospitaliers. Bien ajuster la durée de séjour au besoin du patient requiert de pouvoir anticiper la prise en charge avant l'admission (préparation à l'hospitalisation) et de la poursuivre après (soins ambulatoires). L'un des meilleurs exemples de ce type de parcours optimal de soins est celui de la procédure de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) : la réduction de la durée du séjour hospitalier dépend fortement de la qualité de la préparation préopératoire et du suivi post-opératoire réalisés en externe.

Cette synergie des acteurs du parcours patient passe par le partage des informations médicales et le redéploiement des compétences. En apportant à la fois la continuité et la régularité, la coordination ville-hôpital répond à des critères de qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources.

3 Méthodologie

Soyons clairs : l'ajustement de la durée de séjour aux besoins du patient aboutit, la plupart du temps, à réduire la durée de séjour en supprimant les espaces-temps à l'hôpital inutiles à la santé du patient (défauts d'organisation ou de décision, etc.). Autrement dit, l'effet recherché est celui de prodiguer la même qualité de soins dans un espace-temps plus court. Cette réorganisation du parcours du patient ne peut se faire que dans le cadre d'une réflexion coordonnée des équipes intra et extra-hospitalières.

3.1 Avant d'entamer la démarche projet

On ne peut embarquer les équipes médico-soignantes sur une action concernant le patient que si elle est porteuse d'une valeur ajoutée positive sur le bien-être de ce dernier. Après avoir sensibilisé les acteurs aux effets négatifs d'une hospitalisation prolongée inutilement, c'est en identifiant les freins de tous ordres et en préparant les arguments pour agir qu'on arrivera à mobiliser les intelligences pour ajuster la durée de séjour au besoin du patient.

3.1.1 Identifier les freins

La meilleure façon d'anticiper les freins est d'écouter ce qui se dit dans les couloirs :

« **On a toujours fait comme ça** » : pourquoi s'imposer des contraintes supplémentaires ou faire de la place pour héberger n'importe quel patient des urgences ? Ces objections résument le manque de perception de l'intérêt pour le patient à mieux organiser son séjour.

« **C'est plus sûr de le garder** » : la question de la sécurité est évidemment primordiale. Elle est d'ailleurs constante même au cours de l'hospitalisation : quand faire sortir un patient des soins intensifs pour le renvoyer dans une unité d'hospitalisation conventionnelle ? Quels critères pour autoriser la sortie de salle de réveil ? etc. L'objectif est bien d'adapter les conditions de surveillance et de traitement du patient pour garantir sa sécurité. Sans concession !

« **S'imposer des contraintes supplémentaires** » : effectivement ! Ajuster la durée de séjour au besoin du patient nécessite d'y réfléchir plutôt que de se laisser aller à ses habitudes. Traquer les séjours inutiles exige un effort collectif pouvant même nécessiter d'affronter les postures des collègues. De plus, cela va conduire à édicter des règles auxquelles il faudra se soumettre et qui devront être

évaluées. Enfin, le raccourcissement des temps va obliger à se synchroniser, à aller plus vite et donc à densifier la charge en soins. Il ne faut pas se le cacher : l'amélioration de la qualité des soins ne se fait pas sans effort. Le travail en équipe sur la « bonne » durée de séjour ne doit pourtant pas être vécu comme une contrainte mais comme un challenge collectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients.

« Faire encore des économies » : il est vrai que garder inutilement un patient à l'hôpital génère des dépenses indues. Au sein de son portefeuille de ressources, tout établissement de santé a intérêt à privilégier les dépenses de soins aux dépens des dépenses d'hébergement surtout si elles sont inutiles. Mais la présentation de la « réduction de la DMS » comme facteur d'économie en a fait, chez les professionnels, un outil de « rationnement » au point de développer chez ces derniers une allergie au sujet.

« Faire de la place pour « héberger » les patients des urgences » : réfléchir à la bonne durée de séjour conduit le plus souvent à la réduire et donc à libérer des lits inutilement occupés. Le risque est que ces derniers deviennent rapidement attractifs pour des patients issus des urgences et ne relevant pas de la spécialité concernée.

« La peur de l'imposition d'un modèle normatif » : une durée de séjour normée, fondée sur des paramètres tarifaires et supposée devoir s'appliquer à tous fait aussi partie des craintes fréquemment avancées. Raison de plus pour porter, en équipe, un raisonnement de qualité des soins adapté au contexte afin d'antagoniser une logique productiviste aveugle : ajuster la durée du séjour au besoin du patient ne veut pas dire qu'on ferait fi des soins relationnels pour ce dernier qu'il ne faut pas oublier d'identifier comme des facteurs de guérison plus rapide.

3.1.2 Préparer les arguments à agir

Il s'agit d'éveiller les consciences à l'intérêt de travailler sur la diminution des durées de séjour délétères à la qualité et à la sécurité des soins. Le but est de faire en sorte que les arguments évoqués ci-après soient compris, adoués, et utilisés avec conviction par les équipes médico-soignantes.

- Vis-à-vis des patients et des familles

Le principal obstacle à la sortie peut être le patient « installé » qui peut sembler se plaire, apprécier les conditions de son séjour, ce qui ne l'empêche pas de le critiquer. Lui et sa famille n'envisagent manifestement pas un retour au domicile.

C'est dire l'intérêt d'établir le plus précocement possible (si possible avant l'hospitalisation) des rapports « contractuels » avec le patient, la famille et les aidants pour que les modalités de sortie soient construites et organisées en commun : d'abord, en leur balisant les conditions de sortie, en fixant une durée prévisionnelle de séjour le plus tôt possible, en déclinant un projet d'agenda du séjour (examens, consultations, traitement...) et en donnant des repères objectifs (« vous pourrez sortir quand... si... »). Anticipation et partage sont les maîtres mots d'une non-opposition voire d'une participation des patients et de leur famille à la réduction de la durée de séjour hospitalier inutile.

- Vis-à-vis des professionnels

Les acteurs du soin n'ont pas tous la même approche vis-à-vis de l'opportunité de maintenir le patient à l'hôpital.

Il y a une question de responsabilité. Les plaintes liées à une sortie trop précoce sont dans tous les esprits tandis que le maintien inutile d'un patient à l'hôpital n'a que rarement des conséquences juridiques.

Par ailleurs la sensibilité individuelle vis-à-vis des attentes du patient n'est pas toujours homogène au sein d'une équipe. Cela suppose une qualité d'écoute qui n'est pas toujours partagée. Le rôle du « chef d'équipe » qu'il soit médical ou soignant est de définir et d'intégrer dans une charte du service les valeurs de bien-être du patient dans les objectifs de qualité et de sécurité des soins.

Il y a enfin l'évolution des pratiques qui est un moteur voire un challenge pour les professionnels de santé : les travaux les plus nombreux sur l'intérêt de réduire la durée de séjour au strict besoin du patient ont été conduits par les pionniers de la chirurgie ambulatoire.

3.2 Mettre en œuvre une dynamique d'ajustement de la durée de séjour

Le sujet d'une réflexion qualitative sur la durée du séjour ne peut épargner personne au sein d'un établissement. Il n'y a pas « 36 façons » de faire bouger l'ensemble d'un groupe sur un sujet stratégique. Il n'y en a que deux : soit en donnant un rôle de détonateur à une petite équipe qui va déclencher ensuite le mouvement général, soit en libérant solennellement toutes les énergies d'un seul coup.

Ces deux méthodes font appel à des ressources bien différentes à solliciter en fonction du contexte.

- Le « détonateur » : faire le choix de démarrer avec un service pilote

Dans tout projet au sein d'une communauté hospitalière, il y a presque toujours, en son sein, une petite équipe capable de se lever pour porter un projet d'amélioration de la qualité des soins. Le « détonateur » existe presque partout même s'il faut parfois l'identifier ou en rassembler les pièces.

Repérer une ou deux équipes capables de s'approprier le sujet de l'ajustement de la durée de séjour au besoin du patient dans une optique de qualité des soins est assez facile : ce peut être une équipe d'infirmières sensibilisées, un cadre impliqué ou un responsable médical engagé qui ont initié spontanément la démarche. Ce sont ces équipes qu'il faut investir dans une fonction de détonateur : montrer que sur ce sujet le changement est possible et qu'il profite à tous.

Mais on n'embarque pas une équipe médico-soignante sur un tel sujet sans s'être assuré qu'il est porteur d'un sens mobilisateur pour cette dernière, celui de l'intérêt du patient. L'alignement de tous sur cet objectif est un préalable qui doit être vérifié au cours, par exemple, d'une réunion de « sensibilisation » rassemblant praticiens et soignants autour des responsables de l'unité. L'assiduité à cette réunion permet déjà de se faire une idée de l'adhésion de l'équipe.

- Le « mouvement général » : faire le choix d'une démarche institutionnelle

Lancer d'emblée une démarche collective d'ampleur nécessite de prendre quelques précautions, en commençant par vérifier la robustesse d'un portage institutionnel administratif, médical et soignant particulièrement déterminé. Mais ce n'est pas tout. Cette démarche doit mettre l'accent sur un intérêt fédérateur (pour tous, c'est encore la qualité des soins !) et être relayée par une information spécifiquement diffusée à l'ensemble de la communauté hospitalière. Toutes les instances concernées (Directoire, CME, CSIRMT, etc.) doivent y apporter leur soutien.

Dans le cadre d'une dynamique globale de l'établissement, le mouvement à enclencher doit tenir compte du fait que, s'il existe des adhérents au projet, la majorité peut être faite d'indifférents voire de réfractaires. Pour arriver à embarquer le plus grand nombre, le lancement du projet de l'ajustement du séjour au besoin du patient, après avoir été soumis aux instances, doit faire l'objet d'une certaine solennité interne et externe. Soutenu par un plan de communication, il doit être clairement relié à une volonté d'améliorer la qualité des soins, traduite par des objectifs mesurables et un calendrier assez contraint.

Sur le plan méthodologique, on retrouve les standards de la gestion de projet avec un binôme chef de projet légitimé par le chef d'établissement et le président de CME (lettre de mission) et une équipe projet constituée de professionnels volontaires de tous métiers et statuts. Deux formes de mise en œuvre peuvent ensuite être envisagées : soit une gestion d'avancement des actions par service ou par pôle, soit un suivi du plan d'action de façon transversale par thématique. Dans tous les cas, l'avancement du projet doit faire l'objet d'une communication large à la fois au sein des instances mais aussi au plus près des équipes.

Les catalyseurs : ne pas les oublier

Une fois la réflexion engagée, il faut identifier ceux qui vont veiller à ce que l'action soit entretenue et reste bien dans le cadre des objectifs fixés.

Le premier catalyseur est le patient. Il enrichit la démarche de soins. Cela suppose, de la part des équipes médico-soignantes, une volonté de partager avec lui les décisions qui le concernent rendant ce dernier plus adhérent au parcours proposé et acteur de sa propre prise en charge. De surcroît, le patient peut avoir des bonnes idées auxquelles personne d'autre que lui n'aurait pu penser !

Ce sont aussi les instances. Elles peuvent être un levier pour catalyser le déroulement des projets de transformation profonde des pratiques. Une communication initiale aux instances engage les pilotes du projet à rendre compte soit régulièrement soit en fin de projet des résultats obtenus. Cet engagement est un précieux catalyseur pour les acteurs de ce projet.

Le département d'information médicale a également un rôle capital dans la diffusion et l'interprétation auprès des cliniciens des données qu'il collecte. Un dialogue entre praticiens, facilité si le médecin du DIM est un ancien clinicien, porte une valeur ajoutée dans les deux sens : il éclaire et interpelle les cliniciens sur leurs écarts par rapport aux objectifs attendus notamment en matière de durées de séjour. Mais à côté de ce rôle de pédagogue auprès des équipes médico-soignantes, sa place dans l'équipe de direction lui confère un rôle important d'éclairage des décisions administratives notamment en matière d'ajustement des capacités.

3.3 Réaliser le diagnostic

Ajuster la durée de séjour au besoin du patient laisse entendre que la durée d'hospitalisation est « trop longue » (ou « trop courte »). Mais par rapport à quoi ?

Comment définir un séjour « trop » long ?

En 2002, une circulaire PMSI définit les séjours longs comme étant ceux supérieurs à une borne haute issue d'un calcul en rapport avec la Durée Moyenne de Séjour (DMS) pour une entité pathologique

donnée (Groupe Homogène de Malade). Dans cet esprit, c'est la durée du séjour hospitalier qui devient le principal vecteur organisateur et explicatif des coûts.

Dans le cadre de cette publication, la notion de « séjour long » se définit comme celui qui dépasse la durée nécessaire à la prise en charge d'un patient. Ce n'est pas seulement un séjour qui sera « mal valorisé » sur le plan du PMSI, ou un patient qui « embolise » un lit uniquement pour un « aval » non organisé. La question de « séjour long » peut même être tout à fait présente pour un séjour ambulatoire, dès lors que le temps de présence du patient dans la structure est anormalement supérieur au temps « nécessaire » à sa prise en charge. Identifier la bonne durée de séjour en amont ou au début de la prise en charge du patient permet de réconcilier les visions économique et éthique.

- Du point de vue du patient ou de son entourage

L'un des enjeux de ce travail d'ajustement, c'est de répondre à la demande des patients dont la plupart souhaitent retourner le plus vite possible dans leur milieu de vie. On ne doit pas négliger pour autant que certains patients (âgés, dépendants, socialement défavorisés) et surtout certaines familles ou aidants voient dans l'hospitalisation un temps nécessaire de répit et de mise au point dans les prises en charge.

Aussi formaliser un socle commun mais modulable par type de prise en charge (chemins cliniques), permet d'adapter la durée de séjour et les moyens de soins aux besoins de chacun d'entre eux. Définir, dans un esprit contractuel, avec le patient et sa famille, une date prévisionnelle de sortie, n'a pas des effets que sur la durée de séjour : elle place ces derniers dans une attitude de proactivité qui les invite à préparer la sortie avec l'équipe hospitalière et les intervenants en ville.

Mais force est de constater que l'avis du patient est encore trop rarement requis même lorsqu'il est correctement informé des différentes options thérapeutiques possibles. Et pourtant, l'association du premier concerné à la compréhension de sa maladie, sa participation aux choix et au déroulement de son traitement sont reconnus comme des facteurs d'évolution positive.

« La démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluri professionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. »

Source : Démarche centrée sur le patient – Fiche HAS Mise au point, organisation des parcours mai 2015

- Du point de vue des professionnels de santé

Sans anticipation de la prise en charge en aval, un séjour peut devenir rapidement « trop long » : c'est celui d'un patient qui, n'ayant plus besoin de soins, occupe une place sans raison. C'est difficilement supportable quand de nombreuses demandes d'admission sont en attente.

De nombreux établissements ont mis en place une « Commission des séjours longs » qui, au travers de réunions régulières, analyse les problématiques des patients qui occupent un lit depuis « trop » longtemps. Ces réunions auxquelles participent des médecins, des cadres de santé, le médecin DIM,

des assistantes sociales et si possible un représentant de la direction, permettent souvent aux équipes soignantes d'alerter sur des situations sociales spécifiques.

3.4 Proposer des outils de diagnostic et de mise en œuvre

Travailler à la pertinence des durées d'hospitalisation au regard des besoins du patient revient à s'interroger sur les « gains » en matière de séjour qui pourraient résulter d'une meilleure organisation de la réalisation des séquences de soins prévues par les praticiens. Il n'est donc pas question ici de s'interroger sur la pertinence de la démarche médicale ou soignante mais bien seulement de l'organisation de celle-ci.

Après avoir stimulé la volonté des équipes de travailler sur l'optimisation des durées de séjour et l'avoir obtenu, il ne faut pas la décevoir. Trop de bonnes idées émanant des professionnels ont échoué dans la désillusion faute de détermination affichée à les mettre en œuvre rapidement. Une fois l'équipe projet constituée, il faut lui donner des outils pour travailler.

La première réunion de mise en œuvre du projet doit être consacrée au choix des outils en commençant par rechercher ceux qui sont utilisés dans l'établissement et les résultats qu'ils ont permis d'obtenir. En effet, dans chaque établissement des initiatives diverses et parfois méconnues ont été mises en place pour évaluer la pertinence des durées de séjour et l'optimiser. Ce travail initial d'inventaire permet à la fois de soutenir ces initiatives et de s'appuyer sur les résultats obtenus pour les déployer.

Dans notre expérience, les outils le plus fréquemment utilisés peuvent être classés en deux catégories : ceux qui contribuent à l'état des lieux et ceux qui portent la mise en œuvre. Ces deux sortes d'outil sont liées : l'état des lieux est un stimulant à agir pour les équipes. S'interroger sur la pertinence d'une durée de séjour c'est déjà franchir un énorme pas.

3.4.1 *Les outils qui contribuent à l'état des lieux*

- Deux indicateurs :

La Durée Moyenne de Séjour (DMS)

La DMS est un indicateur historique fréquemment utilisé pour comparer la « performance » de plusieurs unités de soins.

La mesure comparative des durées de séjour peut être porteuse de sens, fédérer les équipes et susciter l'émulation. Mais elle peut aussi être source d'exaspération lorsqu'elle porte sur des cohortes de patients non comparables.

L'Indice de Performance de la DMS

L'IPDMS est un indicateur basé sur des descriptions tarifaires de séjour. Les statistiques fournies aux différents services mensuellement contenant les IPDMS peuvent être envisagées comme une base de travail permettant d'identifier les unités de soins dans lesquelles une exploration plus importante doit être menée. Celle-ci doit porter sur la typologie des patients ayant des séjours longs et sur l'anticipation des besoins d'ajustement de la durée de séjour des patients.

- La grille AEP

L'outil AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) est une méthode fondée sur des critères explicites indépendants du diagnostic.

Une liste de critères apprécie la pertinence des admissions à l'hôpital, une autre la pertinence des journées d'hospitalisation indépendamment de toute justification sur la décision d'hospitalisation du patient. La grille initiale permettant d'évaluer les journées d'hospitalisation comprend 27 critères : 11 critères sur les soins médicaux délivrés, 7 critères sur les soins infirmiers et 9 critères sur l'état clinique du patient. La grille initiale des admissions comprend deux parties : 6 critères liés aux soins délivrés et 10 critères de sévérité clinique. Les critères de choix d'AEP par rapport aux autres outils ont été principalement sa reproductibilité, sa validité et sa facilité d'emploi.

Plus tard, en 2004, la HAS dans son rapport sur le coût de la qualité et de la non-qualité à l'Hôpital évoque, à partir de la mise en œuvre de l'outil AEP deux grandes catégories :

- Les journées d'hospitalisation non pertinentes mais justifiées dans la mesure où le patient ne reçoit pas de soins techniques mais reçoit une prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative, ou tout simplement un hébergement, mais pour lequel des structures plus efficaces n'existent pas ou ne sont pas disponibles...
- Les journées d'hospitalisation non pertinentes et non justifiées dans la mesure où le patient reçoit des soins ou des services qui pourraient être rendus dans des structures disponibles plus efficaces et mieux adaptées aux besoins des patients. Ces journées relèvent d'un problème d'organisation du processus décisionnel des professionnels de santé ou de raisons liées aux patients ou à leurs proches.

Les éléments d'explications évoqués dans le rapport de la HAS sont de deux ordres : un dysfonctionnement extra-hospitalier (manque de structures d'aval), et des problèmes d'organisation intra-hospitalière (attente d'une consultation, d'un examen, difficultés de programmation des hospitalisations...).

La revue de pertinence des soins a pour objectif général d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle peut s'appliquer à un soin, à un programme de soins, aux hospitalisations. Elle peut porter sur l'indication ou l'admission, c'est-à-dire sur la décision ayant conduit à une prise en charge, ou bien sur la durée de séjour, les conditions de mise en œuvre, de poursuite des soins.

La grille AEP des admissions peut être utilisée dans le service des urgences ou dans tout service ayant des entrées directes non programmées, et à plusieurs niveaux : sur l'ensemble de l'établissement, sur quelques services ou à l'échelle d'un service. Elle est adaptée à l'activité des services de médecine et de chirurgie en dehors de la chirurgie et de l'anesthésie ambulatoire, de l'hospitalisation de jour et des traitements itératifs de type chimiothérapies, radiothérapies ou dialyses. Elle concerne les patients adultes.

La grille AEP pour les hospitalisations relève les inadéquations au plan technique, mais l'hospitalisation n'est pas seulement justifiée par des soins techniques ; d'autres déterminants entrent en jeu ; AEP prévoit à cette occasion la possibilité pour le praticien de signaler des journées justifiées non techniquement pertinentes. Les journées d'hospitalisation peuvent être non pertinentes mais justifiées lorsque le patient ne reçoit pas de soins techniques mais bénéficie d'une prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative.

Les journées d'hospitalisation sont non pertinentes et non justifiées quand le patient reçoit des soins ou des services qui pourraient être rendus dans des structures disponibles plus efficaces et mieux adaptées au besoin des patients.

- Analyse critique des durées de séjour sur dossier

Les revues de morbidité/mortalité permettent aux équipes d'améliorer la sécurité des soins en tirant enseignement des éventuelles erreurs du passé.

Pourquoi ne pas procéder de la même façon avec les durées de séjour ?

Nous proposons que chaque équipe (unité, service) motivée par l'optimisation des durées de séjour procède à une revue itérative de dossiers (par exemple : sur un échantillon d'une semaine tous les semestres) : cette dernière est moins lourde à mettre en œuvre que les revues de pertinence AEP, moins exhaustive aussi. Elle permettra néanmoins en un temps réduit de cibler les séjours contenant des problématiques organisationnelles et d'identifier les solutions à mettre en œuvre.

3.4.2 *Les outils qui portent la mise en œuvre*

Tous les outils qui sont utilisés au cours de l'état des lieux peuvent être aussi repris pour alimenter et suivre la mise en œuvre. En effet, ils produisent des indicateurs mesurant les progrès accomplis et le reste à faire.

D'autres outils ou de bonnes pratiques plus particulièrement dédiés à l'optimisation du séjour ont fait l'objet de nombreuses descriptions et recommandations :

- L'indication de la Durée Prévisionnelle de Séjour (DPS) par type de pathologie

Elle devrait être systématique pour toute admission programmée et se développer pour les admissions directes et post-urgences. Les avantages de cette action sont triples :

- Elle permet d'anticiper le planning des tâches des intervenants autour du patient
- Elle contribue à « contractualiser » le séjour du patient et ainsi préparer ce dernier, sa famille et les prestataires d'aval, à sa sortie
- Elle favorise l'anticipation des flux de patients au sein de l'unité
- Elle contribue à inciter les praticiens à travailler à l'harmonisation de leurs pratiques.
- La construction des parcours de soins et chemins cliniques

Le parcours d'un patient est complexe, car ce dernier est souvent amené à rencontrer de nombreux professionnels dans différentes unités de soins ou de structures de prise en charge. Ainsi l'étude du parcours est essentielle pour mettre en évidence les processus en œuvre dans le travail de soins ainsi que la coordination nécessaire entre les unités, les activités et le rôle des différents intervenants auprès du patient. Elle permet également de repérer les turbulences dans le fonctionnement des équipes et dans les interfaces entre unités ou services.

Dans les unités d'hospitalisation conventionnelle, les parcours de soins et chemins cliniques permettent, entre autres, d'identifier la « bonne durée de séjour » pour un groupe homogène de malades. Contrairement à la durée moyenne de séjour qui, comme elle l'exprime, n'apporte qu'un chiffre approximatif de la durée de prise en charge, le chemin clinique permet d'avoir une lecture précise du séjour et de sa durée. Toute « sortie » de chemin clinique permet alors au praticien et à l'équipe soignante d'affiner l'étude clinique.

La construction d'un parcours de soins demande d'identifier deux approches en parallèle : une approche analytique décrivant le cheminement spatio-temporel du patient, dans une logique de mode opératoire décliné sous forme de logigramme, et une approche systémique permettant la réalisation d'une cartographie des processus de la prise en charge. Ces deux approches permettent de composer et d'aboutir à une formalisation intégrale du parcours de soins par pathologie, mettant en exergue l'indispensable standardisation et tout à la fois l'individualisation des soins, pour qu'ils soient efficaces et également humanistes.

On peut repérer et organiser des typologies de parcours *a priori* avec de bonnes pratiques à promouvoir de façon standardisée. Partir d'une population de patients ayant une même pathologie permettra d'identifier un parcours similaire ou suffisamment proche pour chacun. Cette « standardisation » réfléchie permettant cependant d'intégrer les problématiques de chacun libère du temps pour une personnalisation des soins.

« Le chemin clinique est un outil de qualité de la prise en charge des patients qui a pour but de décrire, pour une population de patients présentant une même pathologie, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient ». Présenté comme un « gage d'amélioration de l'efficacité des soins » par la HAS en 2006, le chemin clinique est avant tout un outil d'application des recommandations professionnelles et bonnes pratiques permettant d'anticiper et de formaliser toutes les étapes de la prise en charge par l'ensemble des intervenants auprès du patient dans un établissement de santé. Il s'applique également au sein d'un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux.

Avant de se lancer dans l'élaboration de parcours de soins et de chemins cliniques, il est important de constituer une véritable équipe de professionnels compétents et expérimentés pour les construire. Ces derniers doivent partager les mêmes objectifs et être d'accord sur le sens des actions à mener. Ce consensus doit s'appuyer sur une revue de la littérature des bonnes pratiques ainsi que sur des indicateurs cliniques « cœur de métier ». La finalité est de clarifier les points forts de la prise en charge et les points d'achoppement à analyser et à améliorer dans une dynamique constructive d'équipe.

Le travail d'optimisation est confié à l'équipe en charge de la rédaction, ce qui garantit à terme la pertinence des choix d'amélioration ainsi que l'adhésion et la légitimité pour des changements de pratiques et de l'organisation de travail.

Cette méthode qui permet d'anticiper les risques liés à la pathologie, de clarifier et de simplifier l'information donnée au patient, a aussi l'intérêt d'organiser très en amont les ressources nécessaires humaines et matérielles, et donc d'approcher la charge prévisionnelle en soins pour mieux gérer l'affectation de ces ressources.

D'autres outils ont été proposés aux établissements dans le cadre du programme national « Gestion des lits » accompagné par l'ANAP. Une publication regroupant les actions possibles est accessible en téléchargement.

3.5 Des indicateurs porteurs de sens pour les professionnels

On ne soigne pas des indicateurs : si les équipes se concentrent uniquement sur leurs indicateurs, leur processus ne s'améliorera sûrement pas.

Cependant la mesure des progrès accomplis est indispensable pour vérifier que l'on va dans la bonne direction et à la bonne vitesse. Mais aussi pour rendre compte des effets obtenus par les efforts de chacun. En outre, dans une société qui valorise le résultat, la fierté d'appartenance, fondée sur un sentiment de performance mesurable au bénéfice du patient est un élément fédérateur fort.

Partant du principe que l'analyse de la durée des séjours dans les unités de soins ne peut donc se limiter à la seule utilisation de la DMS ou de l'IPDMS, les équipes pourront avoir recours à l'usage des outils de pertinence du séjour pour comprendre quels axes d'amélioration mettre en œuvre, en regardant :

- Le taux d'admissions inadéquates (hospitalisation évitable) et de journées non pertinentes (revue de pertinence grille AEP)
- Les Durées de Séjour Non Pertinentes (DSNP) après analyse sur dossier de la Durée de Séjour Optimale (DSO). Celle-ci est calculée en équipe par une analyse rétrospective des dossiers patients en estimant le temps de séjour qui aurait pu être épargné au patient grâce à une meilleure organisation.

L'intérêt de ces indicateurs réside dans leur capacité à être réalistes, en adéquation avec le contexte et portés par les équipes elles-mêmes et donc porteurs de sens.

La mise en place d'indicateurs post-hospitalisation permettra d'évaluer les risques des sorties précoces, et par là même les protocoles de prise en charge, les parcours patients et chemins cliniques utilisés, qui pourront faire l'objet d'un réajustement.

On s'attachera plus particulièrement à étudier les indicateurs suivants :

- Taux de ré-hospitalisation à court terme (48H), parfois dans un autre établissement
- Taux de consultation en urgence du médecin traitant à court terme (48H)
- Taux de plaintes patients/famille/aidants relatives à une sortie précoce

4 Pour résumer

Aux yeux des patients et des professionnels de santé, engager un travail sur les durées de séjour à l'hôpital, comporte encore une forte connotation médico-économique. Cependant nous avons observé que la plupart des intervenants auprès du patient sont partants pour réfléchir à une adaptation sur mesure de la durée de séjour dans le cadre de l'utilisation d'outils porteurs de sens tels que le chemin clinique. En outre cette démarche, conduite en équipe médico-soignante, favorise l'homogénéité des pratiques et permet de documenter les besoins en ressources humaines des unités de soins.

Chapitre 2 : Développer les prises en charge ambulatoires

Depuis plus de vingt ans, les autorités de tutelle s'efforcent de développer la chirurgie ambulatoire en France au regard du retard que notre pays semble avoir pris dans ce domaine par rapport à d'autres pays industrialisés.

Les contraintes financières progressives qui se sont appliquées au système hospitalier ont également incité les pouvoirs publics à prôner le développement de la chirurgie ambulatoire substituable à l'hospitalisation conventionnelle dans les années 2000. Par la suite, le même raisonnement a été proposé plus récemment pour accueillir en hôpital de jour les patients de médecine éligibles. L'idée est simple : s'épargner une nuitée inutile ne peut être que porteur d'économies.

Mais comment imaginer que le principe d'une prise en charge d'une seule journée puisse enthousiasmer les professionnels hospitaliers, les médecins traitants et même les patients ?

Sauf pour les partisans d'une nuitée « rassurante » à l'hôpital, pouvoir bénéficier d'un acte chirurgical en une seule journée peut être un élément de confort voire de sécurité pour le patient et sa famille. En outre, l'implication de ces derniers (préparation, jeûne, suivi post-opératoire) les place dans une posture pro-active vis-à-vis de la prise en charge : « on ne subit pas le séjour hospitalier, on est acteur de sa prise en charge ».

D'autres ont mis en avant le plus faible risque d'infections nosocomiales parmi les patients ambulatoires.

Mais, il y a plus : le sentiment que le parcours du patient était bref a stimulé l'attention des professionnels sur les conditions de sécurité d'une telle prise en charge (meilleure programmation des prises en charge, chemin clinique formalisé, recommandations des sociétés savantes, suivi étroit d'indicateurs, équipe soignante dédiée et formée, etc.). D'ailleurs certaines procédures développées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ont été transposées sur l'organisation des séjours d'hospitalisation conventionnelle (entrée le matin de l'intervention, par exemple).

1 Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

Cela fait plus de vingt-cinq ans que les autorités de tutelles et les communautés professionnelles hospitalières cherchent à développer la chirurgie ambulatoire en France afin de rattraper le retard dans ce domaine. La HAS, l'ANAP et les sociétés savantes ont pris parti pour cette forme de prise en charge et mis à la disposition des professionnels quantité de documentations sur les moyens de la développer.

Est-ce à dire que la perfection est atteinte par tous dans ce domaine ? Tous peuvent encore mieux faire même s'ils n'en ont pas toujours conscience. De bons indicateurs classiques peuvent cacher des marges de progression en matière de qualité et d'efficience.

1.1 Trois constats observés quant à l'organisation des UCA

1.1.1 *Il reste du potentiel de développement substituable y compris sur les actes traceurs et les gestes simples*

Tout a été dit et écrit en matière d'actes chirurgicaux éligibles à une prise en charge ambulatoire. De nombreuses contre-indications absolues d'autrefois sont devenues relatives et la prise en charge ambulatoire d'actes plus lourds se développe. Pourtant il n'est pas rare de trouver, y compris au sein d'équipes engagées dans les prises en charge ambulatoires innovantes, des actes simples qui sont encore traités indûment en hospitalisation conventionnelle. Les critères d'éligibilité des actes chirurgicaux ou anesthésiques à une prise en charge ambulatoire devraient faire l'objet d'un consensus d'équipe, résultat d'une médiation entre les « inquiets » et les « audacieux ». Mais souvent ce consensus, lorsqu'il a été obtenu, n'est pas régulièrement révisé. Cependant, la pratique rigoureuse de la chirurgie ambulatoire au sein d'une équipe finit le plus souvent par rassurer les inquiets. La révision régulière des conditions d'éligibilité à une prise en charge ambulatoire permet de revoir certains « dogmes » : il en est ainsi de l'isolement social du patient, de son éloignement géographique ou de la capacité à prendre en charge des urgences « différables ».

1.1.2 *Le « goulot d'étranglement » du bloc opératoire reste l'un des principaux blocages au développement des prises en charge ambulatoires*

Le bloc opératoire constitue un élément essentiel du plateau technique d'un hôpital, en raison de sa haute technicité, de l'investissement qu'il représente, de l'importance de la ressource humaine qu'il mobilise mais également en raison des enjeux en termes de sécurité des patients.

Lorsque le bloc n'est pas dédié à la chirurgie ambulatoire, son optimisation exige de pouvoir :

- concilier l'activité programmée et urgente quel que soit le type de prise en charge (conventionnelle ou ambulatoire). La prise en charge des patients urgents reconvoqués en ambulatoire nécessite de prévoir une certaine souplesse au sein du programme.
- revisiter parfois les vacations opératoires : ce « chantier » est une opération complexe car elle impose, en priorisant les différentes contraintes des opérateurs, de rendre compatible l'agenda de ces derniers avec les contraintes du bloc.

Une programmation au cordeau

L'irruption de la chirurgie ambulatoire dans un bloc panaché a bousculé, parfois violemment, les pratiques traditionnelles de la programmation qui tendraient à placer les patients les plus complexes en début de vacation.

Pour autant, les actes ambulatoires ne peuvent évidemment pas être tous relégués en fin de programme ! Mais il ne peut y avoir de dogme. Le programme ne peut se

construire qu'au cas par cas en prenant en compte les durées d'interventions et les durées de récupération en SSPI/UCA plutôt que se contenter de dire que l'ambulatoire ne se fait que le matin et/ou au démarrage des vacances. En outre les pratiques opératoire et anesthésique peuvent avoir une incidence importante sur la durée de prise en charge post-opératoire.

Un travail sur l'homogénéisation des pratiques permet de limiter la variabilité individuelle de réalisation de chaque praticien par le biais des protocoles d'équipes.

Les besoins et les impératifs d'un bloc opératoire et d'une UCA doivent être partagés et pris en compte mutuellement par les représentants de chaque structure lors de la programmation. Les outils d'analyse de l'activité du bloc opératoire et de l'UCA sont la base de dialogue de gestion avec les praticiens. Il ne s'agit pas d'optimiser une de ces deux structures au détriment de l'autre...

1.1.3 L'organisation des unités de chirurgie ambulatoire est rarement optimale même chez les « majors » de l'ambulatoire

La croissance de l'activité chirurgicale ambulatoire pose souvent le problème de l'extension de la capacité de l'UCA. Mais avant de « pousser les murs », mieux vaut se demander si l'unité actuelle est bien optimisée.

Les leviers d'efficience les plus fréquemment rencontrés tiennent à/au :

- Lissage de l'activité hebdomadaire
- La sécurisation de l'amont
- L'échelonnement de l'arrivée des patients
- La définition des chemins cliniques et des temps de prise en charge associés
- L'optimisation des flux au cours de la journée
- La pertinence des admissions dans l'UCA
- L'amélioration et l'anticipation du processus de sortie

Les tableaux de bord de l'activité quotidienne et hebdomadaire (quand ils existent !) permettent de mettre en évidence les améliorations à faire pour réguler l'activité.

En matière de lissage de l'activité sur la semaine

La régularité des flux quotidiens de patients dans les UCA est un sujet partout ! Il est encore très fréquent de constater que certains jours de la semaine sont en suractivité récurrente alors que l'UCA ne fait jamais le plein à d'autres jours. Le caractère erratique des flux de patients ambulatoires est plus fréquent dans les petites unités et quand le bloc opératoire est panaché (l'ambulatoire est parfois considéré comme un « mode mineur »).

Ces variations d'activité peuvent d'abord tenir au fait que certains opérateurs préfèrent concentrer la prise en charge en hospitalisation conventionnelle des patients lourds en début de semaine pour que ceux-ci puissent être sortants ou en convalescence avant le week-end. Cela amène ces opérateurs à concentrer leurs patients en UCA dans les derniers jours de la semaine.

Cette irrégularité de l'activité ambulatoire résulte également de la difficulté à rendre compatible avec le tableau opératoire toutes les activités des opérateurs (consultations, activités transversales...). Ces derniers, qui n'ont pas tous le même volume d'activité ambulatoire, tiennent, pour la plupart, à prendre en charge personnellement les patients y compris ambulatoires qu'ils ont vus en consultation (les patients y tiennent également d'ailleurs). Ils font donc inscrire leurs patients en UCA en fonction des espaces opératoires restants au sein des vacances qui leur sont attribuées et non en fonction des places disponibles en UCA, ce qui peut conduire à maintenir une activité ambulatoire foraine.

Il existe des solutions pour obtenir un meilleur lissage de l'activité même si elles sont compliquées à mettre en œuvre: par exemple mieux répartir l'activité ambulatoire entre chirurgiens voire accepter qu'un patient vu par un praticien puisse être opéré, sous réserve de son accord, par un autre opérateur. Ou encore tenter d'adapter l'agenda des autres activités (cliniques ou universitaires) de tous les opérateurs à l'offre conjointe du bloc opératoire et de l'UCA. La complexité de mise en œuvre de ces « solutions » explique pourquoi le lissage de l'activité d'UCA sur la semaine reste souvent un problème irrésolu.

En matière de lissage de l'activité quotidienne

La programmation au bloc opératoire doit permettre l'ordonnancement des séjours en UCA en fonction des besoins prévisibles en matière de surveillance post-opératoire. Il existe classiquement deux types de circuits de patients ambulatoires en fonction de leur temps de séjour dans l'établissement :

- Un circuit court intégrant des interventions rapides sous anesthésie générale légère ou loco-régionale (type cataracte, chirurgie de la main, etc.). Certaines équipes répertorient ces interventions dans une liste établie consensuellement et faisant état des durées globales (bloc-SSPI-Surveillance post-op) prévisibles. Les patients du circuit court doivent pouvoir séjourner en UCA en plusieurs vagues, au minimum une le matin et une l'après-midi. Cela suppose une sortie rapide de l'UCA des patients de la première vague (disponibilité d'un praticien autorisant la sortie, salon de sortie) pour pouvoir accueillir la vague suivante (équipe d'accueil disponible). Ceci implique cependant une disponibilité des praticiens notamment pour autoriser la sortie. D'où l'intérêt de positionner l'UCA à proximité du bloc opératoire.
- Un circuit long concernant les patients bénéficiant d'un geste chirurgical lourd nécessitant une surveillance post-opératoire longue (obligeant à réserver la place pour une journée entière). Ces interventions sont parfois compatibles avec la programmation préalable d'un patient ambulatoire court.

Ces deux types de circuit doivent être rendus compatibles avec la disponibilité de l'équipe soignante. Il existe des périodes critiques au sein de l'UCA :

- Le matin avec l'arrivée des premiers patients qu'il faut faire partir sans délai au bloc après les avoir accueillis, évalués, préparés. L'échelonnement des arrivées du patient du circuit court tout au long de la matinée permet d'atténuer la sur activité du matin.
- La sortie des patients des deux circuits qu'il faut « remettre à la rue » après les avoir évalués.

Entre ces deux séquences de l'activité soignante, le lissage de l'activité de l'UCA (vagues successives d'entrées et de sorties de patients, surveillance post-opératoire) peut être organisé en lien avec la SSPI.

Comment se décrit une procédure ambulatoire qui fonctionne bien ?

Ce ne sont pas les indicateurs qui manquent mais leur pertinence à apprécier la performance du circuit ambulatoire.

Prenons le cas du taux de chirurgie ambulatoire : ce taux, qu'on voudrait pouvoir comparer d'une équipe à l'autre, est évidemment fortement dépendant de la discipline et du case mix de cette dernière. En ophtalmologie par exemple, ce taux peut dépasser 90% alors qu'en chirurgie cardio vasculaire il peine à atteindre 10%. Impossible également de comparer sereinement un CHU qui est dans une production de recours avec un établissement qui n'assure qu'une chirurgie réglée simple. Vouloir comparer deux équipes sur leur taux de chirurgie ambulatoire est incohérent !

Même remarque pour le taux de rotation : plus les patients sont « simples » plus leur séjour peut être court et donc meilleur devrait être cet indicateur. Un taux de rotation à 1 paraît minimal. Et pourtant, de nombreuses unités n'y parviennent pas encore du fait d'un mauvais lissage de l'activité hebdomadaire.

Quant au taux de repli, il peut avoir deux significations : devoir garder un patient le soir à l'hôpital peut être le signe que les verrous de sécurité ont bien fonctionné. Mais il peut être également le témoin d'une éligibilité inadéquate du patient, d'une mauvaise anticipation de sa prise en charge ou d'un défaut organisationnel. L'interprétation d'un taux de repli est donc difficile. Toutefois, une valeur proche de zéro doit être croisée avec le taux de ré admission précoce...

Enfin, le taux d'occupation de l'UCA, pourtant rarement utilisé, peut fournir de précieux renseignements sur l'optimisation de l'unité à condition d'être bien saisi et correctement interprété : un taux d'occupation de 100%, qui signifie que chaque place est occupée par un ou des patients toute la journée, ne veut pas dire que cette occupation est pertinente. Néanmoins, un taux d'occupation inférieur incite à repenser la programmation en UCA et l'objectif de lissage de l'activité hebdomadaire et quotidienne.

Pour tenter de mieux apprécier la performance d'une équipe en matière de chirurgie ambulatoire, l'ANAP, en collaboration avec la HAS et l'ATIH, a proposé un nouvel indicateur de performance IPCA (Indice de Performance de la Chirurgie Ambulatoire) construit à partir de quatre variables : volume ambulatoire, indice d'organisation (proche du concept IPDMS), volume d'innovation ambulatoire et case mix de CMD (Catégorie Majeure de Diagnostic) ambulatoire. Mais, comme toujours, la pertinence de la description se fait aux dépens de la simplicité.

Les actes externes en UCA ?

Certains actes chirurgicaux simples et courts réalisés sans anesthésie générale ou loco régionale ne requièrent pas un environnement complexe (biopsie de prostate, Injection intra Vitréenne, petites chirurgies plastiques, etc.) tel que celui du bloc opératoire et de l'UCA. Pourtant de très nombreuses équipes prennent en charge ces patients dans le même circuit que les patients relevant d'un tarif en GHS (bloc-UCA). Il va de soi que le coût de cet environnement de prise en charge dépasse les recettes que procure cet acte qui pourrait être réalisé dans une structure plus légère. Néanmoins, l'intérêt de cette dernière ne peut apparaître que si l'on a fait l'inventaire du volume de flux de ces actes et de l'intérêt économique de créer une structure ad hoc, intérêt plus évident dans les grands établissements que dans les petits. C'est pourquoi la solution de facilité est d'intégrer ces patients au

sein de l'UCA. Les avantages sont l'unité de lieu et de compétences et l'optimisation des places en UCA notamment aux périodes de la journée les moins chargées.

Mais les inconvénients dominant :

- Ces patients mobilisent quand même des équipes soignantes et des places : ceci peut perturber le parcours des patients de chirurgie ambulatoire et susciter des revendications d'augmentation induite de moyens, notamment une revendication non légitime d'agrandissement de l'UCA.
- La durée de séjour de ces patients « externes » est souvent calée sur celle des patients de chirurgie ambulatoire et donc trop longue au regard de leur prise en charge.
- La coexistence de flux différents est génératrice de turbulences dans les organisations.

La solution est la création d'une structure ou circuit ad hoc de prise en charge des soins externes sous réserve d'un flux de patients suffisant. Mais elle reste encore tributaire d'une valorisation tarifaire correspondant au coût réel de prise en charge.

Les variabilités de durée de surveillance en SSPI

La mise en place de protocoles de prise en charge post-opératoire rédigés en équipe et révisés régulièrement au regard du suivi d'indicateurs ou d'évolution de pratiques doit permettre de standardiser une grande partie de la durée de séjour en SSPI. En outre un texte réglementaire récent autorise la création d'un circuit post-anesthésique adapté à certains patients notamment ceux ayant bénéficié d'une anesthésie loco régionale. Néanmoins, celle-ci restera toujours tributaire du type d'anesthésie qui a pu être réalisée, de la difficulté inopinée du geste chirurgical, et de l'état du patient observé par l'équipe soignante et médicale en SSPI. La difficulté de maîtriser la douleur post-opératoire peut nécessiter le prolongement du séjour du patient en SSPI et retarder de façon inattendue le retour en UCA voire de contre indiquer la sortie du patient le soir. L'important est de partager avec le patient et sa famille (mais aussi l'UCA !) les conséquences du changement inopiné de prise en charge.

Organiser la sortie

Les recommandations professionnelles prévoient que le praticien qui signe la sortie ait pu s'assurer que l'état du patient et ses conditions de vie sont compatibles avec un retour au domicile. Les sociétés savantes et les textes réglementaires ont confirmé la validité d'une seule signature (celle du chirurgien ou l'anesthésiste, ce qui n'interdit pas une concertation entre eux !) pour permettre la sortie. Mais cette procédure simplifiée ne règle pas tout. D'abord, parce qu'il faut quand même qu'un praticien se libère pour assurer la visite de sortie, sujet compliqué lorsque l'UCA est à distance des activités chirurgicales. Ensuite parce que le patient est en droit d'obtenir les meilleurs renseignements sur les soins opératoires que lui a prodigués le praticien qui s'en est occupé. Certaines équipes proposent aux patients l'alternative entre une sortie précoce par un praticien qui n'est pas celui qui l'a pris en charge et une sortie plus tardive après une visite de « son » chirurgien.

1.2 Quatre enjeux d'évolution pour les UCA

1.2.1 Réflexion sur l'évolution de l'accompagnement médico-chirurgical du patient ambulatoire : le « diagnostic infirmier » en UCA

Les premiers textes réglementaires sur le fonctionnement de l'UCA imposaient la présence normée d'une infirmière dédiée dans l'unité de chirurgie ambulatoire. Ces textes rédigés avec les professionnels pionniers du développement de la chirurgie ambulatoire, n'ont pas ordonné cette obligation par hasard. Les missions d'infirmier(e) en UCA ne sont pas celles de son-sa collègue en hospitalisation conventionnelle : les décisions rapides d'envoi au bloc opératoire et de sortie s'appuient sur une évaluation du patient et de ses accompagnants qui ne relève pas seulement de l'observation médicale. C'est là qu'interviennent les compétences acquises de l'infirmier(e) de l'UCA, seul(e) à pouvoir appréhender le patient dans sa globalité et à évaluer certains fondamentaux de « l'aptitude à la rue ». Il s'agit là d'un rôle qui apparaît croissant dans la mesure où les patients ambulatoires sont plus lourds et où les praticiens sont à la recherche de procédures standardisées. L'infirmier(e) d'UCA est ainsi amené(e) à prendre des décisions importantes telle que celle d'attirer l'attention des praticiens sur les anomalies de parcours du patient. Ainsi il est classique que le respect des obligations de jeûne ou l'évaluation de la douleur post-opératoire soient placés sous le contrôle de l'équipe soignante de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Enfin la suppression de l'obligation réglementaire d'affecter une équipe dédiée à la structure ambulatoire doit conduire à être encore plus attentif à la formation et à l'encadrement des infirmiers (es) exerçant en UCA.

1.2.2 L'évolution des structures de prise en charge en ambulatoire

Quand les indications chirurgicales de prise en charge ambulatoire s'enhardissent, les structures doivent s'adapter. C'est particulièrement vrai pour le bloc opératoire : on ne traite pas, en ambulatoire, dans le même environnement, ne serait-ce pour des raisons matérielles, une cure de hernie inguinale et la pose de prothèse totale de hanche. Mais l'UCA doit s'adapter également : le sacro-saint fauteuil, emblème traditionnel de l'agilité du chemin clinique ambulatoire, est bien obligé de laisser sa place à un lit pour les suites post-opératoires les plus complexes. Quant à l'évolution de la charge en soins liée à ces prises en charge plus lourdes, elle est à apprécier au regard de l'évolution du case mix. Un patient « lourd » qui occupe une place toute la journée ne mobilise peut-être pas autant de ressource que quatre patients « légers » sur la même place. En revanche ce patient peut nécessiter des actes supplémentaires et inhabituels en UCA (fonctions transversales, consultations de spécialistes médicaux, imagerie, etc.). Enfin les indicateurs de performance de l'UCA sont affectés par ces évolutions : le taux de rotation, fortement dépendant du case mix, diminue. Le taux de repli, partiellement affecté par l'audace chirurgicale, peut remonter. Ce n'est pas du tout déshonorant !

1.2.3 La réflexion sur la prise en charge ambulatoire des urgences est à développer

Initialement la chirurgie ambulatoire ne devait concerner que des actes réglés. L'idée que certaines interventions urgentes (dont la liste doit faire l'objet d'un consensus d'équipe) puissent bénéficier d'une prise en charge ambulatoire est récente, alors qu'elle relève du bon sens : est-il nécessaire d'intervenir immédiatement sur tous les patients qui se présentent aux urgences ? Si tel n'est pas le cas, pourquoi ne pas essayer d'inclure immédiatement ce patient dans un circuit ambulatoire en cours de fonctionnement ou du lendemain ? Deux conditions doivent être réunies :

La première est de préparer le bloc et l'UCA à être rapidement réactifs vis-à-vis de la demande immédiate ou différée en provenance des urgences. Cela suppose que ce patient inopiné puisse être traité sans délai ou de façon différée en sureffectif dans les deux structures. Une analyse de la fréquence de cette indication au cours des derniers mois dans chaque discipline permet d'objectiver les dispositions à mettre en place.

La seconde, plus délicate, est celle de la transmission des informations. D'abord que les urgences puissent connaître les disponibilités d'accueil du patient urgent, immédiat ou différé, aussi bien au bloc qu'en UCA. Ensuite que ces derniers puissent disposer des informations relatives au patient urgent (admission, dossier chirurgical, consultation d'anesthésie). Une information complète de tous permet de donner les instructions nécessaires au patient.

Mais une telle organisation aboutie est encore rare. D'abord parce que l'amplitude de fonctionnement des circuits ambulatoires est réduite. Ensuite parce que l'échange d'informations en temps réel entre les urgences, le bloc et l'UCA relève souvent d'un défi à venir qui décourage les professionnels les plus motivés. Dans la pratique bien que l'on ne dispose pas de statistiques exhaustives sur ce sujet, on observe encore de nombreuses prises en charge ambulatoires des patients urgents en hospitalisation conventionnelle.

Vous pourriez sortir mais je suis obligé de vous garder...

La chirurgie ambulatoire se réalise au mieux dans des structures adaptées à cette pratique. Parmi ces dernières, la seule qui fasse l'objet d'une description réglementaire dédiée est l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA). Le bloc opératoire peut panacher des activités ambulatoires et conventionnelles.

Que peut-il arriver si l'UCA déborde ou est fermée ?

Que peut-il arriver si un patient initialement prévu en hospitalisation conventionnelle s'avère inopinément sortant quelques heures après son intervention ?

Que peut-il arriver si un établissement ne dispose pas d'une masse critique d'activité suffisante pour alimenter une structure ambulatoire dédiée ?

Comment qualifier un patient entré la veille d'une intervention et apte à la sortie le soir de celle-ci ?

Faut-il refuser une sortie à un patient le soir de son intervention sous prétexte qu'il n'a pas été inclus dans le bon circuit ?

Soyons clairs : l'intégration du plus grand nombre possible de patients ambulatoires dans le circuit ad hoc a une forte valeur ajoutée en matière de qualité et de sécurité des soins. Le traitement de l'information, la qualité de l'accompagnement du patient par des équipes rompues à cet exercice, l'évaluation rigoureuse des suites post-opératoires sont des atouts spécifiques des UCA qu'on ne retrouve que rarement dans les unités d'hospitalisation conventionnelle dont le rythme est différent. Pour autant, laisser sortir un patient d'hospitalisation conventionnelle rentré le matin même, relève du bon sens dès lors que les

paramètres de son état clinique, son niveau d'information, la qualité de son accompagnement ont été mesurés avec une vigilance redoublée comme s'il sortait d'UCA. Pour ne pas avoir à dire à ce patient : « vous pourriez sortir mais je suis obligé de vous garder ». Obligé ? Non ! Aucun texte réglementaire n'autorise de garder un patient à l'hôpital si sa santé ne le justifie pas.

1.2.4 L'enjeu de la planification territoriale des UCA

La chirurgie ambulatoire concerne essentiellement la chirurgie réglée. Or, un grand nombre d'établissements publics de santé ont essentiellement une activité de chirurgie d'urgence. Le volume de leur activité programmée ne leur permet souvent pas « d'entretenir » une UCA de taille suffisante. Par exemple, pour alimenter une UCA de 5 places avec un taux de rotation à 1, un flux de 1000 patients annuel programmés et éligibles à l'ambulatoire serait nécessaire. Lorsqu'ils ne peuvent atteindre ce volume d'activité chirurgicale ambulatoire, les établissements ont le choix entre une nuitée inutile, l'ambulatoire forain, un fonctionnement itératif de l'UCA ou la constitution d'une UMCA. Une autre solution pourrait être de regrouper les activités chirurgicales ambulatoires sur un plus petit nombre d'établissements publics ou privés d'une même zone géographique ; mais cela reviendrait à dessaisir certains établissements d'une partie de leur activité chirurgicale programmée déjà faible. Cependant de nombreuses équipes ont engagé cette réflexion au sein d'un GHT dans le cadre de l'élaboration du projet médico-soignant partagé. Quant à la solution qui consiste à autoriser un établissement à ne pratiquer que la prise en charge ambulatoire de la chirurgie elle paraît n'être qu'un pis-aller coûteux, peu sûr et précaire.

2 Développer les prises en charge en hôpital de jour de médecine

Les succès obtenus en matière de développement de la chirurgie ambulatoire ont laissé penser qu'il était possible de transposer la méthode aux prises en charge ambulatoires des patients de médecine grâce à un switch magique : remplacer chirurgie par médecine.

Pas si simple...

D'abord soyons précis sur les termes : la « médecine ambulatoire » est celle qui s'exerce en ville ou aux consultations externes hospitalières. Il faut la distinguer des prises en charge en hôpital de jour de médecine ou dans un circuit de prise en charge intermédiaire. La persistance à utiliser le même terme pour deux prises en charge différentes n'est pas anodine : on verra que la tentation est forte de rapatrier des patients de consultation externe au sein des murs d'un hôpital de jour.

Un « hôpital de jour » est une enceinte architecturale dédiée à l'accueil des patients bénéficiant en une seule journée (ou moins) de trois sortes de prises en charge médicales :

- Soit un bilan dans le cadre d'une recherche de diagnostic ou du suivi d'une maladie chronique : dans ce cas, l'HDJ est une base de coordination pour des actes multiples souvent exécutés en dehors de l'unité. Cette coordination est le « cœur du réacteur » d'un HDJ même si certains

pensent que ce dernier pourrait être remplacé par une équipe mobile de programmation et de logistique attachée au plateau de consultation externe.

- Soit un traitement programmé, le plus souvent dans le cadre de séances.
- Soit un suivi éducationnel du patient d'une maladie chronique (par exemple : diabète, insuffisance respiratoire, obésité...).

2.1 Les différents modèles organisationnels recensés

2.1.1 *Le séjour forain : à proscrire ?*

Les hospitaliers n'ont pas attendu l'ANAP pour juger qu'un patient de médecine admis le matin dans une unité d'hospitalisation conventionnelle pouvait être dispensé d'y passer la nuit. Cela fait donc longtemps qu'il existe des prises en charge ambulatoires qui ne disent pas leur nom et qu'on appelle « foraines » lorsqu'elles sont délibérées. Cette journée passée en hospitalisation conventionnelle est pratique pour les praticiens qui apprécient l'unité de lieu. Mais ce séjour ne bénéficie pas toujours de la logistique que le patient est en droit d'attendre d'un HDJ : conditions d'accueil, programmation des actes et des traitements, synthèse de sortie. Mais il a été donné à l'équipe de l'ANAP d'observer des séjours ambulatoires forains fonctionnant mieux que certains HDJ dédiés ! Cependant, sur le plan de l'optimisation des surfaces, il n'est pas efficient que cette place utilisée pour un séjour court puisse bloquer un lit pendant 24 heures.

2.1.2 *Plus classique : « mon » hôpital de jour : les micros unités ambulatoires mono disciplinaires*

Il existe une myriade d'HDJ mono disciplinaires dans nos établissements de santé. Théoriquement tous recensés. Mais l'ANAP n'a pas pu en connaître le nombre... La philosophie de ces petits HDJ n'est pas très éloignée de celle des séjours forains : même équipe soignante, unité de lieux pour l'équipe médicale, même secrétariat, facilitant la réflexion naturelle des équipes médico-soignantes vers l'ambulatorie. Outre ces avantages, cette unité, en rognant sur les surfaces d'hospitalisation conventionnelle, participe à l'objectif de substitution des hospitalisations classiques vers les séjours ambulatoires. Par ailleurs, il est rassurant, pour les équipes concernées, de penser que cette unité ambulatoire de proximité peut servir de variable d'ajustement capacitaire aussi bien pour l'ambulatorie que l'hospitalisation conventionnelle. Inversement, ces petites unités ambulatoires ne bénéficient pas souvent d'une performance de programmation adéquate (notamment pour les interfaces avec les plateaux techniques) et elles ne permettent pas toujours d'ajuster correctement les effectifs soignants.

2.1.3 *Les « mini » unités ambulatoires mutualisées*

La volonté des équipes médico-soignantes de développer les prises en charge ambulatoires de médecine dans le cadre d'un regroupement (pôle, logique d'organes, contiguïté architecturale, complicités médicales...) a parfois abouti à la création d'HDJ accueillant des patients relevant de quelques disciplines. Ces « mini » unités, installées dans des locaux spécifiques, doivent être de taille suffisante pour accueillir un flux de patients élevé justifiant d'une équipe dédiée de programmation et de soins. Elles n'ont pas les mêmes avantages que « ma petite unité ambulatoire à moi » : il n'y a plus d'unité de lieu disciplinaire, il faut partager (les lieux, les soignants, les secrétaires...), il y a un

règlement intérieur à respecter, il faut trouver un coordonnateur. Mais il y a des privilèges : programmer des patients y paraît plus facile, les interfaces avec les plateaux techniques semblent mieux gérées, et le temps de passage dans l'unité ambulatoire serait plus rapide. En outre, cette activité ne rogne pas le flux d'hospitalisation conventionnelle si ces places ambulatoires s'ajoutent aux capacités existantes. La poly compétence des équipes soignantes est facile à mettre en œuvre car le nombre de disciplines médicales associées est le plus souvent faible. Ce modèle d'HDJ mutualisé tend actuellement à se développer car il est facile à mettre en œuvre et bien accepté par les équipes médico-soignantes.

2.1.4 Les unités ambulatoires multidisciplinaires

Certains établissements ont investi les prises en charge ambulatoires de façon ambitieuse. Leur pari est de considérer que « les alternatives à l'hospitalisation classique » vont prendre une importance croissante au point d'y consacrer des surfaces (quand ce n'est pas un bâtiment) dédiées conséquentes. Leur fil rouge est d'appliquer « l'esprit ambulatoire » à l'ensemble des prises en charge hospitalières. Dans ce cas, pourquoi ne pas tenter de regrouper dans un même espace architectural toutes les prises en charge ambulatoires de l'ensemble des disciplines médicales d'un même établissement ? Le concept est séduisant : il crée une dynamique communautaire à laquelle personne ne peut se soustraire. L'innovation architecturale et organisationnelle (le parking patient est souvent cité) crée une attractivité. Personne ne voudrait louper ce train qui part...

Sur le plan de l'efficacité, ces maxi structures donnent le sentiment de pouvoir générer des économies de structure (sans que personne n'ait réussi à le démontrer pour l'instant). En revanche, l'ANAP a pu observer qu'une structure ambulatoire trop volumineuse aboutit à la création de sous entités autonomes et plus ou moins bien contrôlées. Elle pose également des problèmes spécifiques de compétences soignantes et de mobilisation de temps médical. En outre, ces « paquebots » sont parfois lents et difficiles à manœuvrer et il leur faut une capitainerie de poigne pour éviter l'iceberg.

Cependant toute industrialisation de ces processus a ses avantages : la professionnalisation de la programmation et la capacité à peser sur les interfaces avec les plateaux techniques dont certains sont parfois réservés à l'unité (exemple : plages d'imagerie dédiées) permettent de sécuriser l'organisation du circuit patient et de tenir compte de la différence des rythmes des différentes prises en charge.

2.2 Quels intérêts à agir ?

Lorsqu'on parle aux praticiens de prendre en charge en ambulatoire certaines des pathologies qu'ils traitent en hospitalisation conventionnelle, ils répondent souvent qu'ils le font déjà en grande partie. Mais ils sont aussi disposés à en augmenter la proportion sous réserve d'une meilleure gestion des interfaces et d'une valorisation juste de ces prises en charge. Cette dernière condition est aussi systématiquement évoquée par les chefs d'établissement.

Mais il existe un autre argument pour s'intéresser au développement des prises en charge ambulatoires. Ces dernières permettent de libérer des capacités d'hospitalisation conventionnelle qui font souvent défaut.

2.2.1 *Amélioration de la qualité de la prise en charge du patient*

La prise en charge ambulatoire procède du même raisonnement que celui qui doit guider les équipes à ajuster les durées de séjour aux stricts besoins du patient. La décision de programmer un type de prise en charge médicale en hôpital de jour est souvent l'aboutissement d'une réflexion d'équipe sur la réduction progressive de la durée de séjour : il s'agit de densifier sur une seule journée des soins ou des examens autrefois faits sur plusieurs jours :

- Soit en hospitalisation : on évite au patient une séparation trop longue de son milieu de vie.
- Soit en externe : on permet au patient d'accéder rapidement à une évaluation, un diagnostic et/ou un traitement en lui évitant des déplacements coûteux, fatigants et astreignants.

Néanmoins, cet épisode de soins dense et ultracourt, séduisant pour un grand nombre de patients, peut être inadapté pour certains d'entre eux pour qui le rythme ambulatoire peut sembler trop rapide. Il n'y a pas comme en chirurgie ambulatoire de critère précis d'éligibilité à la prise en charge ambulatoire mais l'indication de cette dernière, non standardisée, doit résulter d'un faisceau d'arguments parmi lesquels l'avis du patient est déterminant.

2.2.2 *Un meilleur accueil des urgences différables*

Comme en chirurgie, les unités ambulatoires de médecine peuvent participer, sous certaines conditions, à la prise en charge des urgences différables. L'exemple le plus classique est celui d'un patient dont l'état, sans être préoccupant, évolue lentement et nécessite un bilan rapide mais non urgent. La « sanction » habituelle est l'hospitalisation immédiate alors que cette dernière ne semble pas indispensable. Pouvoir renvoyer le patient chez lui en lui proposant à très court terme un bilan en hôpital de jour est une alternative idéale à une hospitalisation immédiate. C'est au praticien qui l'a vu aux urgences ou en consultation de décider du délai de reconvoication et de le prescrire explicitement au vu de l'état du patient et des capacités de l'hôpital de jour. Ce parcours implique l'existence d'un circuit d'informations le plus permanent possible entre l'unité ambulatoire, le service d'accueil des urgences et les consultations. Certains hôpitaux de jour ont décidé de réserver, de principe, des places pour les « reconvoqués » des urgences. Cette évaluation ambulatoire qui conduit parfois à une indication d'hospitalisation directe mais argumentée pour certains patients permet cependant d'éviter des séjours inutiles post-urgences pour d'autres.

2.2.3 *Valorisation des activités*

À la fin des années 2010, l'équilibre budgétaire des établissements de santé est un souci largement partagé par les praticiens pour qui la valorisation de l'activité conditionne en grande partie la forme de prise en charge. Or, la tarification des activités ambulatoires - surtout médicales - fait l'objet d'une grande incertitude d'appréciation de l'acheteur de soins d'une région à l'autre voire d'un établissement à l'autre. Les redressements de facturation, largement médiatisés, ont rendu les praticiens méfiants vis-à-vis de la valorisation des prises en charge ambulatoires. Hormis les négligences de codage, ils sont dus en partie à l'interprétation de textes réglementaires particulièrement flous de la part des autorités de contrôle.

2.3 L'HDJ multidisciplinaire nécessite un pilotage structuré

Toute structure hospitalière multidisciplinaire et multistatutaire requiert une gouvernance forte dont la principale tâche est de coordonner l'ensemble des professionnels qui y interviennent. Le modèle de ce type de structure est le bloc opératoire dont la gouvernance est désormais bien formalisée et même réglementée. Le pilotage d'un HDJ multidisciplinaire a des caractéristiques proches : partage de vacations, multiplicité des acteurs, rotation des patients, nécessité d'optimisation des places, intégration éventuelle des urgences... Au regard de l'expérience acquise dans les blocs opératoires et de l'enseignement retiré de l'accompagnement des établissements, nous nous essaierons à une préconisation du pilotage des HDJ multidisciplinaires.

2.3.1 *Le conseil de structure ambulatoire : l'organe stratégique idéal*

Le développement des prises en charge ambulatoires représente un enjeu capital pour tous les établissements de santé dans la mesure où il pourrait concerner une grande partie de la patientèle de demain. Mais jusqu'à présent, ce développement a été, dans la plupart des établissements, désordonné voire artisanal. Une organisation qui n'est pas sans rappeler la dispersion des blocs opératoires d'autrefois (« mon bloc »).

Le pilotage de cette activité transversale en devenir nécessite d'être assuré par une structure de coordination disposant d'une forte légitimité : le conseil de structure ambulatoire. Il est proposé qu'il soit constitué, par une disposition du règlement intérieur ou de la charte, des responsables médicaux et non médicaux de toutes les disciplines médicales utilisant la structure ambulatoire. Il pourrait être présidé par un praticien, parmi les utilisateurs de l'HDJ multidisciplinaire, par le chef d'établissement sur proposition du président de CME.

Les missions du conseil de structure ambulatoire, qui se réunit régulièrement (au minimum une fois par trimestre) seraient :

- D'organiser l'offre de prise en charge (planification) dans l'unité ambulatoire.
- De veiller au respect de la charte et d'adopter des mesures correctrices si nécessaire.
- De dresser régulièrement un bilan des indicateurs de suivi (qualité, pertinence des prises en charge, taux d'occupation, taux de débordement etc.) et d'assurer les éventuelles mesures de redressement.
- D'établir ou d'actualiser avec chaque spécialité un état prévisible du potentiel de développement des prises en charge ambulatoires.
- De conduire une réflexion à l'échelle de l'établissement sur l'opportunité et la possibilité de regrouper les structures ambulatoires.

2.3.2 *Le coordonnateur de l'HDJ : le patron de la structure ?*

La réglementation relative aux alternatives à l'hospitalisation conventionnelle prévoit que la charte de fonctionnement de chaque HDJ, qu'il soit multi ou mono disciplinaire, précise « les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure ». Cette charte étant transmise au directeur général de l'ARS, elle semble donner une valeur réglementaire à cette fonction. Mais aucun texte ne précise le périmètre de la mission du coordonnateur de l'HDJ ni du temps qu'il doit y consacrer. Dans la pratique, le véritable « patron » de la structure est bien souvent le cadre qui

y est affecté. Mais nous avons aussi rencontré des praticiens investis de ce rôle qui se donnaient les fonctions suivantes :

- Celles dévolues à un président de conseil de structure ambulatoire non encore créé : planification, suivi des indicateurs et du potentiel de développement...
- Celles d'accompagner le régulateur de l'HDJ au quotidien notamment lorsqu'il y a des difficultés de coordination avec d'autres praticiens
- Celles de chef d'équipe et d'animation de la structure en lien avec le cadre de santé

2.3.3 Le binôme régulateur de l'activité au quotidien : pour que chaque journée s'accomplisse... bien !

Le déroulement d'une journée d'ambulatoire même bien planifiée n'est jamais un long fleuve tranquille. Comme au bloc opératoire, les aléas sont multiples et imprévisibles, organisationnels et médicaux. Leur résolution rapide est un gage de fluidité. La très grande majorité d'entre eux sont rapidement gérés par le cadre de l'unité ou une IDEC (Infirmière de coordination). Mais parfois, des décisions médicales doivent être prises extemporanément. Sur les petits plateaux ambulatoires, c'est le médecin référent qui sera décisionnaire. Mais dans les grandes structures, où ces aléas médicaux sont nombreux, la présence permanente d'un médecin régulateur (souvent un médecin généraliste formé) et d'un cadre de santé dédié permet la résolution rapide de ces derniers.

2.3.4 Les médecins référents : à qui est ce patient ?

Le patient qui vient en HDJ, le plus souvent atteint d'une maladie chronique, est celui d'une spécialité mais aussi d'un praticien qui le suit souvent depuis longtemps. Sa prise en charge médicale peut être assurée de deux façons : soit par ce praticien, soit par un autre médecin de la discipline chargé d'assurer ponctuellement (il peut être différent chaque jour) ou régulièrement (affecté en permanence à cette fonction) l'accueil et la prise en charge des patients ambulatoires de la spécialité. Dans ce dernier cas, ce praticien a un rôle de régulation de l'activité ambulatoire de sa discipline. Dans les autres cas, la régulation est assurée par le coordonnateur de l'HDJ.

2.3.5 L'encadrement soignant n'est pas facultatif

Un hôpital de jour n'est pas l'appendice des unités d'hospitalisation conventionnelle. Pour les admissions programmées, il est même en passe d'en devenir le navire amiral. La haute cadence des flux de patients qui y sont accueillis et la variété des prises en charge qu'il assure, nécessitent un parfait alignement des équipes soignantes. Cette mission est celle, spécifique et exigeante, d'un cadre d'unité ambulatoire. Mais ce n'est pas la seule : outre les missions inhérentes à un cadre d'unité de soins, il participe activement et parfois majoritairement, en lien avec le médecin coordonnateur et/ ou régulateur, à la synchronisation des intervenants et s'assure du bon déroulement du parcours de chaque patient.

2.3.6 À chacun son programme

La finalisation de la programmation des venues en HDJ est actée la semaine précédente par une cellule de programmation limitée au médecin coordonnateur, cadre de santé (ou son représentant) ainsi qu'aux professionnels chargés de la programmation. Dans les unités organisées en vacations par

discipline, elle fait l'objet d'un tableau récapitulatif du contenu de ces dernières comportant *a minima* l'identité des patients, la nature des prestations attendues et le type de parcours prévu. Chaque responsable ou référent de discipline est destinataire du programme concernant les vacations qui lui ont été attribuées.

2.3.7 *Savoir accueillir l'activité non programmée*

Un HDJ de médecine doit pouvoir accueillir un patient non programmé :

- Soit pour une thérapeutique immédiate (exemple : transfusion dans le cadre d'une maladie connue)
- Soit pour un bilan ou une thérapeutique différée pour un patient qui se dégrade progressivement mais qui ne peut se soumettre à des délais de prise en charge importants

Ces prises en charge ambulatoires doivent permettre d'éviter des nuitées immédiates en hospitalisation complète.

L'accueil de ces patients doit être prévu et non improvisé ou subi (charte de fonctionnement). Des places sont sanctuarisées si le flux des urgences est habituel, dans le cas contraire leur intégration se fait au sein du programme éventuellement en surnombre (cf chapitre 2.2.2).

2.3.8 *La charte fixe les règles de fonctionnement*

La rédaction d'une charte est une obligation réglementaire mais, comme pour le bloc opératoire, le règlement n'en a pas décrit le contenu. Il y en a des arides et sans saveur qui ne servent à personne et qui finissent dans un tiroir. D'autres au contraire, même si elles sont plus volumineuses, définissent précisément l'organisation de l'unité ainsi que les droits et devoirs de chacun. Assortie d'indicateurs de suivi, cette charte est régulièrement révisée et son observance est mesurée.

2.3.9 *Ordonner l'intervention des praticiens pour éviter de parcourir l'annuaire médical...*

Dans un HDJ mono disciplinaire, la cartographie d'organisation médicale précise le nom du praticien affecté chaque jour à la prise en charge des patients ambulatoires.

Dans un HDJ pluridisciplinaire, l'équipe soignante dispose, pour chaque discipline, d'une liste des praticiens référents ou affectés quotidiennement à l'activité ambulatoire.

2.3.10 *Indicateurs de performance*

Le meilleur indicateur de performance des prises en charge ambulatoires est celui qu'on ne voit justement pas dans ces unités : ce serait le nombre de patients qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge ambulatoire et qui ont subi une ou plusieurs nuitées.

La performance des unités ambulatoires peut s'évaluer à l'aide d'indicateurs croisés :

- Taux d'occupation par vacation : c'est le produit du nombre des places occupées par leur durée d'occupation comparé au produit du nombre de places disponibles par l'amplitude prédéfinie de la vacation. Il ne doit pas être interprété seul car il incite à occuper durablement des vacations en retardant la sortie des patients.

- Taux de rotation : il s'agit du nombre moyen de patients par place et par jour. S'il est inférieur à 1, c'est que toutes les places ne sont pas occupées. Un taux supérieur à 1 n'est pas forcément le signe d'une efficacité optimale car cet indicateur est fortement dépendant du case mix des patients accueillis. C'est donc un indicateur peu significatif.
- Taux de débordement : c'est le rapport entre le nombre de patients sortis au-delà de l'heure de fermeture de l'unité sur le nombre total de patients accueillis. C'est un indicateur d'alertes multiples : mauvaise synchronisation des interventions, mode de prise en charge inapproprié, programmation non pertinente etc.
- Taux de conversion : c'est le rapport du nombre de patients d'HDJ gardés en hospitalisation conventionnelle sur le nombre total de venues en HDJ. Quand il n'est pas dû à la dégradation de l'état clinique du patient, il a la même signification que l'indicateur précédent.
- Taux de non venue : c'est le rapport du nombre de patients attendus mais non venus sur le nombre total de patients attendus. Cet indicateur, dépendant des lourdeurs sociales de la patientèle, peut être un reflet de la qualité de l'accompagnement à la préparation du séjour ambulatoire.
- Taux de déprogrammation : c'est le rapport du nombre de patients déprogrammés sur le nombre de patients programmés. Il n'a d'intérêt, en termes de performance, que si c'est la structure qui est responsable de cette déprogrammation (absence imprévue d'un praticien, engorgement du plateau technique ou d'imagerie, mauvaise programmation, etc.).

À part, le sujet brûlant du taux de déqualification qui évalue le rapport du nombre de patients ayant séjourné en HDJ mais n'ayant pas bénéficié d'une tarification en GHS (ex. bilan incomplètement réalisé) sur le nombre total de patients ayant séjourné en HDJ.

Tableau : Pilotage de l'HDJ : l'expérience du bloc

En dehors de quelques exceptions (chirurgie cardiaque, obstétrique, etc.), le bloc opératoire est désormais un espace pluridisciplinaire partagé. Le temps du « chacun son bloc » est révolu : la mutualisation de ce plateau technique lourd a démontré son intérêt à la fois sécuritaire et économique. Son fonctionnement s'appuie sur un important socle réglementaire.

Cette mutation de l'organisation des blocs opératoires est-elle envisageable pour les HDJ de médecine ? Pourquoi pas... À condition d'en montrer l'intérêt à la fois économique et sécuritaire.

Pour profiter de l'expérience du pilotage des blocs opératoires, nous présentons ci-après des éléments de réflexion comparatifs entre un bloc opératoire et un HDJ de médecine pluridisciplinaire. Ce dernier caractère n'est pas une préconisation mais est nécessaire à la comparaison.

	Bloc opératoire	HDJ médecine pluridisciplinaire
Quelle structure de coordination ?	Conseil du bloc opératoire	Conseil de structure ambulatoire
Quel chef de structure ?	Président du conseil du bloc opératoire	Président du conseil de structure ambulatoire. A défaut le coordonnateur de l'hôpital de jour
Quel coordonnateur ?	Chef de bloc : fonction non réglementaire mais précieuse de coordination de proximité assurée le plus souvent par le cadre du bloc en lien avec un praticien fréquemment anesthésiste	Binôme Cadre de santé - Médecin coordonnateur défini dans la charte de fonctionnement
Quel (s) régulateur (s) journalier(s) ?	Binôme Cadre de santé IBODE ou IADE- Médecin régulateur	Binôme Cadre de santé (ou IDEC) - Médecin régulateur ou à défaut médecin référent
Quel médecin référent ?	Praticien référent : interlocuteur privilégié de la spécialité	Médecin référent : interlocuteur privilégié de la spécialité
Quel encadrement paramédical ?	Cadre de santé IBODE ou IADE dédié : il est indispensable que ce rôle soit partagé alternativement entre TOUS les cadres du bloc	Cadre de santé dédié (en fonction de la taille) si non, IDE de coordination
Instance de pilotage	Conseil de bloc	Conseil de structure ou de coordination de la structure ambulatoire
Représentation des utilisateurs	Commission des utilisateurs du BO : conseil de bloc élargi aux praticiens référents par spécialité et représentants des PNM	Les représentants des utilisateurs de l'HDJ siègent déjà au conseil de structure ambulatoire
Planification de l'activité :	Géré et révisé régulièrement par le conseil du bloc opératoire	Géré et révisé régulièrement par le conseil de structure ambulatoire
Programmation hebdomadaire :	Tableau opératoire finalisé à S-1 par la cellule de programmation et transmis à tous les intervenants	Planning finalisé S-1 par la cellule de programmation à tous les responsables de discipline
Intégration de l'activité non programmée	<ul style="list-style-type: none"> • Salle dédiée aux urgences • Au fil de l'eau y compris en suspendant le programme • Sous contrôle du cadre et/ou du régulateur <p>➔ Organisation des prises en charge décrites dans la charte mais nombreux cas particuliers</p>	Places réservées si volume attendu (urgences immédiates (à prendre le jour même) ou différées) Si non, au fil de l'eau Sous contrôle du cadre et/ou du régulateur s'il existe ➔ Organisation des prises en charge décrites dans la charte mais nombreux cas particuliers
Règles de fonctionnement :	Charte réglementaire	Charte réglementaire
Intervention des praticiens	<i>In situ</i> par spécialité et anticipé (tableau opératoire)	<i>In situ</i> par spécialité et anticipé (tableau de programmation) ou délégation au médecin régulateur s'il existe
Indicateurs de performance	TROS, TVO, Taux de débordement, Taux de déprogrammation...	Taux d'occupation des vacances, Taux de rotation, Taux de déprogrammation, Taux de débordement, Taux de non venu, Taux conversion

2.4 Analyse critique des méthodes d'estimation du potentiel de développement

On appelle potentiel de développement des prises en charge ambulatoires en médecine le nombre de patients susceptibles d'être explorés ou traités en hôpital de jour ou dans un circuit de prise en charge intermédiaire (PECI). Dans sa part substitutive, ce potentiel concerne uniquement des patients traités en hospitalisation conventionnelle et susceptibles d'être transférés en ambulatoire.

Mais d'autres indications sont revendiquées par certaines équipes : il s'agit des patients bénéficiant de nombreux examens et consultations externes d'articulation complexe, pour qui un rassemblement de ces procédures en une seule journée représente un avantage certain en matière de rapidité et de confort pour l'accès à un diagnostic ou un traitement.

Le potentiel de développement se calcule à partir de l'activité réalisée en hospitalisation conventionnelle avec les équipes médico-soignantes concernées, par type d'actes ou par pathologie, discipline par discipline.

Il s'évalue également de façon prospective au regard des capacités opérationnelles médico-soignantes prévisibles et des incertitudes tarifaires. Il doit être révisé régulièrement en fonction de l'expérience d'autres équipes (qu'il faut rechercher) et des progrès diagnostiques et thérapeutiques.

Il permet d'anticiper les évolutions en matière de répartition des surfaces hospitalières entre hospitalisation conventionnelle et unités ambulatoires.

Quelle que soit la méthode utilisée, même reconnue comme imparfaite, et le mode de mesure des chiffres, même s'il apparaît fragile, le plus important est de se mettre d'accord sur le périmètre travaillé et sur les objectifs à atteindre.

2.4.1 Description des différentes méthodologies

Comment peut-on atteindre le « Graal » du développement des prises en charge ambulatoires ?

De nombreuses équipes ont déjà réfléchi aux différentes méthodes pour repérer les patients susceptibles de bénéficier d'une prise en charge ambulatoire. L'IGAS en a fait un inventaire synthétique non exhaustif. Toutes ces méthodes s'appuient sur des analyses chiffrées réalisées à partir d'outils tarifaires qui les rendent peu expressives auprès des équipes. Néanmoins elles permettent d'amorcer le débat ne serait-ce que par la contestation (parfois ironique) qu'elle suscite. Passage en revue.

Analyse des différents modes d'approche du potentiel de transfert en HDJ de médecine.

Le tableau ci-après fait l'inventaire des différentes méthodes observées pour déterminer le potentiel de développement ambulatoire substituable d'HC vers l'HDJ. Dans la pratique, plusieurs de ces méthodes peuvent être panachées car aucune d'entre elles n'est satisfaisante isolément. Elles peuvent avoir l'avantage d'initier la réflexion au sein des équipes, la stimulation permanente de cette dernière étant la seule vraie bonne méthode. Convaincre et non contraindre...

Méthodes	Description	Avantages	Inconvénients	Commentaires
Transfert des forains programmés vers l'HDJ	Identifier les 0 nuitée en HC et évaluer leur motif	Facilité de mise en œuvre Initiation aux avantages de l'ambulatoire	0	Encore d'actualité en 2019 !
Recherche des nuitées inutiles	Identifier les patients de 1, 2 et 3 nuits susceptibles d'un transfert en ambulatoire	Méthode signifiante sur la réduction du temps de séjour inutile	Nécessite une forte mobilisation et un consensus des équipes médico-soignantes	Le potentiel ainsi calculé sera moins important dans les unités ayant déjà travaillé sur l'ajustement des durées de séjour
Approche professionnelle critique des durées de séjour	Travailler sur l'ajustement des durées de séjour au moyen de la formalisation de chemins cliniques	Continuité dans une réflexion porteuse de sens pour les équipes	Chronophage par mobilisation des équipes	Investissement lourd mais d'efficacité durable
Initiation de réflexion locale de chaque équipe médico-soignante par filière	Interroger (DIM ?) chaque équipe médico-soignante sur ses perspectives de développement ambulatoire par type de pathologie	Pédagogie ascendante mobilisatrice	Chronophage pour celui qui enquête Résultats dépendants de la frilosité des responsables	Démarche indispensable quelle que soit la méthode d'évaluation du potentiel utilisé
Retours d'expériences régionaux (ou nationaux ?) professionnels	Comparer les conditions de prise en charge ambulatoire par principaux types de pathologie et par filières	Pédagogie d'émulation fortement incitative pour les équipes	Lourdeur de l'animation des réseaux professionnels	Nécessité de rester dans une réflexion médico-soignante
Analyse comparative des GHM	Comparer les taux de GHM en ambulatoire d'un service ou d'un ES / à une base nationale	Il suffit de cliquer !	Non convaincant (voire irritant) pour les équipes : cet outil de tarification n'est pas pertinent pour décrire les prises en charge	Pas de comparaison possible sans un outil descriptif reconnu et robuste
Analyse comparative des diagnostics principaux (DP)	Comparer le taux d'ambulatoire par DP / à une base régionale ou nationale	Il suffit de cliquer !	Le DP ne rend pas compte de la « lourdeur » même avec les diagnostics associés	Les comorbidités sociales sont les oubliées de ces méthodes
Critères d'inéligibilité	Définir en équipe médico-soignante les critères d'inéligibilité à l'ambulatoire	Intérêt pédagogique pour l'équipe : toute nuitée non indispensable est inutile	Ce n'est qu'une méthode complémentaire des autres	Réflexion continue d'équipe : critères révisables en fonction de l'expérience

2.4.2 Analyse critique des méthodes quantitatives d'appréciation du potentiel de développement de l'ambulatoire dans les disciplines médicales

Pour un praticien, la seule bonne méthode est celle d'une analyse fine des durées d'hospitalisation des principales pathologies traitées dans son service afin d'évaluer les conditions dans lesquelles ces durées d'hospitalisation pourraient être amenées à une seule journée. Il s'agit donc d'une méthode lente, dépendante de l'intérêt à agir du praticien y compris sur le plan tarifaire.

Le problème est que ces deux méthodes ne se rejoignent pas du tout !

- Appréciation industrielle du potentiel de développement des prises en charges ambulatoires en médecine

La seule description en routine des pathologies des patients hospitalisés est celle qui s'appuie sur des outils de tarification utilisant, à cette seule fin, les saisies d'informations réalisées avec plus ou moins bonne grâce et pertinence par les praticiens ou par des techniciens au vu des informations contenues dans le dossier médical quand il est correctement rempli. Cette description peut se faire sous forme de Groupe Homogène de Malades (GHM) qui ne parle pas aux praticiens de médecine car il regroupe souvent des entités nosologiques incomplètes ou différentes. Toutefois, malgré son caractère peu

expressif pour les praticiens, cette méthode a le mérite d'ouvrir le débat et d'inciter les équipes médico-soignantes à se saisir du sujet du développement de l'ambulatoire à partir des données dont ils pourraient disposer.

Une description facilement accessible est celle qui repose sur le codage du « Diagnostic Principal » (DP) mais qui commence à n'avoir du sens que si on y adjoint les Diagnostics Associés (DA). Mais ces derniers sont souvent insuffisants pour décrire l'éligibilité du patient à une prise en charge ambulatoire. En particulier les comorbidités sociales sont trop rarement décrites ; or elles sont un élément déterminant de la compliance du patient à une prise en charge ambulatoire.

Une autre méthode de calcul est très tentante car elle semble d'une logique accessible à tous. Elle part du principe que la plupart des patients qui ont passé une nuit à l'hôpital auraient pu en être dispensés si l'organisation des soins avait été meilleure. Ajoutons au passage que les patients, qui ne sont restés qu'une journée en hospitalisation conventionnelle (« forain »), et évalués, en 2014, à 170 000 séjours et 130 000 séances (soit un taux de forain de 18 %) selon l'IGAS auraient déjà pu être accueillis en hôpital de jour. Dans la même logique, pourquoi ne pas imaginer qu'une partie des patients ayant subi deux ou trois nuits d'hospitalisation aurait pu être intégralement traitée en hôpital de jour. Le cas n'est hélas pas exceptionnel... Mais les choses ne sont pas toujours aussi simples, car on ne peut pas, sans autre information, faire comme si la dernière nuit passée par le patient à l'hôpital était le plus souvent inutile. D'ailleurs, cette méthode de régression des nuitées pénalise injustement les équipes qui ont déjà beaucoup réduit leurs durées de séjours et qui ont bien mesuré les indications de maintenir le patient à l'hôpital même une nuit. Cependant, la recherche de nuitées inutiles peut s'avérer pédagogique pour les équipes qui ne se sentaient pas concernées par les durées de séjour indues à l'hôpital.

Pour autant, toutes les méthodes fondées sur des argumentaires chiffrés, contestables et peu porteurs de sens pour les professionnels, ont quand même un intérêt. Présentées comme une approche et non comme une vérité et en invitant les équipes médico-soignantes à les contester, elles peuvent servir de base introductive à la réflexion et inviter ces dernières à se saisir du sujet avec leurs propres méthodes.

L'hôpital de semaine : un précurseur

L'hôpital de semaine est une unité d'hospitalisation conventionnelle qui ouvre le lundi et ferme le vendredi. Ce mode de prise en charge, adopté par beaucoup, fait pourtant l'objet de critiques sur son efficacité notamment en matière de taux d'occupation. Pour certains, les facilités qu'il offre démobilisent la recherche d'une durée de séjour optimale y compris ambulatoire. Pour d'autres, il constitue un premier pas vers le contrôle de la durée d'hospitalisation. Enfin, il est parfois l'occasion de mutualiser plusieurs disciplines au sein d'un même type de parcours constituant ainsi l'apprentissage du partage d'une structure commune, prémices d'un HDJ multidisciplinaire. À condition de ne pas en rester aux prémices...

- Appréciation professionnelle des potentiels de développement

Les praticiens ne semblent pas avoir d'opposition de principe au développement des prises en charge ambulatoires ne serait-ce que parce qu'ils le font déjà spontanément. C'est plutôt une marche forcée vers l'ambulatoire qui pourrait poser braquer les esprits...

Pour les praticiens, la seule méthode parlante d'appréciation des potentiels de développement est d'inventorier parmi les pathologies les plus récurrentes qu'ils traitent, celles qui, au regard des bilans et des traitements nécessaires, peuvent être accueillies en ambulatoire. Ces pathologies ne peuvent être uniquement décrites en GHM ni même en diagnostic principal mais sous forme de libellé descriptif. Ces protocoles et ces chemins cliniques, et donc les indications de passage en ambulatoire, doivent être régulièrement révisés collégialement au regard des évolutions de pratiques et du bilan rétrospectif de la qualité des prises en charge ambulatoires.

Certaines ARS ont mis en place des échanges entre praticiens sur leurs pratiques en matière de prises en charge ambulatoires médicales notamment par filières. Ces démarches d'analyse comparative sont organisées sous forme de sessions collectives de partage d'expériences et de valorisation des démarches innovantes. On peut regretter qu'elles ne soient pas toujours conduites, au niveau régional, par les professionnels eux-mêmes et qu'elles n'associent pas suffisamment les équipes soignantes impliquées.

Peut-on espérer l'élaboration de référentiels de prises en charge ambulatoires de médecine au niveau national ? Dans son rapport l'IGAS le suggère en souhaitant la mise en place d'un comité stratégique national chargé de piloter et de coordonner le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital. D'autres sont plus dubitatifs, ces référentiels de prises en charge ambulatoires étant plus organisationnels que médicaux et fortement dépendants des conditions environnementales locales.

2.4.3 S'affranchir du principe des difficultés prévisibles d'un transfert en ambulatoire

« On pourrait bien mettre ce patient en HDJ mais on aura trop de difficultés à obtenir son IRM au moment voulu ». Cette réflexion souvent entendue dans les équipes lorsqu'on tente d'évaluer le potentiel de développement, doit faire réagir : il faut se donner les moyens de sa politique ambulatoire et non la politique ambulatoire de ses moyens. Autrement dit, garder un patient à l'hôpital uniquement pour qu'il ait accès à l'entièreté de ses soins qu'une meilleure organisation permettrait de réaliser en une seule journée est inacceptable. Si une unité ambulatoire a un souci d'interface avec les plateaux médico-techniques, c'est ce problème qu'il faut régler au lieu de renoncer à mettre ce patient en ambulatoire. Difficile mais pas impossible. Certains l'ont fait.

2.4.4 Ne pas mélanger les problèmes : distinguer l'évaluation du potentiel de la façon dont on va le mettre en œuvre

Pour déterminer un besoin d'accueil en ambulatoire des patients de médecine, il ne faut traiter ce sujet qu'avec les équipes médico-soignantes concernées, en deux points :

- Quels types de patients (pathologie, sévérité...)?
- Quel volume (à partir de l'activité connue dans d'autres formes de prises en charge)?

Cette différenciation entre les ambitions ambulatoires établies par les équipes médico-soignantes et les moyens de la réaliser doit être impérativement respectée. Là encore, dans l'intérêt du patient, il faut d'abord définir la politique ambulatoire avant de réfléchir aux moyens de la réaliser.

Potentiel de développement ambulatoire : les équipes soignantes sont aussi très concernées !

Juridiquement, c'est le praticien qui décide du mode de prise en charge d'un patient. C'est aussi lui qui décide de la sortie. Mais pas un seul d'entre eux (encore que...) ne s'aviserait de prendre une décision de sortie sans un avis de l'équipe soignante.

Mais les choses changent vite dans ce domaine. Les modes de prises en charge résultent de plus en plus souvent d'une décision collective et non d'un ukase individuel. L'implication des équipes soignantes dans l'élaboration des chemins cliniques (elles se sentent d'ailleurs parfois bien seules sur ce sujet) montre bien la volonté de ces dernières de participer pleinement à la réflexion sur le parcours du patient.

Désormais, une réflexion sur l'évolution des pratiques de prises en charge des patients doit associer l'ensemble de l'équipe médico-soignante y compris, le cas échéant, les équipes transversales (rééducateurs, diététicien, assistante sociale, psychologue...). L'évaluation des potentiels de développement ambulatoire en médecine ne peut désormais plus se passer de la valeur ajoutée des équipes soignantes (parfois même une aide-soignante à qui on ne demande jamais son avis), tant en hospitalisation conventionnelle qu'en HDJ, qui disposent souvent d'une capacité d'innovation trop souvent méconnue et surprenante dans ce domaine.

Une fois la liste de potentiels de patients éligibles à l'ambulatoire actée et formalisée (provisoirement...), l'étape suivante consistera à traiter, toujours en équipe médico-soignante, le « comment » :

- Quelle durée prévisible de prise en charge de chaque type de patient en HDJ (entre une heure et une journée entière) afin de déterminer le nombre de places nécessaires ?
- Quel besoin quantitatif et qualitatif de ressources humaines médicales et non médicales ?
- Quel besoin d'environnement dans l'unité ambulatoire (logistique, matériel, etc.) ?

Le cahier des charges de l'unité ambulatoire à venir est écrit.

Reste à le mettre en œuvre en cohérence avec la réflexion institutionnelle sur ce sujet. On n'en est plus à l'époque où chacun fait ce qu'il veut (et quelquefois très bien !). Le développement des prises en charge ambulatoires est l'affaire d'une communauté hospitalière. La dernière phase de mise en œuvre doit donc associer l'équipe médico-soignante concernée et la gouvernance de l'établissement pour répondre à quatre questions :

- Sur quelle surface accueillir cette cohorte de patients ?
- En fonction du nombre de places requises, y a-t-il une indication à regrouper l'activité ambulatoire de plusieurs disciplines ?
- Combien et quelles disciplines regrouper ?

- Où peut-on accueillir cet HDJ mono ou multidisciplinaire (y compris UMCA, bâtiment ambulatoire spécifique, etc.) ?

2.5 Convaincre les praticiens de médecine à l'ambulatoire

La substitution des prises en charge en hospitalisation complète vers les circuits ambulatoires ne peut se développer qu'en « embarquant » les praticiens, c'est-à-dire en leur démontrant l'intérêt pour leur patient, pour leur établissement et pour eux-mêmes de réduire à l'extrême les durées de séjour. Ce sont les praticiens qui décideront de passer leurs patients de l'hospitalisation conventionnelle à l'hôpital de jour et ce sont les équipes soignantes qui mettront en œuvre ce processus. L'ambulatoire doit être du gagnant-gagnant pour tous !

C'est la voie principale qui a été choisie en France pour développer la chirurgie ambulatoire encore que quelques procédures contraignantes (notamment la mise sous accord préalable de certains actes traceurs en hospitalisation conventionnelle) ont montré leur efficacité.

De la chirurgie à la médecine

La revue des leviers de conviction qui ont permis d'accélérer significativement le taux de prises en charge chirurgicales ambulatoires, synthétisée dans le tableau ci-dessous, aide à comprendre à quel point les facteurs de succès sont différents en matière de développement de l'accueil des patients en hôpital de jour.

ARGUMENTAIRE	UCA	Commentaires en lien avec l'UCA	HDJ médecine	Commentaires en lien avec l'HDJ de médecine
Challenge médical	+++	Assurer la sécurité de la récupération post-opératoire dans un délai raccourci est une performance médico-chirurgicale	+/-	Seule la PEC interventionnelle est reconnue comme un challenge médical par les praticiens
Challenge organisationnel	++ (mono circuit)	En lien avec le bloc opératoire	+++ (interfaces service/supports)	C'est de l'intendance contraignante pour les praticiens
Professionnels à convaincre	Chirurgiens/ anesthésistes	« décideurs du risque »	Soignants, praticiens, secrétaires...	Ce n'est pas que de l'intendance pour ceux qui vont accueillir les patients
Les sociétés savantes ont établi des recommandations	++	Plus en anesthésie qu'en chirurgie + société savante dédiée (AFCA)	0	Pas de recommandations publiées et pas de société savante dédiée
Publications scientifiques	+++	Les « exploits » font l'objet de publications dans des revues scientifiques et même grand public	0	Zéro publication scientifique sur les prises en charges ambulatoires des patients de médecine
Chemin clinique	+++	Le chemin clinique du patient ambulatoire chirurgical est stéréotypé et favorise les schémas protocolisés, unité de lieu/parcours	++	Chemins cliniques multiples et plus difficile à standardiser. Mais cela doit devenir un levier d'action
Dispersion médicale	+	Peu de plaintes des chirurgiens qui n'ont jamais eu d'UCA dans leur service. Dispersion plus faible lorsque l'UCA est proche du bloc opératoire	+++	Plainte des médecins qui ont connu « leur » HDJ mono disciplinaire surtout disciplines médico-techniques

Cohérence parcours pour le patient	+++	Acte fédérateur	+/-	Thérapeutique versus diagnostique
Complexité des patients notamment du fait de leur âge	+	Plus souvent des pathologies isolées	+++	Plus souvent des pathologies multiples et maladies chroniques
Facilité d'appréciation du potentiel de développement	+++	Fondé sur des actes	+/-	DP avec multiples DA
Définition de taux cibles locaux	++++	Cf. Instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015	+/-	Par manque de traçabilité des actes réalisés dans les systèmes d'information
Prévisibilité du diagnostic médical / PMSI	++++	Concordance quasi systématique	+/-	Aléatoire → difficulté de tarification
Risque spécifique → unité dédiée et donc mutualisée	+++	Post-opératoire	+/-	Sauf certains traitements et investigations
Appui médiatique national	+++	La chirurgie ambulatoire continue de bénéficier d'un appui médiatique national ample et durable induisant une demande de la patientèle	0	A noter un entrefilet dans l'Éveil du Loiret du 18 mars 1978
Influence du benchmark international	+++	La comparaison avec les autres pays développés a permis de mettre en évidence le retard de la France	0	Pas de publication internationale comparative par filière
Incitations tarifaires	+++	Les incitations tarifaires ont tardé mais ont porté leurs fruits	---	L'opacité et les attermolements tarifaires ont freiné les ardeurs ambulatoires en médecine
Contraintes tarifaires (MSAP)	+	Ciblées, elles semblent avoir été incitatives	0	Impossible à cibler
Impact réductionnel sur l'HC	+++	Politique des quotas au départ L'indication d'une hospitalisation en HC en chirurgie n'est pas subjective car elle repose le plus souvent sur un dommage anatomique → substitution forte → fermeture de lits	0	Pression de l'aval des urgences → maintien des lits
Impact sur l'activité totale de l'établissement	+	Développement de l'attractivité	+++	Risque de transformation de CS en HDJ ?
Impact sur la DMS en HC par exemplarité	+++	Exemple : RAAC, entrée à JO, etc.	+	Induction d'une réflexion sur les durées de séjour ?

2.5.1 Convaincre plutôt qu'imposer

Rendre l'initiative aux acteurs de terrain s'avère le plus souvent beaucoup plus efficace que de leur imposer des conduites organisationnelles soumises à la dictature de chiffres d'activités dépourvus de sens calculés « en chambre ». Pire encore, si ces conduites sont dictées par des impératifs économiques...

Pour autant le mouvement spontané n'existe pas ou très peu. Les échanges entre pairs ou équipes de même discipline, voire de même profil de recrutement, de préférence au sein d'une même entité

géographique construisent plus de conviction que les benchmarks fondés sur des chiffres toujours contestables...

Malgré tout il restera toujours des réfractaires sans argument ou avec une stratégie de principe de précaution poussée à son paroxysme. On ne peut qu'espérer que l'exemple de leurs collègues finira par leur faire entendre spontanément raison...

2.5.2 *Ne pas essayer de forcer l'allure*

Il ne faut pas s'imaginer que tout peut être fait tout de suite. Mais l'envie peut venir en mangeant et... surtout en voyant les autres manger : la survenue de cet appétit peut cependant prendre du temps. Les évolutions des pratiques médicales nécessitent une maturation intellectuelle collective qu'il est nécessaire de respecter même si on la trouve parfois lente. Essayer de la brusquer pourrait la ralentir...

Qui dit développement dit progressivité. C'est en forgeant qu'on devient forgeron. L'ambulatorie l'essayer c'est l'adopter ! Ces adages fréquemment entendus dans les rangs des pionniers des prises en charge ambulatoires à la fois médicales et chirurgicales montrent bien que la réflexion des équipes nécessite un mûrissement. Autrement dit, on avance pas à pas et l'expérience acquise soutient le développement. C'est l'évaluation de la qualité des prises en charge qui va donner le feu vert à la poursuite des transferts en ambulatorie et au déclenchement de nouvelles indications.

Pour autant se fixer des objectifs jalonnés est, pour une équipe, un moyen de stimuler sa réflexion : pourquoi l'objectif n'a-t-il pas été atteint ? Faut-il le réviser ou faut-il faire autrement ? On est bien loin des objectifs fixés arbitrairement à partir de standards censés pouvoir s'appliquer à tous...

2.6 Un challenge organisationnel. Une logistique qui bénéficie à tous

La prise en charge en HDJ consiste à concentrer dans un espace de temps court (au maximum une journée) principalement le bilan ou le traitement d'un patient de façon à lui éviter une ou plusieurs nuitées d'hospitalisation conventionnelle ou de nombreux déplacements successifs en consultation externe ou plateaux techniques. Dans cette structure peuvent aussi bien être pratiqués des soins de support et des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Y a-t-il un médecin en HDJ ?

La plupart des patients entrant en HDJ ont (devraient avoir) une feuille de route ou un agenda pour leur journée.

S'ils viennent pour un bilan, tous les rendez-vous ont déjà été pris (du moins on l'espère !). Dans les « bonnes unités », un médecin accueille le patient à son arrivée : il s'agit soit du médecin référent de la spécialité soit du médecin généraliste de l'unité. Mais ceci doit être prévu et il n'est pas question de courir après un praticien pour débiter le bilan. Dans tous les cas, le patient doit être revu avant sa sortie de préférence par le médecin référent de la discipline. La pratique qui consiste à renvoyer l'information du patient à une consultation ultérieure, même si on ne dispose pas de tous les résultats, est contraire aux objectifs de l'HDJ (synthèse médicale) et provoque une déception du patient. S' imagine-t-on dire au patient à l'issue d'un séjour en HC « On vous donnera les

résultats plus tard » ? Quelle différence y aurait-il alors avec une série de consultations et d'actes externes ?

S'ils viennent pour un traitement, la prescription est faite mais elle est le plus souvent conditionnelle : un « ok » médical est requis pour chaque séance. Il est délivré soit par le médecin généraliste de l'unité par délégation ou directement par le médecin référent. Là encore, l'anticipation des missions de chaque praticien doit permettre d'éviter de faire attendre le patient/d'occuper la place inutilement.

La synchronisation des temps médicaux est un élément essentiel au bon fonctionnement de l'HDJ. Concrètement, les équipes soignantes doivent connaître la répartition des responsabilités médicales (charte ou règlement intérieur) et l'affectation de tous les praticiens à la prise en charge des patients ambulatoires. Une cartographie d'organisation médicale, connue de tous, décrit, une semaine à l'avance, nominativement et par discipline, la répartition des praticiens en charge des patients ambulatoires.

2.6.1 La délicate gestion des interfaces

La programmation d'un patient en HDJ nécessite de sécuriser l'ensemble des jalons qui vont constituer son séjour et sa tarification. Cette mission revient à l'équipe de programmation qui est chargée de préparer, dans les meilleurs délais, la mise en œuvre du chemin clinique ou du parcours de chaque patient. Ceci nécessite que ces derniers aient été formalisés en amont (et respectés par tous...).

L'articulation d'un grand nombre d'intervenants autour du patient est l'exploit le plus difficile à réaliser dans le meilleur des hôpitaux ! S'il s'agit de programmer un bilan rapidement (par exemple pour un patient reconvoqué suite à un passage aux urgences), il y aura toujours un chaînon qui va se trouver indisponible, comme par exemple l'imagerie. À l'inverse, une programmation lointaine fait courir le risque d'une mauvaise visibilité ou d'une déprogrammation des consultations spécialisées requises du fait de la fréquente instabilité prévisionnelle de l'agenda des praticiens. Et que dire de la non ponctualité du rendez-vous de consultation qui impacte, par effet domino, le reste de la séquence du bilan ambulatoire ? Signaler un patient ambulatoire comme prioritaire à une consultation de spécialiste est une solution adoptée par certaines équipes.

Tout cela a l'air très compliqué. Dans la pratique, le génie diplomatique qui doit imprégner l'équipe de programmation permet souvent de réaliser l'impossible. La personnalisation des relations avec les prestataires de service de l'HDJ permet souvent de trouver des « arrangements ». L'argumentation particulièrement bien documentée d'un besoin, éventuellement urgent, pour un patient, aide à convaincre. Si elle est en plus doublée par l'intervention directe du praticien demandeur l'objectif est à portée de main.

2.6.2 Le métier de la programmation : le grand organisateur

Un HDJ ce sont des places disponibles réparties en métiers (diagnostic, thérapeutique), durées de passage et disciplines parfois réparties en vacations. Il peut y avoir aussi des urgences relatives.

Autant dire que cette fonction stratégique requiert des compétences spécifiques et un matériel un peu plus sophistiqué qu'un cahier à spirales.

Faut-il planifier un HDJ multidisciplinaire en vacations par discipline ?

Quelle taille optimale pour l'unité ambulatoire ?

Y a-t-il une taille maximale pour un hôpital de jour ?

À partir du moment où une unité ambulatoire connaît une activité importante répartie sur plusieurs disciplines mobilisant plusieurs équipes soignantes, la tendance va être au morcellement de cette unité en plusieurs sous-unités sectorisées correspondant à des formes de prise en charge (thérapeutique, diagnostique, éducation thérapeutique, etc.) ou à des spécialités différentes. Ces « sous-hôpitaux de jour », relativement autonomes, pourront souvent bénéficier d'une certaine logistique commune (programmation) mais il s'agira plus d'hôpitaux de jour spécialisés que d'un grand hôpital de jour mutualisé.

La question a été posée en UCA car il est apparu le concept d'un espace identifié avec charte, coordonnateur, personnel dédié (1 IDE pour 5 places au départ (unité de mesure)) ce qui n'existe pas en médecine.

La question de la taille optimale d'une unité ambulatoire est d'abord celle de l'équipe soignante qui la fait fonctionner. Dans le cas d'une petite (2 à 4 places) unité mono disciplinaire attenante à une unité d'hospitalisation conventionnelle, l'équipe soignante est mutualisée.

Dans tous les autres cas, les ressources humaines de l'unité ambulatoire doivent y être dédiées. Ce qui renvoie à la question des ratios d'infirmière, aide-soignante et secrétaire. Les amateurs de normes vont être déçus : la consommation de temps soignant ou secrétaire par place ne dépend que de la façon dont on va faire « tourner la place » : non seulement le taux de rotation mais aussi le contenu de la charge en soins et la sévérité des patients.

Il n'y a donc pas - et il ne pourra jamais y avoir - de bases scientifiques pour valider le dimensionnement d'une unité de soins en ressources humaines sauf à mesurer ce dernier à un instant T : la mesure de la charge moyenne en soins par place au regard des chemins cliniques des patients accueillis permet de se faire une idée des besoins humains nécessaires. Et encore faudra-t-il renouveler régulièrement cette mesure et la corriger du taux de rotation et d'occupation de la place...

Néanmoins, au regard de la charge de travail d'une équipe soignante dédiée, il est difficile de concevoir l'idée d'un HDJ de moins de cinq places. En deçà, la question doit se poser de regrouper les activités de médecine et de chirurgie au sein d'une Unité de Médecine et de Chirurgie Ambulatoire (UMCA).

Ensuite le dimensionnement de l'hôpital de jour de médecine dépendra évidemment du potentiel de développement c'est-à-dire de l'activité qu'on souhaite y traiter dans l'immédiat et à une échéance plus lointaine :

- Dans l'immédiat : il s'agit d'évaluer avec l'équipe médico-soignante le nombre de patients susceptibles d'être transférés, dans un avenir proche, de l'unité d'hospitalisation complète vers l'hôpital de jour. Il restera ensuite à apprécier le temps de séjour prévisionnel (toujours susceptible de se réduire sous l'effet d'une meilleure gestion des interfaces) de ces patients en HDJ pour rechercher à obtenir un taux de rotation supérieur à 1.*
 - À une échéance plus lointaine : le dimensionnement de l'HDJ doit intégrer les perspectives d'activité résultant d'une optimisation du parcours du patient. Cet exercice est difficile et expose au risque d'une trop forte ambition aboutissant à une inflation des surfaces ambulatoires. Il est prévisible que certains des séjours ou des séances ambulatoires d'aujourd'hui pourront passer demain de l'hôpital de jour vers un circuit de soins externes. En outre l'exploitation des marges d'optimisation du parcours ambulatoire du patient devrait permettre de dégager des capacités d'accueil supplémentaires. Il est important d'éviter que l'engouement ambulatoire du moment conduise à rechercher à tout prix (sic !) des patients pour remplir l'hôpital de jour de façon non pertinente...*
-

2.7 Quelle gradation territoriale de prises en charge ambulatoires ?

Toutes les hospitalisations programmées ainsi que certaines prises en charge urgentes sont potentiellement éligibles aux prises en charge ambulatoires. Donc tous les établissements de santé disposant d'un ou plusieurs services de médecine sont concernés par le développement d'un hôpital de jour. La réflexion autour de « l'esprit ambulatoire » ne doit pas connaître de limites. La seule question qui vaut pour tous est : « Quelle partie de mon activité, que je traite aujourd'hui en hospitalisation conventionnelle, peut être transférée demain en ambulatoire ? » Cette question fondamentale fait voir d'un autre jour le sujet de la répartition territoriale des hôpitaux de jour. L'idée qu'un « monopole » ambulatoire pourrait être réservé à l'établissement support serait contraire à l'optimisation du parcours du patient sur le territoire même si c'est généralement l'établissement support qui concentre le plus grand volume d'expertise. Obliger le patient à se déplacer et dessaisir l'équipe médico-soignante de proximité serait désincitatif aux prises en charge ambulatoires. Pourquoi ne pas imaginer que les médecins spécialistes du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) puissent assurer, en fonction des besoins, par exemple, une vacation ambulatoire contemporaine d'une vacation de consultation dans les établissements dépourvus de la spécialité.

Pour autant tout ne peut pas être traité partout : de même qu'il existe des services d'hospitalisation conventionnelle spécialisés, de même il peut exister des unités ambulatoires spécialisées au sein d'un HDJ multidisciplinaire imposant le déplacement du patient vers l'établissement de recours (nécessité d'une infrastructure matérielle non déplaçable). Au risque de contrarier certaines ambitions individuelles, il ne serait pas de bonne gestion de disperser de l'expertise pointue sur des sites à trop faible activité dans cette dernière.

La gradation des soins s'applique de façon symétrique en hospitalisation conventionnelle et en prise en charge ambulatoire.

2.8 Des compétences soignantes mutualisées : dans quelles limites ?

Le principal avantage d'un HDJ mono disciplinaire est qu'il dispose de compétences soignantes spécifiques qu'il peut partager avec le service d'hospitalisation conventionnelle de même discipline.

En revanche, une plateforme accueillant des patients de plusieurs spécialités doit être servie par des professionnels capables de prendre en charge chacun de ces patients dans leurs particularités. Ceci implique une réflexion sur la limite entre la spécialisation des professionnels, qui serait pour certains gages de compétence, et la poly compétence nécessaire pour une prise en charge pluridisciplinaire de qualité.

Mais cette limite n'est pas la même pour les médecins et les soignants.

Pour les premiers, la spécialisation est reconnue comme une exclusivité qui fait qu'en dehors de quelques cas particuliers de délégation de missions (SSR, services de chirurgie, urgences), il n'y a pas d'omni praticien à l'hôpital. Toutefois, certains HDJ sont animés par des médecins généralistes. Mais en règle générale, ce sont les médecins de spécialités – quand ce n'est pas le médecin référent personnel du patient – qui interviennent auprès des patients ambulatoires de leur spécialité.

Les soignants n'ont pas de spécialité reconnue en dehors de l'anesthésie, du bloc et de la pédiatrie. Ils sont donc réputés, par essence, poly compétents... ce n'est pas l'avis de tous les médecins spécialistes qui accordent une grande estime aux équipes soignantes de leur spécialité. À tort ou à raison, car cette question continue de faire l'objet d'un âpre débat : peut-on être aussi pluri compétent que mono compétent ?

2.9 Des indicateurs de performance adaptés

La mesure de la performance ambulatoire en médecine peut s'apprécier selon plusieurs angles en fonction des objectifs qu'on donne à cette mesure.

Pour l'Assurance Maladie, le « développement de l'ambulatoire » ne doit pas représenter une dépense supplémentaire (en tout cas ce n'est pas vraiment ce qui est attendu !). C'est pourquoi la pertinence de cette prise en charge doit être régulièrement évaluée. Son caractère essentiellement substituable à un séjour en hospitalisation conventionnelle est à mesurer afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une création opportuniste d'activité ou d'un transfert non justifié depuis les consultations externes. Quant aux effets pervers du mode de tarification actuel, ils doivent être maîtrisés par les équipes. La surenchère d'examen peu ou non pertinents pour « gonfler » un séjour ambulatoire n'est pas de bonne pratique éthique. En attendant une réforme de cette tarification, mieux vaut s'interroger sur le dimensionnement d'un circuit adapté aux patients ne nécessitant pas l'environnement complet d'un HDJ.

Pour les tutelles et pour les directions d'établissements la préoccupation principale est de mesurer la capacité à transférer les prises en charge d'hospitalisation conventionnelle vers des séjours ambulatoires. La tentation est donc forte de reprendre le même indicateur que pour la chirurgie ambulatoire c'est-à-dire le « taux d'ambulatoire ». Le problème est que, dans les deux cas, ce taux est non significatif car il est très fortement dépendant du case mix du service, du pôle, de l'établissement.

Et il est encore moins signifiant en médecine qu'en chirurgie car il est plus affecté par les profils de recrutement (la médecine spécialisée programmée s'y prête mieux que la médecine polyvalente post-urgences) et d'âge des patients. L'indicateur « taux de prise en charge ambulatoire médicale » n'est donc pas utilisable de façon pertinente pour exprimer la « performance ambulatoire » et pour comparer deux équipes entre elles. Une meilleure approche pédagogique est parfois utilisée pour susciter l'émulation : c'est la mesure du taux de prise en charge ambulatoire d'une pathologie donnée et décrite le plus précisément possible (exemple : bilan de SEP (Sclérose En Plaques)). Cette comparaison, s'appuyant souvent sur la formalisation d'un chemin clinique, est plus signifiante pour les équipes médico-soignantes, suscite leur intérêt et les aide à adapter leurs pratiques à l'ambulatoire. Mais cette réflexion très opérationnelle, qui peut être induite par les tutelles, ne peut être conduite que par les professionnels eux-mêmes. En tout état de cause, un indicateur aussi spécifique ne peut prétendre être le reflet de la performance ambulatoire de toute une équipe et encore moins d'un établissement.

Pour les professionnels, les indicateurs de performance ambulatoire sont doubles :

- Pour les équipes d'hospitalisation conventionnelle, c'est évidemment le taux de séjour sans nuitée au sein de leurs services qui reflète la pertinence de l'orientation du patient ou la bonne gestion des places en HDJ.
- Pour les équipes d'ambulatoire, ce sont les indicateurs attachés à la gestion de leur HDJ qui vont permettre d'évaluer leur performance. Mais, comme tout indicateur, aucun d'entre eux n'a de valeur à lui seul : seule l'analyse critique de chacun et leur croisement entre eux permet d'approcher la mesure de la performance ambulatoire. C'est le cas :
 - Du taux de rotation : il est évidemment surtout dépendant du case mix de l'HDJ
 - Du taux d'occupation : il est valorisé quand on fait attendre le patient sur son fauteuil...
 - Du taux des non venus : il est affecté par les handicaps sociaux
 - Du taux de débordement : il pénalise aussi les plus entrepreneurs...
 - Du taux de déprogrammation du fait de la structure : Il cible les dysfonctionnements internes
 - Du taux d'irrégularité de l'activité dans la semaine : mais l'activité ne peut se résumer au nombre de passages dans l'unité. La charge en soins non plus.
 - Du nombre de non-facturations en GHS : il est multifactoriel :
 - Délibérément : admission en HDJ non pertinente
 - Par défaut d'organisation : annulation d'actes
 - Dossier médical mal renseigné

Comme d'habitude, les meilleurs indicateurs de performance restent ceux que les équipes mesurent elles-mêmes : temps d'attente inutile du patient, produits gaspillés, temps de vacuité des places, etc. Même si elles peuvent être astreignantes à calculer (mais un « carottage » itératif est suffisant), ces mesures par les professionnels eux-mêmes ont un intérêt pédagogique évident : ils ne sont pas contestables, ils favorisent la prise de conscience et construisent l'argumentation des mesures correctrices.

Pas d'évaluation de performance sans s'interroger sur la satisfaction des patients et des professionnels. Pour les premiers, les enquêtes doivent surtout porter sur l'accessibilité, les temps d'attente, la qualité de l'information préalable et à la sortie, l'accompagnement post séjour. Pour les professionnels, cette évaluation doit prioriser pour les soignants les sujets de compétences, de charge

en soins et d'articulation avec les praticiens, pour ces derniers les préoccupations de dispersion des activités et de synchronisation de leur intervention avec l'agenda patients.

Quant aux indicateurs d'équilibre médico-économique de la structure, ils sont complexes à construire et à interpréter. Si l'on considère un HDJ comme un isolat économique, il semble facile de formaliser une approche de la balance dépenses-recettes si on omet d'y faire figurer les charges médicales. Au-delà, cela devient beaucoup plus compliqué si on souhaite y intégrer, par spécialité, des tantièmes de masse salariale médicale et éventuellement des pertes d'exploitation en hospitalisation conventionnelle... À ce stade de notre retour d'expérience, nous n'avons pas encore pu trouver de modélisation convaincante de l'équilibre économique d'un HDJ de médecine. Des études complémentaires doivent être entreprises pour résoudre cette interrogation fondamentale des communautés hospitalières qui obère leur volonté d'optimiser le parcours du patient.

2.10 L'unité médico-chirurgicale de jour : un modèle pertinent ?

Un grand nombre d'établissements de santé n'ont pas la quantité suffisante de patients éligibles à une prise en charge ambulatoire (c'est-à-dire le plus souvent programmée) pour atteindre la masse critique d'activité d'une UCA ou d'un HDJ de médecine. En effet certains établissements d'intérêt stratégique pour la prise en charge des urgences ont le plus souvent un recrutement de patients non programmés peu éligibles à l'ambulatoire.

Tous statuts confondus, 31% des établissements de santé auraient moins de 1000 séjours potentiellement éligibles à l'ambulatoire, cela interroge l'opportunité de créer un hôpital de jour médical.

Face à un flux de patients ambulatoires insuffisant, ces établissements ont quatre possibilités :

- Soit transférer ces patients sur un autre ES disposant d'une structure ambulatoire adaptée... mais cette solution n'est satisfaisante ni pour le patient qui doit se déplacer ni pour l'établissement qui se fait « déposséder » de sa patientèle.
- Soit renoncer, consciemment ou non, à toute pratique ambulatoire et imposer des nuitées inutiles... ce n'est pas dans ce travail qu'on y trouvera un encouragement. Mais peut-être dans les tarifs ! Proposer à un patient, suivi par une équipe médico-soignante qu'il connaît, de passer une nuit pour un bilan ou d'aller s'en remettre en une journée à une autre équipe distante qu'il ne connaît pas, laisse deviner la réponse...
- Soit faire des séjours « forains » c'est peut-être moins pire que l'alternative précédente mais ce n'est pas une pratique orthodoxe...
- Soit opter pour la création d'une unité médico-chirurgicale ambulatoire (UMCA) qui rassemblerait en un même lieu tous les patients ambulatoires pour tenir compte des spécificités de ce circuit (programmation au cordeau, interface avec les plateaux techniques, délivrance immédiate d'informations, équipe soignante dédiée...).

2.10.1 Pourquoi concevoir une UMCA ?

Il y a lieu de se poser la question de la création d'une UMCA lorsque :

- Les unités ambulatoires de médecine et de chirurgie ont chacune des volumes d'activité insuffisants. Mais cette constatation ne suffit pas. En effet l'analyse du potentiel de développement (forain compris) de chacune de ces activités peut faire disparaître l'intérêt de mutualiser les activités ambulatoires de médecine et de chirurgie dès lors que le flux de patients dans chacune des unités est suffisant (en règle plus de 1000 patients par an chacune).
- Ou lorsque l'établissement ne comporte aucune unité ambulatoire structurée mais plutôt des activités ambulatoires dispersées. Le regroupement de ces petits segments d'activité ambulatoire dans une UMCA pourrait permettre d'améliorer la performance du parcours du patient ambulatoire notamment en mutualisant les fonctions de programmation.

Y a-t-il une contre-indication à regrouper ou mutualiser les activités de médecine et de chirurgie ambulatoires dans un même espace ?

Les prises en charge ambulatoires de médecine et de chirurgie sont fondamentalement différentes dans leur esprit et leur technique. Si leur regroupement au sein d'une UMCA peut être facilement admis, leur mutualisation peut se discuter.

Au rang des avantages, la possibilité de bénéficier d'une structure logistique et de programmation commune échappant aux contraintes des agendas des disciplines ou des praticiens. Cette régulation commune permet une meilleure optimisation des places. Quant à la poly compétence médico-chirurgicale des équipes soignantes, d'obstacle initial elle peut devenir un élément d'attractivité.

Quant aux inconvénients, s'il y en a, ils se résument à la prise en charge des spécificités différentes de la médecine et de la chirurgie si chacune d'entre elles représente plusieurs disciplines. On entre dans le domaine des problèmes de compétence posés par des activités faibles et dispersées. Pas sûr que même une belle formation pluridisciplinaire pourrait suffire à entretenir un savoir-faire suffisant dans toutes les disciplines.

De plus, dès lors que l'UMCA dépasse un certain volume de flux, la question de la séparation des circuits ambulatoires médicaux et chirurgicaux doit se reposer. Pour certains, le seuil de dix places d'UMCA bien optimisées ne devrait pas être dépassé.

2.10.2 Enquête : des UMCA au profil disparate, des résultats attendus, d'autres surprenants

Le nombre des établissements qui ont eu recours à une UMCA est impossible à identifier. D'abord parce qu'il n'existe pas de texte réglementaire spécifique pour ces unités. Ensuite parce que leurs organisations y compris architecturales apparaissent disparates. Enfin parce que, activité très dépendante, elles semblent très évolutives dans le temps en fonction des flux de patients. Par ailleurs, l'incitation des pouvoirs publics à développer les prises en charge ambulatoires aboutit souvent à une séparation des flux médicaux et chirurgicaux des anciennes UMCA.

Au cours de l'année 2017, l'ANAP a effectué une enquête par mail auprès d'un échantillon d'UMCA d'établissements de santé publics afin de décrire les principales tendances en matière d'organisation. Par convention, on a appelé UMCA le rassemblement d'activités ambulatoires médicales et chirurgicales dans un même espace architectural.

Cette enquête a été difficile à réaliser car les UMCA ne sont pas toujours identifiées en tant que telles et portent des appellations diverses et variées (UDD (Unité à Durée Déterminée), UCMA (Unité de Chirurgie et de Médecine Ambulatoire), HDJ de médecine et de chirurgie etc.). En outre, nous n'avons

probablement pas pu repérer des UMCA issues de la juxtaposition proche d'une UCA et d'un HDJ de médecine.

Les retours représentent un échantillon disparate puisque ces UMCA comportent entre 9 et 34 places avec une amplitude d'ouverture s'étalant entre neuf heures et treize heures avec une activité journalière variant de un à dix. On peut se demander si les unités de grande taille ne pourraient pas bénéficier d'un partage des activités entre médecine et chirurgie. Curieusement, le souhait de séparation des activités ambulatoires de médecine et de chirurgie affirmé dans les réponses au questionnaire n'est pas le fait des unités les plus actives.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de corrélation entre le nombre de places et le flux de patients : en effet, sous réserve de l'examen de leur case mix, certaines unités semblent surdimensionnées par rapport à leur activité.

Dans l'idée préconçue que nous avons, la création d'une UMCA était fortement liée à un sujet de masse critique de recrutement de patients dans chacune des activités. Ce n'est apparemment pas toujours le cas puisque certaines unités ambulatoires mutualisées résultent d'un projet architectural. Toutefois, près de la moitié des équipes évoquent un intérêt financier qui pourrait se recouper avec la constatation d'une masse critique d'activité ambulatoire insuffisante dans chacune des disciplines.

Seulement un tiers des UMCA ont sectorisé sur le plan architectural leurs activités de médecine et de chirurgie-anesthésie mais près de la moitié d'entre elles a défini des quotas par discipline. En revanche, il n'y a pas d'alternance des activités de médecine et de chirurgie selon les jours de la semaine : les structures sont ouvertes 5 jours sur 7 à toutes les disciplines.

Dans la même logique, les $\frac{3}{4}$ des UMCA fonctionnent avec une équipe soignante unique. La surprise est venue des conditions de programmation : dans 30% des cas il n'y a pas d'équipe de programmation propre à l'UMCA ; et quand il y en a une, il y en a deux, une pour la médecine et une pour la chirurgie. Aucune UMCA qui a répondu à notre questionnaire ne fait état d'une équipe de programmation unique. Il est possible que la petitesse de notre échantillon ne nous permette pas de conclure à ce sujet.

Nous avons été surpris de constater que malgré les prescriptions réglementaires, certaines unités semblent se passer de médecin coordonnateur. En revanche, la très grande majorité de ces unités disposent d'une charte de fonctionnement qui précise probablement le rôle du coordinateur. Mais quand il est identifié, ce médecin coordonnateur est la plupart du temps différent en médecine et chirurgie.

L'une des bonnes indications de la création d'une UMCA est la prise en charge des endoscopies digestives en effet, certaines d'entre elles se pratiquent avec une simple sédation alors que d'autres nécessitent une anesthésie générale. Ces dernières relèvent alors plutôt d'un chemin clinique d'UCA mais les gastro-entérologues préfèrent regrouper dans une même unité ambulatoire leurs patients d'endoscopie qu'ils aient ou non bénéficié d'une anesthésie. Avec une UMCA, ils sont satisfaits !

2.11 Pour un circuit de prises en charge intermédiaires adapté

Pour certains, le nombre de ces prises en charge intermédiaires pourrait représenter plus de 30% des patients actuellement admis en unité ambulatoire voire en hospitalisation conventionnelle. Ils estiment qu'une valorisation tarifaire des prises en charge intermédiaires pourrait encore gonfler ce

chiffre. Les mêmes indiquent que l'isolement d'un circuit *ad hoc* pour ces patients, à partir d'un certain volume (8 à 10000 patients/an selon les sources), permettrait à la fois d'en améliorer la fluidité de passage, d'alléger les effectifs soignants en consultation et de réduire les surfaces dévolues à l'HDJ et à l'UCAA aux seules indications d'accueil dans ces unités. Enfin les plus audacieux dans la réflexion font valoir qu'il serait possible de diviser par deux ou trois les flux de diagnostics en HDJ si l'unité de consultations externes se dotait d'une cellule de coordination performante.

Il existe des besoins de soins qui sont à la limite des trois formes d'offre hospitalière. Les prises en charge « intermédiaires » concernent des patients nécessitant une investigation ou un acte pouvant être réalisé à l'hôpital mais sans surveillance étroite ou prolongée et qui sont accueillis dans :

- Un service de consultations externes : la durée de l'acte complémentaire, parfois peu prévisible, peut perturber le bon ordonnancement des consultations. De surcroît, la réalisation de ces gestes se déroule souvent dans des conditions non adaptées à la qualité et la sécurité des soins.
- Les unités ambulatoires : l'environnement de ces unités est surdimensionné par rapport aux besoins « simples » de ces patients qui ne nécessitent pas de surveillance et dont certains font même un passage par le bloc !
- Les unités d'hospitalisation conventionnelle : par commodité, des patients y sont convoqués pour la réalisation d'actes diagnostiques ou thérapeutiques « simples ». Il arrive même que ces patients y passent une nuit inutile !

Combien y a-t-il de ces patients qui n'ont apparemment leur place nulle part dans ce dispositif ?

N'y a-t-il pas lieu de prévoir un circuit qui leur soit dédié ?

Leur nombre est difficile à déterminer car les habitudes prises par les équipes médico-soignantes ne rendent pas ces patients indésirables car :

- En consultation externe, les équipes apprécient de pouvoir diversifier leurs activités.
- Dans les unités ambulatoires, ces patients assurent la réplétion de l'unité. De surcroît, leurs différences avec les « vrais patients » ambulatoires ne sautent pas aux yeux.
- Dans les unités d'hospitalisation conventionnelle, il ne semble pas anormal d'assurer le « service après-vente » d'un patient connu du service.

Tout irait donc bien dans le meilleur des mondes ?

Sauf que ce n'est pas éthique d'utiliser un environnement non adapté ou surdimensionné aux besoins du patient ! Et, dans sa grande sagesse, l'Assurance Maladie ne s'y est pas trompée : elle n'a aucune raison de payer au prix fort des prestations « simples ». Ces dernières, rémunérées comme des consultations ou des actes externes, ne couvrent pas les coûts d'environnement d'une unité ambulatoire. Seule la tarification en GHS, qui répond à des critères à la fois stricts et flous (instruction frontière), permet d'assurer l'équilibre financier des unités ambulatoires. La tarification de ces prises en charge dites intermédiaires est donc le problème qui se pose aux établissements. L'important gradient de la tarification entre actes externes et GHS, qui fait polémique (notamment du fait de son caractère aléatoire) mais qui a sa légitimité, alimente l'essentiel du débat sur l'opportunité d'identifier un circuit spécifique pour ces prises en charge intermédiaires tant en médecine qu'en chirurgie. C'est en particulier ce gradient qui va permettre d'évaluer le volume de ces patients et l'intérêt d'individualiser leurs prises en charge.

2.11.1 Que recouvrent les prises en charge intermédiaires ?

Le périmètre des prises en charge intermédiaires englobe tous les patients nécessitant des actes diagnostiques ou thérapeutiques dont l'état n'impose pas le recours à une hospitalisation conventionnelle ou au passage en HDJ ou UCA.

Cette proposition de définition ouvre la voie à de nombreuses interprétations que le pouvoir réglementaire a bien du mal à canaliser. A tel point que ce qui est admis ici peut être désavoué dans la région adjacente. De surcroît, l'évolution des techniques et des médicaments fait que ce qui autrefois nécessitait un environnement lourd peut être aujourd'hui réalisé de façon beaucoup plus simple et sûre. Nous avons rencontré des praticiens qui anticipent déjà la dégradation tarifaire de certains actes (y compris chirurgicaux) aujourd'hui encore facturés en GHS...

Enfin, l'appréciation de la fragilité du patient ne repose pas toujours sur des critères objectifs et elle est parfois soumise à l'anxiété des équipes médico-soignantes. Et nous faisons nôtre cette demande de l'Assurance Maladie de bien justifier les choix d'environnement dans le dossier du patient.

2.11.2 Un potentiel de développement difficile à évaluer

Comment apprécier le nombre de patients susceptibles d'intégrer un éventuel circuit de prises en charge intermédiaires ?

Il y a déjà des calculs qui sont faciles, ce sont ceux qui concernent les actes réalisés en consultations externes ou parfois aux urgences ou encore les patients d'HDJ ou d'UCAA non tarifés en GHS ou retoqués par le contrôle.

Plus difficiles à repérer sont les patients d'hospitalisation conventionnelle avec une nuitée pour lesquels on ne connaît pas bien l'indication de cette hospitalisation.

Plus difficiles encore à inventorier sont les patients ambulatoires tarifés en GHS mais qui auraient pu, compte tenu de leur état et des actes qu'ils requièrent, être accueillis en circuit de prise en charge intermédiaire. Un tel dialogue entre les cliniciens et les contrôleurs ne pourrait se concevoir que dans un climat de confiance qui reste à établir, avec des règles du « jeu » claires et une valorisation tarifaire du parcours de prise en charge intermédiaire. Un dialogue qui ne ferait que des gagnants. De ce point de vue l'esquisse d'une prestation intermédiaire pour certains actes ainsi que le concept de « rescrit tarifaire » autorise tous les espoirs...

3 Pour résumer

Le développement des prises en charge ambulatoires doit être l'aboutissement d'une réflexion professionnelle sur l'ajustement de la durée de séjour au besoin du patient. Même si le reste à faire n'est pas négligeable, il suscite l'intérêt des professionnels en chirurgie, grâce à un effet « challenge » qui s'étend heureusement à l'hospitalisation conventionnelle. En médecine, le développement des prises en charge ambulatoires relève plutôt d'un défi organisationnel moins mobilisateur pour les praticiens d'autant que l'incertitude tarifaire actuelle contribue à maintenir un sentiment d'insécurité pour ces pratiques.

Chapitre 3 : Recomposition de l'offre d'hospitalisation conventionnelle

Travailler sur le développement des prises en charge ambulatoires et sur un meilleur ajustement des durées de séjour au besoin du patient devrait, à activité stable, conduire à « libérer » des lits d'hospitalisation conventionnelle. Cette évolution des prises en charge crée une opportunité, pour les équipes hospitalières, de réfléchir à une meilleure répartition de leur offre en lits : les unités spécialisées sont-elles bien dimensionnées au regard de leurs strictes missions ? Y a-t-il un intérêt à les regrouper ? Comment faire face à la densification de soins induite par la tendance au raccourcissement des séjours ? Les conditions d'accueil des patients post-urgences sont-elles adaptées aux besoins de ces derniers ?

Faudrait-il supprimer les lits libérés ou les réaffecter à d'autres besoins en adaptant l'offre hospitalière ?

1 Quelques définitions

Quelques explications pour se mettre d'accord sur les termes employés dans ce chapitre.

Densification des soins : action de concentrer dans un même espace des patients requérant des soins plus lourds dans le cadre d'un séjour plus court. Elle résulte du développement des prises en charge ambulatoires et des travaux sur l'ajustement des durées de séjour au besoin du patient.

Hospitalisation conventionnelle désigne les hospitalisations d'au moins une nuit, qu'elles soient réalisées dans un service d'hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine.

L'équipe : à l'hôpital, l'équipe est un collectif d'intervenants auprès du patient, de tous métiers et de tous grades. On aurait envie de dire équipe « médico-soignante ». Mais ce serait oublier les assistantes médico-administratives, qui jouent un rôle tout aussi déterminant dans l'organisation du parcours du patient. Bref, il n'existe pas d'appellation pour décrire tous ceux qui prennent soin du patient à l'hôpital. C'est pourquoi, dans ce guide, nous nous contenterons de les associer sous le terme « d'équipe ». Faisons un rêve...

Réduction capacitaire : terme équivoque à éviter ! La réduction dont il s'agit est celle du nombre de lits mais pas de la capacité à soigner... mieux (ex : prises en charge ambulatoires)

Règles d'hébergement : « procédure à appliquer lorsque le patient à hospitaliser, à partir des urgences ou non, ne bénéficie pas d'un lit disponible dans le service dont il relève médicalement ».

Regroupement : le rassemblement dans un même espace architectural de patients issus de plusieurs unités d'hospitalisation conventionnelle qui gardent leur unicité.

Mutualisation : la mutualisation est entendue comme un regroupement architectural de spécialités médicales et/ou chirurgicales différentes au sein duquel les ressources humaines et matérielles sont partagées. C'est le plus souvent l'évolution naturelle et inéluctable d'un regroupement.

Regroupement - Mutualisation : toutes les formes intermédiaires existent entre regroupement et mutualisation. Dans le cadre de cette publication quand nous utiliserons le terme regroupement, nous sous-entendons qu'il comporte implicitement son extension jusqu'à la mutualisation.

2 Pourquoi recomposer l'offre en lits d'hospitalisation conventionnelle ?

Toute structure de service à la personne a le devoir de s'interroger en permanence sur l'adaptation des services qu'elle fournit aux besoins évolutifs de ses utilisateurs. Pourquoi l'hôpital échapperait à cette règle que s'appliquent, par exemple, les entreprises hôtelières ?

2.1 Parce que les conditions d'admissions et de prise en charge des patients évoluent...

Historiquement les unités d'hospitalisation de médecine et de chirurgie spécialisées ont été architecturalement dimensionnées sur la base d'un mode de prise en charge et d'une durée de séjour qui ont connu de rapides évolutions au cours des vingt dernières années. Si bien que ces unités se trouvent aujourd'hui souvent surdimensionnées par rapport aux besoins de leur propre discipline et sont contraintes d'accepter des patients non programmés relevant d'une autre spécialité, voire d'aucune. En outre, de façon paradoxale, l'afflux d'hébergements inadéquats pendant la période de la garde peut mettre ces unités en difficulté pour accueillir les patients programmés de leur spécialité.

2.1.1 *Des contraintes économiques qui s'appliquent*

Les nécessités d'équilibre budgétaire ont pu imposer des « réductions capacitaires » décidées, souvent en urgence, sans concertation et parfois en dehors de toute analyse documentée des besoins. Ces injonctions économiques génèrent des incompréhensions et des blocages qui auraient pu être évités avec un peu de pédagogie... Ces situations dont la gestion est souvent abordée uniquement sous l'angle économique, créent des positions rétractiles des professionnels de santé, voire des situations de blocage.

Pour autant il faut reconnaître que les lits d'hospitalisation conventionnelle ne sont pas toujours utilisés à bon escient soit qu'ils restent vides, soit qu'ils sont occupés par de l'ambulatoire ou par des patients relevant d'une autre spécialité (hébergement), soit que les patients y restent de façon indue alors que leur état de santé leur permettrait de rentrer à leur domicile.

Le développement des prises en charge ambulatoires et l'ajustement des durées de séjours semblaient ouvrir la voie à un ajustement de l'offre d'hospitalisation conventionnelle en médecine et chirurgie. Mais force est de constater que l'art de la prévision en matière de besoins en lits est loin d'être une science exacte !

a) **Les prises en charge ambulatoires**

Le potentiel de développement des prises en charge ambulatoires, s'il est appréhendable en chirurgie, paraît beaucoup plus difficile à évaluer pour les disciplines médicales. Pour ces dernières, un travail théorique basé sur des seules données tarifaires (Groupe Homogène de Malades) ne permettrait pas

d'apprécier précisément la capacité des équipes à substituer des séjours conventionnels en prise en charge ambulatoires. Le potentiel de lits libérés résultant du transfert en hôpital de jour de médecine paraît donc difficile à estimer.

b) L'ajustement de la durée de séjour

La durée de certains séjours hospitaliers n'est pas toujours justifiée par le besoin du patient. Elle peut résulter d'une organisation perfectible du service (manque d'anticipation, programmation incertaine, désynchronisation des temps médicaux et non médicaux, etc.). Le potentiel de journées d'hospitalisation évitables liées à un travail d'ajustement de la durée de séjour aux besoins du patient dépend de la pratique et de la maturité de la réflexion des équipes médico-soignantes sur ce sujet.

2.1.2 Des lits « vides », pour quoi faire ?

En admettant que, dans chaque unité de soins, un petit nombre de lits puisse être libéré du fait de transferts en ambulatoire et d'un travail sur les durées de séjour, trois scénarios peuvent être envisagés :

- Ces quelques lits sont « fermés » faute de besoin réel ou au moins argumenté. Mais ils sont, dans chaque unité, trop peu nombreux pour justifier une diminution en ressources humaines. En outre la densification des soins, induite par le profil et la durée de séjour des patients restants, peut remettre en cause cette réduction des effectifs soignants.
- Les lits libérés sont affectés à l'accueil de nouveaux patients de la ou des spécialités de l'unité permettant de réduire leurs délais de prise en charge. Ce scénario paraît idéal si la pertinence des hospitalisations est avérée.
- Les lits vacants sont rapidement occupés par des patients issus des urgences dont la plupart ne relèvent pas de la ou des spécialités de l'unité.

L'engagement d'une réflexion globale sur la restructuration de l'offre en lits d'hospitalisation conventionnelle d'un établissement peut se poser dans deux grands cas de figure cumulables :

- Un nombre important de lits se libère sur l'établissement du fait d'un rattrapage de retard en matière d'évolution des modalités de prise en charge.
- Le constat est fait qu'un grand nombre de lits spécialisés est déjà consacré à l'hébergement inadapté de patients.

Dans ces cas, dont les déclinaisons sont multiples, il pourrait être utile d'engager une réflexion collective visant à :

- Regrouper dans les unités spécialisées les seuls patients dont l'état relève de ces spécialités. Du fait d'un plus petit nombre de lits probablement nécessaires, ceci peut conduire à mutualiser ces dernières au sein d'un même espace architectural.
- Accueillir dans des unités spécifiques post-urgences des patients « non étiquetés » ou poly pathologiques ne relevant pas d'une prise en charge spécialisée.

Ces temps de réflexion réguliers sont l'occasion de remettre en cause le dimensionnement en lits de chaque discipline au regard de son activité constatée ou prévisible. C'est l'opportunité de poser les bases d'un dialogue de gestion fondé non seulement sur des éléments économiques mais aussi médico-soignants.

2.2 ...et donc les besoins en lits spécialisés sont à revoir

2.2.1 Les unités de médecine et de chirurgies spécialisées occupées par des hébergements.

Les unités de médecine et de chirurgie spécialisées accueillent dans leurs lits des patients programmés, par entrée directe (admission urgente ne passant pas par la structure des urgences) ou issus du service des urgences. Ces patients relèvent au mieux de la discipline médicale ou chirurgicale de l'unité qui les accueille.

a) La double peine de la mauvaise orientation

Il arrive fréquemment que, faute de place dans une unité adaptée à leur état, des patients doivent être accueillis « ailleurs ». Dans ce cas on dit que ces patients sont « hébergés », terme qui explique bien qu'ils sont « au chaud » mais pas dans les conditions d'accueil que requiert leur état.

Il est largement démontré que cette mauvaise orientation est défavorable à la qualité de prise en charge comme en témoigne par exemple l'augmentation significative de durée de séjour que subissent ces patients « hébergés » par rapport aux autres.

Le parcours semé d'embûches du patient hébergé

La compétence spécifique des équipes médicales et soignantes participe à la qualité des soins. Cette compétence s'acquiert par la formation initiale et continue mais également par l'entraînement des professionnels aux prises en charge spécifiques. Un patient qui est accueilli par une équipe non rompue aux soins qu'il nécessite va d'abord subir un retard de diagnostic car la programmation des explorations va être plus complexe à conduire et la récupération de ces dernières plus difficiles à collecter. De plus le suivi du traitement va être plus difficile à réaliser tant par des équipes médicales éloignées que par des équipes soignantes proches mais peu habituées à ce type de patient. Quant au déménagement de ce dernier vers un service adapté, outre le bouleversement qu'il représente pour lui-même, il est générateur de risques associés aux soins liés à la rupture dans la continuité des soins.

L'un des handicaps du patient hébergé tient à sa prise en charge médicale. Les règles d'hébergement doivent préciser qui est le praticien référent de ce patient. On entend par praticien référent celui qui va être responsable de la prise en charge médicale du patient hébergé :

- Il peut s'agir – et c'est préférable – du spécialiste dont il relève en priorité. Ce praticien doit alors fréquemment se déplacer au chevet du patient et ne pas l'oublier ! S'il doit se faire remplacer auprès de ce patient lointain au sein de sa propre discipline (absence, lendemain de garde, etc.) on imagine la rupture de continuité médicale que subit le patient hébergé.
- Le praticien référent peut être celui du service hébergeur. Si la spécialité qu'il exerce est éloignée des besoins du patient hébergé (placement de patients de médecine dans des unités de chirurgie), il peut se trouver dans une zone d'incompétence non sécurisante. De plus la

perte de chance pour le patient pourrait être reprochée aux praticiens qui accepteraient – même tacitement – des responsabilités médicales (ou chirurgicales !) qui le dépassent.

Par ailleurs la défiance des praticiens vis-à-vis du principe de l'hébergement peut s'expliquer par le fait que ce dernier concerne souvent un patient « chronique », poly pathologique et socialement fragile qui peut être plus difficile à faire sortir ou à transférer et qui « embolise » un lit de la spécialité.

Mais il n'y a pas que le patient qui est victime de sa mauvaise orientation. Les équipes médico-soignantes en sont également affectées. Le placement d'un patient dans une unité inadaptée à son état affecte également les conditions de travail des équipes soignantes. Une infirmière qui a fait le choix de s'impliquer dans une spécialité médicale ou chirurgicale ne l'a pas fait par hasard. Ces soignants y ont développé des compétences spécifiques, valorisantes et sécurisantes dans leur exercice. L'admission imprévue d'un patient nécessitant des compétences et une expérience que ces soignants n'ont pas sont des facteurs de déstabilisation professionnelle. En outre ces professionnels de santé qui aspirent à bien faire leur travail ont, devant ce patient et sa famille, le sentiment – probablement justifié ! – de ne pas être « au top ». Enfin la synchronisation médico-soignante autour de ce patient est particulièrement ardue à assurer : les intervenants ne se connaissent pas bien, leur coordination est difficile à organiser, les interruptions de tâches sont fréquentes. La qualité et la sécurité des soins n'y trouvent pas leur compte.

b) Le problème de l'orientation des patients « non étiquetés »

Un certain nombre de patients issus des urgences ne rentrent pas strictement dans la « case » d'une spécialité. Soit qu'ils présentent un état poly pathologique, soit que leur maladie se situe à l'interface de deux disciplines (ex : endocardite infectieuse). Pour autant, il n'est pas certain qu'une unité de médecine polyvalente soit la réponse unique pour tous ces patients. La solution passe par la formalisation d'arbres décisionnels permettant d'étayer le dialogue entre urgentistes et spécialistes concernés. Dans certains cas complexes la confrontation médicale permet d'orienter le patient en fonction de sa pathologie dominante : unité spécialisée ou médecine polyvalente.

2.2.2 Du besoin aux interrogations sur le niveau de spécialisation des unités

Les progrès de la médecine et l'organisation de l'enseignement dans les facultés contribuent à segmenter les spécialités en compétences d'excellence. Ces dernières sont recherchées par les patients qui pensent y trouver une meilleure garantie de qualité de prise en charge. Elles sont aussi un cadre d'exercice très recherché par les praticiens.

Mais l'ultra spécialisation des unités d'hospitalisation n'a pas que des avantages. Elle segmente les prises en charge des patients et balkanise les capacités d'accueil. Elle nuit à la transversalité des compétences médicales et est source de désynchronisation dans l'organisation des visites, chaque praticien ne se sentant responsable que des patients relevant de sa sur spécialité.

a) Le dimensionnement des unités de médecine et de chirurgie est obsolète

Le dimensionnement des unités d'hospitalisation date de plusieurs dizaines d'années et est en général basé sur un ratio de ressources humaines souvent devenu obsolète. Ces unités de soins ont été affectées de plusieurs évolutions :

- La durée moyenne de séjour est en permanente décroissance ;

- Les prises en charge ambulatoires (consultations externes et hôpitaux de jour) se sont développées ;
- Les patients résiduels sont affectés de pathologies plus lourdes, sont en moyenne plus âgés et présentent des comorbidités sociales plus nombreuses ;
- La part des urgences dans le recrutement des unités d'hospitalisation conventionnelle est en constante hausse. Ces urgences ne sont pas triées par discipline mais concernent surtout des patients poly pathologiques.

En conséquence les ratios de personnel soignant par lit n'ont plus les mêmes significations qu'autrefois. Par ailleurs, la densification des soins observée résulte à la fois de l'augmentation de la vitesse du flux de patient par lit et de la lourdeur de ces derniers tant sur le plan sanitaire que social.

Ces évolutions du mode de prise en charge des patients programmés diminuent le nombre requis de lits par spécialité.

Le moment n'est-il donc pas venu de s'interroger sur le dimensionnement des unités par spécialité incluant les patients programmés (s'il en reste !) et les urgences de la spécialité ? Cette réflexion pourrait conduire à regrouper les lits de plusieurs spécialités pour faire de la place, par redéploiement, à une unité d'accueil des patients post-urgences ne relevant pas des spécialités.

b) Quels critères pour maintenir une unité dédiée de médecine ou de chirurgie spécialisée ?

La présence d'expertise médicale est de loin le premier facteur de spécialisation des unités de soins. Mais l'existence d'unités spécialisées se justifie par un recrutement programmé et un flux d'urgence dans chacune des spécialités (besoin territorial de soins).

Le maintien d'une unité de spécialité dans un établissement ne devrait se justifier que si le flux de patients relevant de cette spécialité exigeait un espace d'hospitalisation dédié. Si ce flux n'est pas suffisant, la spécialité peut être maintenue dans l'établissement au sein d'une unité mutualisée avec d'autres spécialités.

2.3 Parce que les patients post-urgences ont aussi le droit au meilleur accueil

L'afflux de patients « hébergés » peut compromettre l'accueil des patients programmés de la spécialité. C'est la raison pour laquelle ces équipes sont tentées de « garder des lits » pour préserver leur recrutement et restreindre par tous moyens, y compris par des stratégies de contournement, leur participation à l'accueil des patients issus des urgences.

2.3.1 De la complexité des patients issus des urgences

Les patients proposés par les urgences aux services de médecine et de chirurgie spécialisées sont par définition non préparés à une hospitalisation et souvent mal pourvus d'une orientation diagnostique précise, même si un « débrouillage » effectué par les praticiens urgentistes permet d'assurer une prise en charge pertinente pour ces patients.

Les situations de détresse inopinées, qu'elles résultent de l'accidentologie ou du retard, assumé ou économiquement contraint, à la prise en charge d'une maladie, caractérisent bien souvent les populations entrant par les urgences dans le système de soins. Le profil de ces patients est donc plus

souvent socialement défavorisé, moins prompts à l'observance thérapeutique et plus fréquemment poly pathologiques ou victimes de pathologies addictives. La prise en charge de ces patients suscite toujours, pour les équipes d'hospitalisation une inquiétude sur les délais et les conditions leur sortie.

En outre, la désertification médicale, le désengagement de la médecine de ville vis-à-vis des urgences et la difficulté d'obtenir dans des délais acceptables un rendez-vous de consultation hospitalière, incitent patients et médecins traitants à recourir aux urgences pour accéder aux spécialistes, voire à de l'imagerie.

Pour mieux organiser l'orientation des patients post-urgences, certains établissements ont commencé par procéder à une analyse des flux en concertation avec les contrôleurs de gestion et DIM. Cette démarche apporte une aide déterminante dans l'élaboration du programme de recomposition des lits destiné à améliorer la prise en charge des patients issus des urgences.

a) La fragilité sociale

Certains patients se présentent aux urgences dans un contexte de fragilité/précarité sociale. Sa définition est multi-factorielle. C'est d'abord une population disparate composée de personnes disposant de minima sociaux, de travailleurs pauvres, de demandeurs d'asile, de sans droits, mêlant des Européens pauvres et des étrangers sans papiers. S'y ajoutent la précarité du logement, l'absence de reconnaissance sociale, la destruction des liens sociaux, l'isolement. Le patient se retrouve souvent en situation de survie. Les patients sont donc vus aux urgences dans un état de dégradation souvent avancé.

Ces patients souvent démunis de tout échappent à toute forme de prévention et même de toute détection et prise en charge rapides de leurs pathologies. N'osant pas recourir aux soins primaires, ils échouent aux urgences à un stade parfois avancé de leur maladie. De plus ils sont difficiles à orienter. En effet les équipes, pressentant des difficultés d'aval, sont rétives à les accueillir. Il est reconnu que l'intervention des travailleurs sociaux dès l'admission diminue la durée de séjour non pertinente du patient. Leur rôle ne doit donc pas se résumer à l'ouverture des droits. Une organisation adéquate, au mieux au sein du service des urgences, permet d'établir un projet de soins/vie dès l'arrivée du patient. Cette démarche a le triple intérêt de répondre aux besoins sociaux de ce patient, de faciliter l'admission de ces patients en unité de soins et d'éviter une prolongation inutile de la durée de séjour.

b) Le grand âge

Une grande proportion des patients accueillis aux urgences puis hospitalisés relève du grand âge. La perte d'autonomie ponctuelle ou définitive fréquemment associée est souvent l'élément dominant du devenir ou de l'orientation des patients. Ces derniers sont soit issus des Établissements d'Hospitalisation pour Personnes Âgées Dépendantes soit provenant de leur milieu de vie sécurisé par des aides familiales ou professionnelles. Leur prise en charge globale peut relever davantage d'une compétence gériatrique (gériatrie aigüe ou équipe mobile de gériatrie) que d'une spécialisation médicale ou chirurgicale. Même en cas d'épisode aigu, l'intervention d'une compétence gériatrique auprès de ces patients permet de réduire le séjour, de mettre en place des processus de préservation de l'autonomie et de bien préparer la sortie.

L'orientation de ces patients à partir des urgences est un vrai enjeu et doit faire l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire en amont sur l'accueil et leur parcours. Les arbres décisionnels d'orientation sont des préalables sur lesquels les praticiens peuvent s'appuyer.

D'autres patients « consultent » aux urgences pour un maintien à domicile difficile plutôt que pour un réel besoin de soins aigus, l'intervention précoce de l'équipe mobile de gériatrie devrait permettre de décider de la meilleure orientation possible.

Le cas des patients âgés habituellement pris en charge pour une pathologie chronique au sein d'un service spécialisé et orientés suite à un passage aux urgences vers un service de gériatrie peut être source d'incompréhension ou de conflits pour le patient et sa famille. Le devenir des patients chroniques âgés mériterait une évaluation anticipée concertée entre le spécialiste, le patient et l'équipe de gériatrie quand elle existe.

Prise en charge de la poly pathologie : une spécialité à part entière

Le patient poly pathologique est celui qui présente plusieurs pathologies chroniques impliquant des soins souvent d'une durée supérieure à six mois et ayant un impact social, psychologique et économique sur la vie de la personne. Il s'agit de pathologies connues et le plus souvent stabilisées mais qu'un épisode aigu fait courir le risque d'une décompensation en cascade. Statistiquement le risque poly pathologique augmente avec l'âge : 93 % des personnes de plus de 70 ans souffriraient de poly pathologie. Les pathologies les plus fréquentes sont représentées par les maladies cardiovasculaires et circulatoires puis par les maladies ostéo-articulaires, digestives, ophtalmologiques et mentales. Un faible niveau d'éducation accroît le risque de poly pathologie. Cette dernière conduit souvent à une poly médication, une fragilité sociale, une mauvaise qualité de vie et une diminution de l'autonomie.

La poly pathologie nécessite une forme de prise en charge spécifique qui ne vise pas seulement à corriger isolément chaque atteinte mais surtout à éviter la dégradation globale de la santé du patient et à conserver son autonomie à l'aide d'une équipe hospitalière pluridisciplinaire fortement reliée aux professionnels concernés de ville. Il convient que la prise en charge hospitalière soit bien structurée en six axes :

- *D'abord prendre en charge l'expression pathologique prédominante ayant conduit à l'hospitalisation*
 - *Évaluer précisément l'avancée de chacune des pathologies*
 - *Réévaluer la pertinence de tous les traitements*
 - *Apprécier le contexte de vie du patient (social – psychologique – fonctionnel) afin de mesurer sa capacité à assumer son traitement ou à se faire pour cela*
 - *Associer le patient, autant que possible, au cheminement diagnostique et au schéma de traitement. Ce dernier peut comporter des actions d'éducation thérapeutique qui permettent de retarder l'évolution des pathologies et de conserver l'autonomie.*
-

-
- *Discuter l'élaboration d'un plan personnalisé de santé issu de la concertation entre tous les intervenants (de santé ou non) évoluant dans l'environnement du patient.*

Qui peut penser qu'un tel schéma de prise en charge du patient poly pathologique peut être bien conduit dans une unité de médecine ou de chirurgie spécialisée ?

La prise en charge de ces patients est tellement spécifique qu'elle correspond-elle même à une « spécialité ». Il ne s'agit pas d'une discipline à proprement parler (elle n'est pas reconnue par l'ordre des médecins !) mais elle fait appel à des compétences médicales et soignantes particulières qui valent qu'elles soient exercées dans des lieux spécifiques.

2.3.2 Des solutions pour une prise en charge adaptée des patients en post-urgences

Compte tenu du poids croissant de l'accueil des urgences dans la part des hospitalisations conventionnelles, une réflexion stratégique au niveau de chaque établissement sur la façon d'accueillir ces patients est indispensable plutôt que de subir au quotidien les dysfonctionnements liés aux évolutions des flux. *In fine*, la question sera : faut-il redéployer des lits spécialisés au profit d'unités accueillant des patients post-urgences comme s'il s'agissait d'une « spécialité » à part entière (et particulièrement compliquée...) ?

De nombreux établissements (généralement à l'initiative de la commission des admissions non programmées) ont élaboré, en concertation avec l'équipe d'urgentistes et les responsables des services d'hospitalisation conventionnelle (spécialisés et polyvalents), un arbre décisionnel pour rendre plus pertinente l'orientation des patients issus des urgences ainsi qu'un thésaurus permettant de simplifier l'admission des patients dans les lits d'hospitalisation.

a) Les unités d'accueil des patients post-urgences

Les patients des urgences devant être hospitalisés et qui ne relèvent pas spécifiquement d'une spécialité peuvent être orientés de différentes façons :

- **L'UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée)** : elle est définie administrativement comme faisant partie du service des urgences, dont l'hospitalisation de patients est théoriquement limitée à 24h.

Administrativement, un patient est considéré comme relevant de l'UHCD si son état de santé remplit, de manière cumulative, les conditions suivantes :

- Il présente un caractère instable ou le diagnostic est incertain ;
- Il nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- Il rend nécessaire la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

- **L'unité d'hospitalisation post-urgences** : c'est une unité « tampon » qui répond à la problématique d'hospitalisation des patients admis via les urgences en attente d'orientation diagnostique évidente ou ne pouvant pas être hospitalisés dans le service adéquat et qui étaient jusqu'alors placés dans des services inappropriés ou transférés hors de l'ES. La durée de séjour dans cette unité est généralement limitée, certaines équipes proposant une durée maximale de 72 heures. La fixation d'une durée

maximale a pour objectif de garantir que cette zone tampon reste accessible aux patients en provenance des urgences. Elle permet de faire en sorte que l'UHCD se limite dans son rôle de très courte durée (24h) et que les patients soient pris en charge dans un environnement plus approprié à leur état de santé.

Un « contrat » passé avec les spécialistes de l'établissement permet de requérir un avis conduisant à diriger les patients dans l'unité correspondant à leurs besoins. Dans un certain nombre de cas, la durée de 72 heures permet de réaliser un bilan et la prise en charge médicale pouvant conduire à un retour direct à domicile.

Elle peut également éviter d'admettre dans une unité spécialisée un patient qui en relève si sa sortie paraît imminente. Dans le cas contraire, ce transfert serait facteur d'allongement de la durée de séjour. L'unité post-urgences permet aux patients qui doivent être admis sur un autre site de l'établissement de bénéficier du plateau technique avant ce transfert.

En outre cette unité peut permettre de réaliser un bilan gériatrique (équipe mobile) posant l'indication d'un transfert en court séjour gériatrique ou d'un retour à domicile.

Dans certaines structures, des unités post-urgences sont spécialisées en gériatrie. En fonction des configurations de ces unités, les compétences des praticiens y exerçant sont diverses : urgentiste, interniste, généraliste, gériatre...

• **L'unité de médecine polyvalente** : il s'agit d'une unité recevant des patients principalement issus des urgences mais également des entrées directes et des transferts dont la durée de séjour n'est pas limitée. La compétence de ses praticiens peut orienter une partie de ses activités (neurologie, soins palliatifs, gériatrie, cardiologie, pneumologie) sans qu'il s'agisse d'un service de médecine spécialisée et que son recrutement soit exclusif. Elle est principalement un « outil » de l'aval des urgences. D'ailleurs, elle porte fréquemment le nom de médecine polyvalente post-urgences.

Certains établissements ont fait le choix de réduire leur nombre de lits de spécialités au profit de la création d'unités post-urgences et d'unités de médecine polyvalente. Ce choix leur a permis de diminuer la saturation des UHCD, les transferts et le nombre de patients « hébergés » dans des services de spécialités. Ces derniers ont pu recentrer leurs activités sur leurs domaines d'excellence et les patients ont bénéficié d'un environnement adapté à leurs besoins.

b) Les équipes mobiles de gériatrie

Les équipes mobiles de gériatrie devraient pouvoir participer à la prise en charge des patients âgés 7j/7, 24h/24 dans l'ensemble du circuit des urgences. Il est largement démontré que l'intervention de cette équipe améliore la qualité des soins et l'orientation des patients et réduit la durée inutile de séjour. Mais la disponibilité restreinte (gardes et jours fériés) de cette équipe en réduit l'efficacité.

Dans la pratique, les évaluations sont donc souvent faites par les urgentistes, au mieux formés par leurs collègues gériatres à la prise en charge des personnes âgées.

Ces évaluations peuvent conduire à deux types d'orientations :

- Soit un bilan gériatrique effectué à l'UHCD ou dans l'unité de médecine post-urgences peut créer les conditions de retour de la personne âgée dans son milieu de vie évitant une hospitalisation non pertinente en gériatrie.

- Soit l'indication d'une orientation directe en gériatrie s'impose sur la base de critères définis par l'équipe de gériatres.

c) L'intervention des spécialistes dans le circuit des urgences

A la demande des urgentistes, des praticiens spécialistes doivent pouvoir intervenir dans le service des urgences pour confirmer l'indication d'hospitalisation et sécuriser l'orientation d'un patient. Ils sont également sollicités dans les unités post-urgences pour donner un avis spécialisé ou poser l'indication du transfert d'un patient poly pathologique en unité spécialisée ou en médecine polyvalente. Cette collaboration doit être formalisée dans la charte qui régit les relations entre le service des urgences et les spécialités médicales et chirurgicales. Ce document précise notamment spécialité par spécialité dans quelles conditions l'avis des spécialistes est requis et obtenu afin que ce recours n'ait pas un caractère systématique démobilisant...

3 Comment recomposer l'offre d'hospitalisation conventionnelle ?

Recomposer l'offre en lits d'un établissement n'est pas une fin en soi.

Pour convaincre les professionnels et les faire adhérer à la démarche, l'objectif de ce qui apparaît souvent comme un grand déménagement doit être parfaitement clair : il s'agit de tenir compte d'une part des stricts besoins de lits en spécialités et d'autre part de la hausse qualitative et quantitative des prises en charge post-urgences. C'est donc bien à un redéploiement de son offre que la communauté hospitalière est appelée afin de mieux répondre aux besoins de santé publique.

3.1 Choisir un modèle de recomposition adapté

L'apparition d'un surdimensionnement d'une ou plusieurs unités d'hospitalisation spécialisées peut être consécutive au transfert de patients en ambulatoire et à un ajustement des durées de séjour. Mais il peut également être dû à une baisse du flux de recrutement de patients (souvent consécutive à la perte de compétences médicales ponctuelle ou définitive). Dans les trois cas, ce surdimensionnement d'unités spécialisées fait craindre le risque d'une occupation des lits disponibles par des patients ne relevant pas de ces spécialités. Ces « hébergements » inadaptés (pléonasme) sont nuisibles autant au patient qu'aux équipes qui le soignent. Ce constat incite à réfléchir à une nouvelle organisation de l'offre en lits de l'établissement différenciant les besoins en lits des services de spécialités et ceux de l'accueil post-urgences.

Le regroupement de plusieurs spécialités dans un même espace architectural peut conduire à deux formes d'organisation des soins :

- Le regroupement simple ou juxtaposition de ces spécialités qui ne partagent pas leurs surfaces et leurs compétences hormis quelques fonctions logistiques (ménage, hôtellerie...)
- La mutualisation de tout ou partie des ressources humaines de ces spécialités impliquant un partage des surfaces et une réorganisation complète de la distribution

3.1.1 Le regroupement

Il s'agit de faire partager le même espace d'hospitalisation conventionnelle par plusieurs disciplines. Par exemple un service de 30 lits pourrait être partagé entre deux spécialités ayant besoin chacune de 15 lits. Les espaces dévolus à chacune des disciplines sont bien repérés et identifiés : c'est le « chacun chez soi », même si certains espaces et quelques fonctions logistiques peuvent être partagés. Chaque discipline a sa propre équipe soignante pendant la journée, en dehors du cadre qui a la responsabilité des deux équipes soignantes. Elle lui est théoriquement dédiée. Mais dans la pratique, la solidarité soignante fait qu'il n'est pas rare qu'une équipe accepte de prêter main-forte à sa voisine. Dans les hôpitaux, la nuit est souvent l'occasion de laisser de côté les dogmes et d'abolir les frontières : la mutualisation des équipes soignantes y est souvent la règle.

3.1.2 La mutualisation

C'est un regroupement au cours duquel les fonctions soignantes et administratives sont partagées, jour et nuit, entre les équipes ainsi mutualisées. Les fonctions médicales restent individualisées. Les circonstances de la mutualisation ne diffèrent pas de celles du regroupement simple mais elles en sont à un stade plus avancé que ce dernier. La mutualisation s'avère indispensable lorsque chaque discipline dispose d'un petit nombre de lits ou que la répartition des lits est trop inégale.

Différents niveaux de mutualisation peuvent être individualisés :

- Partage des compétences soignantes dans des espaces qui restent individualisés.
- Partage total des lits et des compétences soignantes.
- Partage des gardes de la permanence médicale.

Tout comme l'unité ambulatoire, la mise en place d'un hôpital de semaine (HDS) accueillant des profils de durées de séjour identiques peut être l'occasion de réfléchir à la mutualisation de plusieurs disciplines. Cette réflexion est catalysée par la volonté des praticiens de chaque discipline de pouvoir accéder à cette forme spécifique de prise en charge qui ne peut pas être mise en place à l'échelon d'un seul service.

Les effets délétères de la gestion des lits par la mesure du taux d'occupation en temps réel

La mesure du taux d'occupation est l'outil primitif et apparemment de bon sens du gestionnaire de lits et... des effectifs. Mais cet outil redoutable est-il fiable ?

Différents modes de calcul du taux d'occupation peuvent être affichés dans une structure de soins.

Le taux d'occupation fourni par le Département d'Information Médicale et remonté aux autorités de régulation est calculé sur la base des journées PMSI. Par définition, son calcul n'est pas réalisé en temps réel et ne peut servir à adapter extemporanément les moyens humains ou à trouver un lit pour un patient non programmé.

Pour avoir une vision dynamique disponible permettant d'organiser la gestion des lits, un autre taux d'occupation est calculé afin d'évaluer l'activité des unités de

soins. Il faut évidemment le calculer à une heure déterminée pour tout l'établissement. Mais cette heure de calcul peut tout changer : sa mesure à minuit ne reflète pas l'activité qu'il a pu y avoir dans la journée et incite plutôt à hospitaliser inutilement les patients le soir. En revanche, sa mesure à midi pénalise les sorties le matin, etc. La « moins mauvaise façon » d'apprécier la bonne gestion des lits d'une unité est par exemple de croiser deux mesures du taux d'occupation l'une en début de journée et l'autre en fin de journée.

Le tableau ci-dessous présente quelques modalités de regroupement :

Modalité d'organisation	Avantages	Inconvénients
Regroupement en secteurs étanches avec équipes de soins séparées	Adaptation capacitaire immédiate et indolore Pas de formation à prévoir pour développer la poly compétence des soignants	Pas d'optimisation de la gestion des lits et des ressources humaines Situation pouvant s'enliser
Regroupement en secteurs étanches avec équipe de soins commune	Adaptation capacitaire facile pour les praticiens La polyvalence de soignants permet d'optimiser les ressources humaines Possible ouverture progressive vers une mutualisation	Pas d'optimisation de la gestion des lits. Formation à la poly compétence à prévoir Organisation médico-soignante : à formaliser
Mutualisation totale avec lits +/- « banalisés »	Optimisation de la gestion des lits Plus de souplesse pour pallier aux pics d'activité La polyvalence de soignants permet d'optimiser les ressources humaines	Plus difficile à faire admettre aux praticiens. Organisation médico-soignante complexe à formaliser impérativement. Formation à la poly compétence à prévoir et à réaliser !

Toutes les organisations intermédiaires existent entre ces trois scénarios d'autant que le regroupement peut être un prélude à la mutualisation.

La restructuration de l'organisation hospitalière est une nécessité permanente pour adapter l'offre de soins aux besoins de la population (maladies chroniques, vieillissement, mobilité, etc.) qui évoluent rapidement et constamment. Les équipes sont aux premières loges pour le constater au quotidien. C'est dire l'intérêt de mettre ces dernières en force de proposition pour organiser cette recomposition de l'offre. Ce qui n'exclut pas un déclenchement de cette réflexion par la gouvernance de

l'établissement. Démarche à différencier d'une injonction contraignante qui pourrait stériliser cette réflexion en soulevant d'emblée les résistances...

3.1.3 *Des modèles à part*

Deux exemples spécifiques de mutualisation sont mis en œuvre par certains établissements.

Les plateaux d'activité non programmée versus activité programmée

Certaines équipes ont fait le choix de séparer les flux d'hospitalisation programmés et non programmés sous forme de structures spécifiques :

- Soit des hôpitaux de semaine mutualisés ou non, réservés à l'activité programmée. L'activité d'urgence étant accueillie en hospitalisation conventionnelle.
- Soit en constituant d'un côté un plateau mutualisé de chirurgie dédié à l'activité programmée et de l'autre un plateau mutualisé dédié à l'accueil de la chirurgie urgente.

Cette séparation entre urgence et programmé améliore la visibilité de la programmation.

Les plateaux d'activité de courte durée versus activité d'hospitalisation plus longue

D'autres équipes ont structuré les lieux d'hospitalisation des patients programmés ou non en deux plateaux mutualisés : d'un côté une unité accueillant les patients requérant une hospitalisation de courte durée (inférieure à 3-4 jours) et de l'autre une unité réservée aux patients nécessitant un temps plus long d'hospitalisation.

Cette répartition permet une meilleure gestion du flux des patients.

3.2 Préparer le regroupement

Le regroupement n'est pas un objectif en soi. C'est un moyen de faire cohabiter harmonieusement et de façon ordonnée au moins deux spécialités médicales, chirurgicales ou médico-chirurgicales « débarrassées » des patients hébergés.

3.2.1 *Préparer la conduite de l'évaluation du potentiel de regroupement*

Tout commence par une étude objective des besoins en lits. Au sein d'un établissement personne ne peut prétendre conduire seul cette étude. C'est par le partage des informations quantitatives et qualitatives que doit émerger une prise de conscience collective sur les possibilités de regroupement.

Il serait cependant heureux que l'initiative de cette réflexion revienne aux praticiens, en particulier aux chefs de pôles ou de services.

Un médecin du Département d'Information Médicale, compte tenu des informations dont il dispose et de sa position transversale, pourrait être la personne idéale pour fédérer cette réflexion délicate.

3.2.2 *Procéder à l'évaluation du potentiel de regroupement*

Il s'agit d'abord d'évaluer les besoins en lits de chaque discipline médicale ou chirurgicale à partir :

- Du case mix existant. Ce bilan qui doit également intégrer les patients de spécialités hospitalisés au mauvais endroit est plus facile à faire en chirurgie qu'en médecine où il existe de nombreux cas frontière entre disciplines.

- Des études de variations saisonnières d'activité pour les spécialités et les établissements qui y sont exposés.
- Du potentiel de développement des prises en charge ambulatoires qui s'apprécie en équipe médico- soignante sur la base des pathologies les plus récurrentes du service et faisant l'objet des séjours les plus courts.
- Du potentiel de réduction des durées de séjours inutiles induites par une réflexion d'équipe sur l'organisation des soins et non sur la seule analyse de l'IP-DMS. Cette réflexion doit intégrer les progrès thérapeutiques prévisibles pouvant induire un allègement de la prise en charge.
- Des évolutions prévisibles d'activité : attention aux promesses pharaoniques de conquêtes de « part de marchés » !

L'ensemble de ces évaluations doit conduire à définir le nombre minimal de lits à prévoir pour chaque spécialité, chiffre inférieur au nombre de lits existants lorsqu'une spécialité accueille régulièrement des « hébergements ». L'identification du nombre de lits requis pour chaque discipline permet d'évaluer la possibilité d'un regroupement avec une autre spécialité.

La généralisation de ces évaluations à l'échelon d'un établissement permet ensuite d'envisager une recomposition d'envergure selon une logique de prévalence d'une filière, de mode de prise en charge, de logique de flux (séjours courts versus séjours longs) ou de modalités d'entrée (programmé ou urgence).

3.2.3 Construire les argumentaires chiffrés

Tout part d'une analyse des besoins en lits de chaque discipline tant immédiats que prospectifs.

Le nombre de lits immédiatement nécessaire pour chaque activité médicale ne saurait se résumer à un copier-coller de l'existant. En effet la bonne gestion de ce dernier doit être évaluée.

Tableau synthétique des différents modes d'approche du potentiel de regroupement.

Le tableau ci-après fait l'inventaire des différents critères utilisés pour construire une approche du potentiel de regroupement de disciplines dans un même espace architectural. Dans la pratique, c'est l'ensemble de ces critères qu'il faut croiser pour ébaucher les premières esquisses organisationnelles. Mais en définitive rien ne remplacera le dialogue avec les équipes concernées notamment en matière d'amélioration de leurs organisations et de leurs pratiques. Ces critères sont de deux sortes : les uns tiennent à l'ajustement de la durée de séjour au besoin du patient (ex : heures des entrées et des sorties des patients), les autres au fonctionnement de chaque unité.

Critères	Description	Avantages	Inconvénients	Commentaires
Amélioration du fonctionnement des unités existantes				
IPDMS	Définition d'un IPDMS cible et en déduire le nombre de lits potentiellement libérables	Outil automatique !	Outil tarifaire Peu signifiant pour les équipes médico-soignantes (ne prend pas en compte des comorbidités sociales)	Cible à définir et à justifier...

			Dépend de la qualité du fichier des structures	
Réorganisation des flux post-urgences				
Nombre de lits libérables par les patients hébergés dans l'unité	Nombre de journées utilisées par les patients hébergés dans l'unité / 365 jours	Permet un ajustement aux besoins de la spécialité	Moyenne ne tenant pas compte des pics d'activité	Les lits libérables sont à réaffecter à la spécialité ad hoc
Nombre de lits manquants pour accueillir les patients de la spécialité hébergés ailleurs	Nombre de journées utilisées par les patients de la spécialité hébergés dans une autre unité / 365 jours	Prend en compte les besoins de la spécialité	Moyenne ne tenant pas compte des pics d'activité	Les lits nécessaires sont à déduire des unités ayant hébergés les patients de la spécialité
Nombre moyen de patients de la spécialité entrant par les urgences	Nombre des patients de la spécialité issus des services d'urgence moyenné par jour	Connaître le poids relatif de l'activité non programmée de la spécialité sur l'unité	Moyenne ne tenant pas compte des pics d'activité	Identification du besoin de lits d'aval des urgences pour la spécialité

Construire des hypothèses

Toute analyse des besoins en lits fondée uniquement sur des chiffres reste fragile. La construction du besoin capacitaire d'une spécialité doit s'appuyer sur un faisceau d'hypothèses élaboré conjointement par les équipes médico-soignantes et le contrôle de gestion. Ces hypothèses doivent comporter des objectifs cible de performance et s'appuyer uniquement sur l'activité réelle de la spécialité. Néanmoins, il n'est pas possible d'éviter de se fixer des objectifs cibles de performance pour construire ces hypothèses quitte à prévoir des objectifs intermédiaires. Ces hypothèses doivent être construites à partir des responsabilités médicales c'est-à-dire de l'activité réelle de la spécialité et non de l'activité présente (incluant des patients hébergés) dans l'unité étudiée. L'objectif est bien de mettre le patient « au bon endroit ».

3.2.4 Étudier les critères de choix dans les regroupements

Le regroupement de plusieurs disciplines dans un même espace architectural doit s'appuyer sur un raisonnement compris et admis par tous. Le premier critère de choix est inévitablement celui des surfaces : on se discréditerait à essayer de faire rentrer plusieurs activités dans un espace à l'évidence trop étroit. Le regroupement est déjà souvent difficile à faire accepter, s'il s'accompagne en plus d'un mauvais calcul capacitaire, les dernières bonnes volontés risquent de s'éteindre. Toutefois les complémentarités en termes de lits ne doivent pas être le seul critère d'association d'activité médicale : de nombreux autres paramètres sont à prendre en compte pour susciter l'adhésion au regroupement d'équipes médico-soignantes.

a) Critère capacitaire

L'évaluation chiffrée ayant été réalisée, certaines précautions sont à prendre pour donner de la cohérence organisationnelle au regroupement d'activités médicales. La première d'entre elles est d'éviter de tronçonner une discipline en plusieurs espaces sans autre logique que celle du capacitaire. Toutefois certains modes de prise en charge spécifiques (ambulatoire, unité de semaine, unités de

programmé - non programmé, séjours courts, séjours longs, etc.) regroupant plusieurs disciplines, aboutissent de fait à une dispersion de ces dernières. Les établissements accompagnés, et qui l'ont conduit, ont noté une meilleure perméabilité vers l'ambulatoire et une diminution des durées de séjour permettant une augmentation de l'activité dans le même nombre de lits.

L'analyse des activités saisonnières de chaque discipline doit également permettre d'évaluer les besoins en lits de chacune d'entre elles : la complémentarité des besoins saisonniers peut être un facteur influençant les choix de regroupements. Quant aux situations d'exception, elles ne peuvent être un élément à prendre en compte si les pics d'activité récurrents ont bien été intégrés dans la définition des besoins en lits.

b) Critères médicaux et soignants

Ces critères devraient être prépondérants dans le choix de regroupement. Mais en réalité, ils sont souvent l'occasion de mettre en avant les réticences et les craintes :

L'un des éléments de discussion le plus fréquemment avancé est celui du risque de transmissions infectieuses. Il est effectivement à prendre en compte. Le dogme étant de ne pas « rapprocher » des patients contaminants de malades fragiles ou porteurs de matériel prothétique. Peu d'équipes se sont hasardées (sauf de force !) à regrouper les deux types de patients dans une même chambre. En revanche de très nombreuses équipes associent des patients contaminants et d'autres fragiles dans une même unité moyennant certaines précautions dont certaines peuvent être discutées : sectorisation, affectation dédiée des soignants ou encore renforcement des mesures de prévention. Dans tous les cas, l'avis de l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement est à requérir.

- Le deuxième élément est celui des incompatibilités logistiques qui paraissent évidentes. Certaines disciplines requièrent des espaces exclusifs telles que la pédiatrie. D'autres nécessitent un environnement spécifique (soins palliatifs, obstétrique, etc.) qui fait que l'on ne peut les associer aisément à d'autres disciplines.
- Le troisième paramètre défendu par certains est la cohérence des prises en charge : il s'agit de regrouper dans un même espace les patients qui présentent des similitudes dans le rythme de leur prise en charge. Cela permet par exemple d'éviter à un soignant de s'occuper en même temps de patients dont les besoins sont essentiellement des soins éducationnels avec des patients instables nécessitant une surveillance rapprochée de leur état clinique.

c) Critère de compétences soignantes

L'expertise acquise par les soignants est souvent avancée par les praticiens comme un frein à la mutualisation. Dans la pratique, moyennant une anticipation et une formation, les équipes soignantes sont parfaitement capables d'acquérir les compétences de plusieurs disciplines d'autant plus facilement que ces dernières s'appuient sur un socle commun (logique d'organe, socle commun d'actes techniques ou de modalités de surveillance, etc.) L'expérience prouve que plus on apprend, plus la capacité à apprendre est grande.

Toutefois la polycompétence a des limites. Plus le nombre de spécialités est élevé, plus la compétence, mais surtout l'expérience (masse critique d'activité dans la spécialité) du soignant va être difficile à maintenir. En outre chacun n'a pas la même capacité d'apprentissage et d'adaptation à la poly

compétence. Cette dernière ne se décrète pas mais s'organise en tenant compte des aptitudes individuelles et des facteurs humains.

d) Critère de cohérence de disciplines

Au-delà des incompatibilités de disciplines décrites plus haut, il serait idéal de pouvoir rassembler des équipes exerçant des spécialités aux « préoccupations » proches, soit parce qu'elles traitent la même sphère d'organes médico-médicale (cardiologie - pneumologie) ou médico-chirurgicale (chirurgie digestive - gastroentérologie), soit parce qu'elles mettent en œuvre des techniques proches ou partagent un même plateau technique (urologie-gynécologie). Dans tous les cas, les frontières des pôles ne doivent pas s'opposer à la mutualisation des équipes. Les regroupements de spécialités peuvent être l'opportunité de redessiner les pôles.

e) Critère des « hommes »

Associer des équipes qui n'ont pas l'habitude de vivre ensemble, même si elles ont l'expérience commune du parcours de certains patients, est aussi une affaire de capacité à cohabiter : partager les mêmes lieux, se serrer dans un espace commun, partager (encore !) une grande partie des équipes de soins, renoncer à des habitudes, peut être générateur de tensions. C'est dire que la réussite de cette association reposera en très grande partie sur la capacité des « chefs » à élaborer puis porter le projet commun depuis sa conception jusqu'à sa mise en œuvre : une alchimie qui se prépare très tôt, pouvant comporter l'adjonction « d'ingrédients » imprévus, assortie de garanties rassurantes et d'évaluation transparente des impacts du regroupement (qualité de vie au travail-activité). Il faut aussi prendre en compte l'historique des équipes et les séquelles de rivalités anciennes qui peuvent expliquer certains échecs d'associations ou des conflits d'équipes résurgents. Tenter de rassembler des spécialités dont les chefs ne s'entendent pas serait une gageure...

f) Critère organisationnel

Le souci de la simplification du circuit des professionnels est une préoccupation première dans l'élaboration d'un regroupement d'activités. Il faut veiller à ce que le regroupement d'activités ne s'accompagne pas d'un trop grand éloignement géographique des lieux d'exercice des professionnels – notamment des praticiens – et des plateaux techniques utiles à la nouvelle entité.

Enfin la possibilité de partager les mêmes fonctions logistiques est un élément d'orientation du choix de regroupement de spécialités.

g) Critère architectural

Lorsque l'on parle de recombinaison et regroupement d'activités, la composante architecturale est un sujet majeur tant en termes d'intérêt à agir que par ses impacts.

« Si vous voulez assurer une forte participation aux réunions de réflexion sur la recombinaison de l'offre dans un établissement, ajoutez dans l'ordre du jour une ligne consacrée aux travaux à prévoir ! » conseille un président de CME. Elaborer un projet de regroupement d'unités sans prévoir un investissement nouveau ne va pas susciter le même engouement que d'inviter des chefs d'unité et des cadres à se pencher sur des plans ! Il ne s'agit évidemment pas d'accroître les surfaces mais d'offrir aux nouvelles équipes une modulation des espaces adaptée à leur regroupement. Un faible investissement est souvent suffisant pour fédérer les équipes surtout s'il contribue à améliorer la qualité de prise en charge des patients et les conditions de travail de chacun. En revanche vouloir

greffer une équipe dans les locaux d'une autre, sans même un « coup de peinture », risque, même s'il y a de la place, de contribuer au syndrome d'envahisseurs / envahis qui n'est jamais très loin dans l'esprit de tous. Quant au choix du nom de la nouvelle unité, qui doit sceller l'identité des équipes associées, il doit faire l'objet d'un consensus.

La recomposition architecturale contemporaine des opérations de regroupement de disciplines doit également permettre de mieux mettre en adéquation les ressources humaines au besoin de soins. Ainsi par exemple la suppression des espaces mal dimensionnés ou isolés permet d'améliorer la sécurité des soins et les conditions de travail des soignants.

Enfin lors de la relocalisation des nouvelles unités, les programmistes doivent veiller à évaluer la répercussion – notamment pour les praticiens – sur l'accès aux plateaux techniques utilisés et sur les circuits logistiques. Le sujet de la dispersion et l'éloignement des différents sites d'activités des praticiens doivent également être pris en compte.

Certains établissements ont profité de la recomposition et du dimensionnement de leur offre en lits de médecine spécialisée et de chirurgie pour dédier des étages entiers à l'hospitalisation conventionnelle. Cela permet d'éviter la dispersion des lits occupés le week-end, facteur d'insécurité et de surcoût. Un gain d'économie d'énergie est également attendu.

Proposition de grille de priorisation des critères de regroupement des disciplines hospitalières

Critères de choix des regroupements		Difficultés de mise en œuvre	Importance stratégique	Ordre de considération/ priorisation	Commentaires
Identification du besoin en lits/ spécialités	En l'état, selon TO	0	0	En premier	Se dire que l'existant est toujours améliorable...
	Après travail sur l'ambulatorio	Entre 2 et 4 selon substitution déjà effectuée	5		...dont acte !
	Après travail sur ADS au besoin du patient	Entre 3 et 5 Selon le travail déjà effectué	5		...dont acte !
	Après travail sur la réorientation des hébergements	En chirurgie : 0	5		Ce qui n'est pas chirurgical est médical
		En médecine : 3	5		Les patients de médecine sont souvent intriqués
Faisabilité capacitaire	Quelle place physique pour accueillir les regroupés ?	1	5	Prioritaire	Ce n'est pas la peine d'exciter les foules s'il n'y a pas la place
Considérations médicales et soignantes	Risque infectieux	1	4	Prioritaire	Variable selon dogmes locaux
	Compatibilité des spécialités	1	4		Ex : pédiatrie et gériatrie
	Éviter la fracture des disciplines	1	5		Garder de la cohérence

	hors séparation des flux				
Proximité des compétences	Faire la cartographie des compétences existantes	2	2	Secondaire	Attention : action prioritaire dans la MEO
	Compétences requises par spécialités	2	3	Secondaire	Encore action prioritaire dans la MEO
Cohérence des disciplines		4	1	Tertiaire	Pas d'argument objectif ou scientifique
Compatibilité	Des hommes (habitudes, histoires...)	5	3	Secondaire	Accompagnement prioritaire dans la MEO
	Des chef(fe)s	6	5	Prioritaire	Pas d'indicateur mais tout le monde le sait... Cela ne devrait pas compter, on en connaît les limites, et pourtant dans la pratique...
Investissement immobilier ou équipements	Éviter le syndrome d'envahisseur-envahi	1	5	Secondaire	Pour partir sur de nouvelles bases
Suppression des unités isolées ou sous dimensionnées	Sécurité et gestion des ressources humaines	3	5	Prioritaire	Réflexion institutionnelle

3.2.5 Quel calendrier ?

La définition du calendrier n'est pas anodine. En premier lieu parce qu'il est important de définir des échéances qui ne s'étalent pas trop dans le temps pour ne pas perdre la dynamique du projet. En revanche, une trop grande précipitation pourrait apparaître comme une volonté d'imposer. La phase préparatoire, même si elle peut paraître longue, n'est pas une perte de temps. Ensuite parce que les jalons, connus de tous, doivent figurer dans le plan d'action comme autant d'étapes pour faire le bilan de ce qui a été réalisé et du reste à faire. Enfin car l'affichage d'un calendrier est l'expression d'une volonté collective de faire.

Toutefois, même si un calendrier est bien rythmé, il faut être attentif à ce que certaines échéances ne tombent pas dans des moments « stratégiques » défavorables (exemples : fêtes de fin d'année, période d'épidémie etc.). En revanche, sous réserve d'anticipation, des mises en œuvre progressives peuvent être prévues lors de période de moindre activité pour faciliter le rodage des organisations.

Par ailleurs, le calendrier doit intégrer, dès sa conception, des phases qui peuvent être particulièrement longues et complexes à réaliser :

- La construction des nouvelles maquettes organisationnelles ;
- La gestion de l'impact personnel des modifications de planning des soignants ;
- L'accompagnement au développement des compétences ;

- La prise en compte des changements de gouvernance médicale et non médicale des unités impliquées ;
- La formalisation des bases organisationnelles de la nouvelle unité ;
- Le temps nécessaire à la réalisation des travaux prévus.

Tous ces points revêtent un caractère incontournable. Ils demandent de l'anticipation et l'association des personnes clés au plus tôt. Le pire serait de sabrer les résolutions initialement prises du fait d'un calendrier mal établi et de risques non évalués (ex : retards liés à des aléas dans les travaux). Les conséquences sont souvent redoutables !

3.3 Des arguments pour embarquer : comment donner du sens au regroupement et à la mutualisation ?

L'idée de regrouper plusieurs spécialités médicales ou chirurgicales au sein d'un même espace peut avoir plusieurs origines. Le regroupement de services peut être spontané et volontairement engagé par les responsables médico-soignants au regard d'intérêts communs (logique d'organes ou de filière). Il peut également être vu comme une occasion de mutualiser certaines fonctions support comme les secrétariats médicaux. Mais le regroupement peut être imposé lors du départ de professionnels, pour faire face à des contraintes économiques, architecturales ou pour répondre à des enjeux de complémentarité entre établissements. Par ailleurs le regroupement peut être envisagé « temporairement » à l'occasion de travaux ou encore lors de congés estivaux. Il ne dispense pas les équipes d'anticiper les organisations communes et le recours aux compétences nécessaires.

Le regroupement de disciplines impacte souvent l'ensemble des acteurs. Le vécu des professionnels concernés est en général très différent en fonction des catégories professionnelles. La préparation du regroupement permet d'anticiper les obstacles et d'éviter les blocages.

3.3.1 Identifier les craintes et postures

Les mutualisations de disciplines provoquent des bouleversements dans les multiples habitudes ancrées depuis longtemps par les équipes en place. Ces habitudes peuvent se classer en deux catégories : celles qui relèvent d'un certain savoir-faire et d'une expertise, pas toujours formalisés, au profit de l'équipe et du patient. Mais aussi celles, inavouables, car peu compatibles avec la qualité des soins et souvent enkystées, qui procèdent de solutions de facilité au bénéfice individuel d'un petit groupe de professionnels. C'est la remise en cause de ces dernières qui peut susciter, de façon cachée, le plus de contestations : et pourtant ce sont les « bonnes » habitudes qui vont servir d'alibi à ne pas changer les mauvaises habitudes.

C'est dire l'intérêt d'inventorier soigneusement toutes les « habitudes » qui vont être remises en cause pour les colocataires y compris et peut-être surtout celles – inavouables – qui se dissimulent derrière des prétextes entendables (méthode des cinq « pourquoi ? »). L'inventaire de ces craintes, qui touche à l'humain, nécessite de comprendre le ressenti caché de chacun au regard de la mutualisation. Pour recueillir cet inventaire, certaines équipes ont mis en place un conseil d'adaptation à la mutualisation réunissant sous l'autorité des responsables des unités regroupées les représentants de chacun des métiers concernés (dans les faits cette « instance » est ouverte à tous et une forte participation y est un gage d'efficacité de la concertation).

Attention ! Les craintes exprimées peuvent en cacher d'autres ...

a) Affronter les craintes pour les dépasser

- Craintes liées à l'activité

« La discipline associée va phagocyter ma capacité d'accueil » :

R : Pour éviter cela, un dispositif de programmation peut être établi pour garder une équité au regard de l'activité.

« Mon équipe soignante perdra en spécificité et compétences » :

R : Non, car elle aura toujours à traiter autant de patients. De plus elle peut avoir la chance d'acquérir de nouvelles expertises.

- Craintes liées aux ressources humaines

« Mes infirmières craignent que leur poly compétence obligée soit responsable d'une perte de reconnaissance par l'équipe médicale » :

R : Cela n'arrivera que s'il n'y a pas d'accompagnement du changement. Ensuite cette poly compétence va plutôt susciter une admiration de la part des praticiens qui pourraient bien en avoir besoin.

« Je vais être noyé dans la masse, je ne vais plus être reconnu en tant que personne » :

R : Cette crainte est fondée. Comme pour les changements de poste, le professionnel passe d'un statut de « sachant référent » à celui « d'apprenant dépendant ». La compétence individuelle spécifique des soignants, même si elle est connue par toute l'équipe, est rarement identifiée et formalisée ; et pourtant elle est un élément fort de l'exercice professionnel et de la reconnaissance individuelle. Certes la position de « sachant référent » est valorisante mais celle d'apprenant est stimulante et ouvre l'avenir sous réserve d'un accompagnement individuel par l'encadrement. Mais ce n'est pas qu'une affaire de savoir ; c'est aussi une affaire de reconnaissance au sein de l'équipe.

« Que vont devenir ceux qui ne seraient pas pris dans la nouvelle structure mutualisée ? » :

R : Cette question concerne tout le monde (pas seulement les derniers arrivés !). La question des désidérats individuels peut être approchée par des questionnaires. Mais cela ne suffit pas. L'écoute, la guidance dans le cheminement individuel et l'accompagnement managérial sont les étapes d'une orientation réussie. Il faut savoir prendre le temps utile pour chaque personne. Vouloir brusquer la démarche et imposer une réaffectation est le meilleur gage d'échec pour tous.

« Qui va être responsable de quoi dans la nouvelle structure ? » :

R : La gouvernance d'une unité mutualisée doit être formalisée au sein d'une charte de fonctionnement élaborée en concertation avec l'ensemble des équipes. La répartition des postes clés peut être un sujet difficile à gérer non seulement pour les responsables mais aussi pour les équipes dont les « chefs » vont changer. Il peut aussi y avoir une multitude de responsabilités opérationnelles qui peuvent être remises en question. Placer chaque volontaire en situation de responsabilité permet d'éviter le sentiment de dévalorisation.

« On va être débordés, le taux d'occupation va être maximal et le turn-over des patients augmenter. La charge de travail ne va pas baisser. Et les effectifs ? » :

R : La mutualisation de deux disciplines dans un espace architectural contraint clairement à un objectif d'amélioration de l'efficacité. Elle est souvent un facteur déclenchant d'une réflexion sur l'optimisation du parcours patient et sur la réduction des durées inutiles de séjour. De ce fait, elle s'accompagne d'une densification des soins par rapport à la situation antérieure des deux unités. Une éventuelle baisse des effectifs médico-soignants doit tenir compte de cette donnée avant d'être envisagée. Les nouvelles charges en soins peuvent être appréciées notamment à partir des chemins cliniques des prises en charge les plus récurrentes ou les plus lourdes.

- **Craintes liées au regard des autres** (regard des collègues en cas d'échec de mutualisation/crainte de paraître faible)

« Si le projet mutualisation est un échec, je vais être décrédibilisé auprès de mes confrères » :

R : Être précurseur comporte toujours des risques mais l'immobilisme encore plus ! Tenter la mutualisation peut être aussi une vraie opportunité pour les équipes. Quant aux aléas, ils doivent être anticipés. Et s'ils surviennent inopinément, ils ne sont jamais rédhibitoires. Le regard des collègues serait certainement plus sévère si on avait laissé la situation se dégrader encore plus.

- **Les craintes de l'envahissement :**

« Vous êtes en train de m'expliquer qu'un locataire vient s'installer chez nous ? » :

R : Cela sera difficile au début. Mais pourquoi ne pas en parler ? Plutôt avant que trop tard. Certaines équipes ont même créé des groupes de parole ad hoc pour que les sentiments puissent s'exprimer avant qu'ils deviennent rancœur. En la matière le silence dans les rangs n'est jamais bon signe : les ressentiments peuvent s'exprimer violemment à distance. En outre, il faut rechercher tous les moyens pour créer du lien entre les deux équipes : temps de convivialité, tutorat croisé, concertation autour de règles de vie communes formalisées dans une charte, etc.

b) Sortir de sa zone de confort

Les équipes, faites d'individualités, dont certaines en situation de responsabilité ou d'expertise, sont peu enclines à la mobilité. Elles y ont souvent développé des compétences spécifiques. Mais elles se sont parfois enkystées dans des situations d'habitudes et de confort difficiles à remettre en cause au moment d'une redistribution des rôles et des espaces. Il est important de les identifier précocement. Il est hors de question ni de les laisser sur le bord du chemin, ni de les ancrer dans une opposition douloureuse pour eux et dangereuse pour la structure.

Comment les accompagner lors des turbulences de la mutualisation ?

D'abord les associer en amont de la réflexion afin qu'ils n'aient pas le sentiment d'être des pions d'un « jeu » conçu d'avance. L'idéal serait même d'en faire les acteurs du changement en leur confiant des éléments de responsabilité de ce dernier. Ce serait dommage de ne pas essayer !

c) Identifier les postures

Les équipes hospitalières sont constituées d'un assemblage de professionnels de tous métiers, de tous statuts et de toutes générations. Chacun de ces éléments est à l'origine d'une posture plus ou moins affirmée. La somme de ces postures constitue un « jeu d'acteurs ». Ainsi les praticiens peuvent plus facilement se permettre d'adopter une attitude dirigiste ou résistante que les soignants, les titulaires se sentent plus affirmés que les contractuels, les séniors n'envisagent pas leur implication professionnelle comme leurs collègues de la génération Y (Z au moment où ce travail va être publié). L'équipe hospitalière est-elle une tour de Babel ?

L'association des différentes « postures » au projet passe par plusieurs étapes qu'il faut soigneusement respecter :

- **Repérer les contributeurs** qui vont participer positivement à la réflexion : ce sont d'abord les « éclaireurs », ceux qui portent les idées nouvelles, qui se trouvent parmi les acteurs les plus impliqués dans la structure. On les trouve autant parmi les jeunes praticiens et cadres que dans le milieu de ceux qui ont acquis une stabilité professionnelle. Mention spéciale pour des « sages » expérimentés et fraîchement retraités.
- **Associer les bonnes volontés** en prenant en compte leurs idées, leurs préoccupations, leurs désirs de reconnaissance voire leurs exigences. Mais il faut aussi penser à les protéger des influences déstabilisantes...
- **Identifier les opposants** potentiels (réversibles) et les écouter pour qu'ils ne deviennent pas des opposants déclarés (irréversibles). Ce sont majoritairement ceux qui ont à y perdre en termes de confort personnel, de stature ou de responsabilité. Nous ne ferons pas nôtres les recommandations de ceux qui préconisent de neutraliser d'emblée les opposants en les ignorant. D'abord parce qu'ils peuvent être nombreux voire majoritaires ! Ensuite et surtout parce que dans le milieu complexe de l'hôpital il vaut mieux convaincre que contraindre.

d) Inventorier les inter relations :

La mise en œuvre d'un projet de regroupement – mutualisation de spécialités ne se résume pas simplement à la gestion d'un conflit entre opposants et contributeurs. De nombreux paramètres relationnels, parfois explicites, souvent larvés peuvent l'affecter. Parmi les plus explicites, sont généralement bien connues les rivalités professionnelles, y compris d'expertise ainsi que les incompatibilités (et les trop grandes affinités !) de personnes. Plus difficiles à identifier sont le poids de l'histoire des services, voire de l'établissement, ainsi que les impacts sur les équipes des incompatibilités ancestrales de spécialités.

Quant à la méconnaissance de ce que fait l'autre, tant au sein d'une équipe qu'entre équipes, elle est à l'origine de nombreux fantasmes (charge de travail, intérêt particulier, ambition, etc.) qui s'auto-alimentent et qui peuvent torpiller toute tentative de mise en coopération.

3.3.2 Identifier les intérêts à agir des différents acteurs et les opportunités qui vont convaincre.

Une fois les craintes apaisées et les postures atténuées, la dynamique de projet requiert un « carburant » pour alimenter le moteur de l'action. Autrement dit, l'adhésion des équipes ne peut pas seulement s'appuyer sur la levée des freins mais elle doit être entretenue par un intérêt durable à faire. Ce dernier

peut être individuel ou collectif. L'individuel peut être multiple, inattendu et difficilement décelable. L'intérêt collectif à agir peut-être un moyen de rassembler. Mais en définitive, c'est le fameux « intérêt du patient », contre lequel personne ne peut s'opposer, qui va alimenter l'intérêt collectif à agir des équipes. Le problème c'est que chacun sait mieux que l'autre ce qu'est l'intérêt du patient ! Comment objectiver cet intérêt si ce n'est en associant chacun à la réflexion et en parlant davantage qualité et sécurité des soins.

Les arguments pouvant inciter les équipes médicales au regroupement d'activités sont de plusieurs types :

- Recentrer les moyens de la structure de soins sur sa mission spécialisée plutôt que sur une mission d'hébergement. Cela permettra de mieux organiser l'accueil d'aval de l'activité d'urgence ou la prise en charge des patients poly pathologiques.
- Profiter des complémentarités éventuelles en matière de variation d'activité.
- Développer des logiques d'organe.
- Bénéficier des synergies de logistique et d'amplitude horaire.
- Assurer la pérennité d'une activité qui ne pourrait survivre seule.
- Sécuriser et améliorer la prise en charge des patients en conservant un nombre suffisant de soignants permettant de faire face aux aléas de chaque discipline.
- Bénéficier de nouvelles infrastructures.

La plupart de ces arguments trouvent un écho favorable parmi les équipes soignantes si les praticiens y adhèrent. Néanmoins, d'autres intérêts sont susceptibles de rallier les paramédicaux à commencer par l'encadrement :

- Le développement de nouvelles compétences.
- La sécurisation d'un effectif minimum.
- Les hébergements sont source de désynchronisation des temps médicaux et non médicaux, leur diminution, voire leur disparition améliore les conditions de travail des équipes.
- Moins de remplacements de l'absentéisme ponctuel dans les autres unités. Il était jusqu'à présent justifié par une faible activité permettant un allègement des effectifs.

Mais pour initier une réflexion sur l'intérêt d'un regroupement ou d'une mutualisation, une contrainte starter est toujours nécessaire : mauvais taux d'occupation, diminution d'activité, déséquilibre budgétaire etc. Ces contraintes ne doivent pas devenir le moteur de l'action mais seulement donner le signal d'une réflexion collective sur l'opportunité d'un regroupement.

3.3.3 Quelle pédagogie préparatoire au regroupement ? Quelle durée ?

On a assez dit ici qu'un regroupement de spécialités au sein d'un même espace architectural ne devait pas s'improviser. Il ne devrait pas y avoir d'urgence en la matière si l'évolution des activités avait été anticipée.

Donc une pédagogie préparatoire au regroupement doit être construite, mais comment ?

Il faut se tenir entre deux écueils : celui de donner l'impression de vouloir passer en force et celui de débats qui s'enlisent et se personnalisent faisant perdre de la visibilité au projet.

La nécessité d'adapter l'offre de soins aux nouvelles exigences de prise en charge (ambulatoire, flux post-urgences, pathologies chroniques, etc.) ne doit pas être la conclusion d'un document administratif. Cette nécessité de faire évoluer l'hôpital doit être partagée par tous ceux qui s'occupent des patients. L'idéal serait même que l'initiative du changement vienne des équipes médico-soignantes.

a) Construire l'état des lieux à partir d'informations partagées

Les intervenants auprès du patient sont capables d'une réflexion tendancielle s'ils ont à leur disposition des informations continues et fiables sur leur activité. C'est trop rarement le cas ! Présenter inopinément un « état des lieux » à des professionnels laissés habituellement à l'écart des informations fait penser à une argumentation d'une décision déjà prise « en haut ». Malgré tout, prendre le temps de partager un bilan est toujours une étape préalable à la décision.

Dans le cadre de la préparation d'un projet de reconfiguration de l'offre en lits, il y a d'abord les chiffres, ceux calculés par la direction. Ils sont rarement reconnus comme justes soit parce qu'ils ne sont pas consolidés (par exemple codage non exhaustif), soit parce qu'ils sont trop anciens, soit parce que leur calcul est erroné. On a même vu des résultats différents d'une direction à l'autre au sein du même établissement. Dans la pratique, les seuls chiffres qui ne sont pas contestés par les équipes sont ceux qu'elles calculent elles-mêmes. Mais cette pratique chronophage ne peut être généralisée et permanente. Un contrôle focalisé de certaines données peut s'avérer pédagogique. Pour toutes les parties d'ailleurs... Cela étant posé, il ne s'agit pas de faire un combat de données contre données. Dans le cadre d'un dialogue de gestion sincère entre pôle et équipe de direction, on doit se mettre préalablement d'accord sur les chiffres à utiliser et les commenter ensemble de façon régulière.

Il y a ensuite la réalité des soins qui ne se décrit pas toujours correctement en chiffres. Aucune charge de travail médicale ou soignante ne peut être numériquement évaluée mais seulement approchée. L'écoute des arguments exposés par les équipes de terrain doit permettre de prendre en compte les contraintes de soins liées notamment à la typologie des patients (ex : comorbidités sociales) et aux organisations (ex : disposition architecturale). Cette phase d'écoute, ouverte à tous, doit être sanctuarisée et donner lieu à une restitution formalisée, en contrepoint des données chiffrées.

Ces éléments quantitatifs et qualitatifs constituent l'état des lieux qui doit être présenté à tous et qui contient les éléments préparatoires à la décision.

Un projet localisé ou généralisé ?

En dehors des grandes opérations architecturales (construction ou réhabilitation) il est rare qu'une opération de recomposition de l'offre en lits, aboutissant à plusieurs regroupements de disciplines, soit conduite d'emblée sur l'ensemble d'un établissement. Dans ce cas, en admettant que le schéma définitif de cette recomposition soit accepté, il serait préférable de procéder par stades successifs (opérations tiroirs).

Plus fréquemment il s'agit d'un seul regroupement de plusieurs unités ciblées sélectionnées sur différents critères : nombre moyen de lits occupés par ces disciplines, capacité à optimiser les durées de séjour, logiques de prise en charge

apparentées, logiques d'organes, niveaux de technicité proche mais aussi compatibilité des responsables... Ce regroupement peut conduire à la création d'une unité pilote constituée d'équipes volontaires qui en attendent une retombée positive déterminée et mesurable. Si le volontariat est plus mitigé, il est possible de passer par la case « expérimentation » : le regroupement serait à l'essai avec une possibilité de son démantèlement si les indicateurs (qualité de vie au travail, impact sur l'activité, événements indésirables spécifiques, etc.) prévus s'avèrent défavorables. Mais il faut à tout prix éviter le « regroupement sanction » qui ferait des spécialités rassemblées des unités martyres. Positiver le regroupement comme étant le moyen de redynamiser (indicateurs à l'appui) des spécialités hospitalières notamment en les libérant du flux des patients « hébergés » est une condition essentielle de réussite de l'adhésion des équipes médico-soignantes.

b) Quels catalyseurs ?

Présenter une démarche de changement aux équipes qui vont la mettre en œuvre est plus facile lorsque l'on dispose d'une série d'arguments robustes et valorisants.

Le premier d'entre eux est certainement celui de l'exemple d'équipes ayant accompli avec succès (mais non sans effort) un regroupement de leurs activités. Ce retour d'expérience doit être rigoureusement objectivé : préférer les évaluations quantitatives et qualitatives aux verbatim dithyrambiques...

Le deuxième incitateur est de resituer le regroupement d'activités dans le cadre d'un projet ambitieux en termes d'activité tant sur le plan qualitatif (ex : les complémentarités) que quantitatifs (ex : prises en charge plus courtes). Il est important de faire valoir, là comme ailleurs, que la qualité et le volume d'activité ne sont pas corrélés aux surfaces occupées : les exemples abondent. Le plus proche est peut-être à l'étage du dessus...

Le troisième facilitateur fait appel à un investissement, même symbolique. Regrouper des spécialités dans un espace réhabilité pour cela (quelquefois un pot de peinture suffit !) est mieux accepté que de s'installer « chez les autres » ou être « envahi ».

Le quatrième catalyseur est inconstant mais il faut le rechercher ne serait-ce que pour vérifier que ce n'est pas un obstacle ! C'est celui qui tient à l'optimisation du parcours du patient (architecture, cohérence d'activités, etc.) et des professionnels (ex : diminution de la dispersion). C'est bien la finalité de la démarche !

Cet inventaire des leviers accessoires d'un projet de regroupement n'est pas exhaustif. Chaque situation fait appel à une gestion particulière de l'humain notamment en matière de répartition des nouvelles responsabilités.

c) Le temps de la concertation

La concertation se déroule au mieux lorsque personne ne peut avoir l'impression que « la messe est dite » mais que chacun va pouvoir donner son avis sur une série de scénarios comprenant toujours celui de l'immobilisme pour montrer que la discussion est largement ouverte.

Il ne faut pas s'attendre à ce qu'une proposition de regroupement voire de mutualisation de plusieurs spécialités suscite d'emblée l'unanimité... Mais au moins peut-on espérer susciter un débat permettant de clarifier les enjeux.

L'état des lieux devrait avoir démontré une inadéquation entre les besoins de soins et l'offre de l'établissement. C'est pourquoi il est nécessaire de laisser ouverte toutes les solutions possibles sous forme de scénarios dont les avantages et les inconvénients peuvent être largement argumentés et débattus. Ne pas oublier d'envisager la possibilité de l'immobilisme (il a toujours ses partisans...) dont les conséquences et les risques ont été logiquement mis en avant dans l'état des lieux. Tous les autres scénarios sont dynamiques, d'ambition croissante jusqu'à l'utopie (« Brainstorming ») :

1. Regroupement simple de deux unités étanches ;
2. Regroupement simple de deux unités sectorisées mais partageant une partie de leurs ressources humaines ;
3. Regroupement de deux unités sectorisées mais partageant tout le personnel non médical ;
4. Mutualisation de deux unités dont les lits deviennent indifférenciés mais avec plusieurs gouvernances médicales ;
5. Fusion totale des deux unités (une seule gouvernance médicale) ;
6. Autre scénario ?

L'instruction de chaque scénario de regroupement requiert plusieurs actions :

- Collecter les données chiffrées d'activité des différentes disciplines concernées et les faire « vérifier » par ces dernières afin de ne pas se perdre dans des contestations immobilisantes.
- Identifier les logiques d'associations d'activité possibles en privilégiant l'intérêt du patient et des équipes médico-soignantes.
- Classer les scénarios par impact (qualité et sécurité de prise en charge, bien-être au travail et efficacité médico-économique).
- Intégrer les notions de délai de mise en œuvre de chaque scénario et la possibilité de procéder par étapes.
- Prendre en compte la demande de préserver certaines « zones de confort » (petits privilèges !) par spécialités mutualisées sous réserve de conserver la cohérence du projet.
- Définir les critères d'évaluation du projet et des divers scénarios.
- Évaluer les coûts d'investissement et de fonctionnement de chaque scénario.

d) Un échange large et bien piloté

Un choix de regroupement d'unités de soins va impacter les conditions de travail de tous les professionnels (sans exception) de ces unités. Il ne peut être traité comme un simple déménagement. C'est dire qu'il est indispensable que l'information et la concertation autour des scénarios envisagés puissent, de façon tout à fait exceptionnelle, concerner et impliquer tous les « agents » de ces unités.

Cette concertation en direction des équipes doit être portée par les responsables de ces dernières (chefs d'unité et encadrement). Portée uniquement par un niveau supérieur, elle sèmerait le doute en laissant penser que les responsables d'équipe sont associés à la concertation sans en être les acteurs.

En revanche la participation des responsables du pôle et de l'équipe de direction aux grandes étapes de cette concertation est indispensable pour légitimer la démarche.

La saisie des instances et la présentation de la démarche de regroupement à ces dernières ont un intérêt exemplaire même quand elles sont obligatoires. Elle permet de recueillir l'avis des élus. De surcroît, en assurant la valorisation de toutes les facettes de cette restructuration, notamment celles qui concernent l'intérêt du patient et le bien-être au travail des équipes elle ouvre la voie à une réflexion identique dans d'autres unités.

e) L'heure de la décision

Tous les participants à la concertation préparatoire au regroupement (et même ceux qui n'y ont pas participé) doivent savoir qu'une décision va devoir être prise dans un délai connu à l'avance. Tout retard ou attermoiement va fragiliser cette dernière qui doit être clairement présentée comme irrévocable.

Il s'agit d'une décision institutionnelle. Elle est donc prise par le chef d'établissement à l'appui des retours de la concertation et de l'avis des instances.

La décision prise doit cependant être expliquée : ce n'est jamais un aveu de faiblesse d'un responsable que de justifier ses choix. Cette explication n'est pas forcément assurée par celui qui l'a prise mais plutôt par ceux qui l'ont construite (ensemble des responsables : du pôle, de l'unité, encadrement). Cette argumentation doit notamment reposer sur les retours des réunions de concertation en prenant en compte les craintes ou risques qui ont été opposés au scénario finalement retenu. Cela doit donner l'occasion de détailler les ajustements qui ont été faits et les procédures permettant de prévenir les risques. La question du « faire savoir » est trop souvent négligée lors d'un processus de gestion du changement : le lien avec la communication et le soutien aux acteurs du changement sont fondamentaux.

Être clair sur la cible à atteindre mais souple sur les moyens d'y arriver

Dix clés pour assurer

- *Donner du sens au projet ;*
 - *Être transparent sur les objectifs ;*
 - *Anticiper les obstacles ;*
 - *Évaluer et réajuster les actions ;*
 - *Identifier des leaders ;*
 - *Associer le plus grand nombre à la préparation ;*
 - *Savoir adapter le projet ;*
 - *Gérer le temps ;*
-

-
- *Mettre les délais sous tension ;*
 - *Garder le cap.*
-

Organisation du regroupement des équipes

Le regroupement de plusieurs spécialités distinctes va affecter temporairement l'organisation des soins de ces deux unités : la période de déménagement puis de « rodage » des nouvelles organisations ne va pas permettre d'assurer, dans un premier temps, l'entièreté des soins qu'elles prenaient en charge avant le regroupement. C'est dire que cette situation va devoir être anticipée (allègement des admissions programmées) et que la date du regroupement doit de préférence coïncider avec une période de moindre activité pour les spécialités regroupées.

3.3.4 Pas d'avancée sans plan d'action

Une fois les objectifs définis, il faut formaliser les moyens de les atteindre. Un plan d'action doit être élaboré (c'est-à-dire écrit !) avec les équipes concernées. Il s'agit d'un document de référence, connu de tous : d'abord en segmentant le projet en actions et sous actions, il permet d'ordonner et de prioriser les actions. Ensuite il conduit à partager les différentes responsabilités des actions et à en identifier les pilotes (nom-prénom) au mieux volontaires. Enfin en fixant des jalons d'avancement, il situe dans le temps l'avancée des travaux. Ce plan d'action n'est toutefois pas un carcan et peut être amené à évoluer au cours de son avancement.

L'avancement des actions de regroupement-mutualisation est placé sous le contrôle d'un comité de pilotage qui dresse régulièrement le bilan des réalisations et prend les mesures correctrices éventuellement nécessaires.

Ce bilan se fait à deux niveaux : le premier est celui de l'achèvement de chacune des sous actions qui permet d'évaluer l'avancement de chaque action, le second qui est celui de la mesure de l'impact de chacune des pistes de travail réalisées.

3.3.5 Une mise en œuvre en trois phases

La phase de déménagement : sa durée est évidemment dépendante de l'ampleur des équipes regroupées, des difficultés pré identifiées (et celles qui ne l'ont pas été et qui auraient peut-être pu l'être...) et de l'éloignement géographique des unités concernées. Pendant cette période, il peut être prévu que les urgences des disciplines concernées puissent être accueillies dans d'autres unités

La phase transitoire : elle débute avec un ajustement des organisations qui va continuer de mobiliser les équipes. Cette période, importante pour le succès du regroupement, ne doit pas être affectée par une reprise trop rapide de l'activité qui pourrait nuire à l'implication de chacun dans la nouvelle organisation. La qualité de cette mobilisation, renforcée par la présence effective sur le terrain des responsables médicaux, soignants et administratifs concernés, doit permettre de renforcer la cohésion de la nouvelle équipe. À l'inverse de la phase de déménagement, sa durée ne peut pas être normée : Elle dépend non seulement de la qualité de la préparation des équipes et de leur mobilisation mais aussi des difficultés rencontrées. Comme lors de la phase préparatoire, une « instance » (conseil de suivi du regroupement) rassemblant des représentants de chaque métier des équipes regroupées peut

colliger les « irritants » liés au regroupement et proposer des mesures correctrices dans les organisations. On peut considérer que la phase de transition pourra être considérée comme achevée lorsque le nombre de remontées des « irritants » spécifiquement liés au regroupement sera proche de zéro (il ne reviendra jamais au zéro absolu car toute organisation garde un débit résiduel d'irritants).

La phase de consolidation qui sera celle pendant laquelle l'activité pourra s'exercer pleinement dans sa forme nouvelle, définie par le projet.

3.3.6 Comment accompagner les équipes dans la phase de transition

La concertation préalable au regroupement ou à la mutualisation d'équipes autrefois autonomes a permis de faire germer la question que tout le monde se pose : quelle va être ma place dans la future unité (si j'en ai une...) ? Cette question légitime de la part des professionnels qui vont être impactés ne pourra être définitivement traitée que lorsque les effectifs auront été dimensionnés. Cependant elle ne peut attendre ! C'est pourquoi l'équipe projet devra étudier en parallèle les besoins en ressources humaines (maquette paramédicale et trame organisationnelle médicale) et le recueil des souhaits de chacun des acteurs des anciennes unités. Ce travail d'écoute doit être individuel : il s'agit d'un temps nécessairement long qui ne doit pas donner le sentiment d'être juste du formalisme... C'est un sujet bien connu mais souvent mal traité qui lorsqu'il est bâclé explique bien des échecs immédiats ou à distance de restructuration d'équipe. Cette prise en compte des sensibilités individuelles permet aussi à chacun de faire une sorte de « deuil » de l'ancienne équipe. Entrepris dès la décision de regroupement prise, ce travail revient aux responsables des anciennes unités (cadres et chefs de service). Ces derniers devront partager les informations recueillies (souhaits individuels, craintes, postures, projets professionnels, compétences revendiquées, etc.) avec les responsables de l'autre unité. L'affectation définitive de chacun, revenant aux responsables de la nouvelle unité, appuyés par leur propre hiérarchie, ne pourra être annoncée individuellement qu'après l'achèvement des deux phases précédentes.

3.3.7 Formalisation des modes d'organisation de la nouvelle unité

L'organisation de la nouvelle unité devra être impérativement formalisée, tant sur le plan soignant que médical, avant l'intégration dans les nouveaux locaux. Ce n'est pas lorsque les mauvaises habitudes auront été prises que l'on pourra s'en débarrasser ! Cette formalisation prend la forme d'une charte de fonctionnement (ou d'un règlement intérieur). Rédigé collectivement, ce document (qui définit notamment les modalités de synchronisation des temps médicaux et non médicaux) a de nombreux avantages : conservation d'une trace écrite « opposable » des droits et devoirs de chacun, amélioration de la qualité et de la sécurité de soins, développement du bien-être au travail, meilleure efficacité de l'unité. Il est également un élément rassurant pour chacun des professionnels de la nouvelle équipe (« Voici nos règles de vie commune »). Une attention particulière doit être apportée, dans ce document, à la gestion des interfaces médico-soignantes : l'un des moments « chauds » de ces dernières est le déroulement des visites médicales dans l'unité. En effet la même équipe paramédicale va devoir « affronter » plusieurs équipes de praticiens pouvant en outre comporter des spécialistes. L'articulation entre ces équipes sera complexe voire dangereuse, notamment en termes de partage d'informations, si elle n'est pas strictement définie dans la charte et ses modalités d'application rigoureusement évaluées (y compris individuellement...).

4 Gérer les conséquences de la recomposition de l'offre d'hospitalisation conventionnelle

On ne regroupe pas deux équipes médico-soignantes sans objectif précis affiché. Ce dernier est généralement lié à la recherche d'un meilleur service rendu au patient et d'une optimisation de l'occupation des lits. Ce regroupement induit le plus souvent un changement de profil de la patientèle qui comporte des patients plus complexes au turn-over plus rapide. La charge en soins ainsi induite doit être réévaluée.

4.1 Anticiper les effets de la mutualisation des disciplines

Un projet d'association de plusieurs équipes de spécialités différentes au sein d'une même structure nécessite d'explorer les différents champs impactés par cette transformation pour en prévenir les effets négatifs.

4.1.1 Impact sur l'organisation de travail

Un regroupement dans un espace commun de plusieurs unités séparées entre elles par des barbelés ne devrait poser aucun problème en termes d'organisation du travail. Ces copier-coller étanches sont réinstallés à l'identique.

Dans d'autres cas, le regroupement peut conduire à un partage de certaines fonctions et responsabilités qui aboutissent à une organisation du travail proche dans certains aspects d'une mutualisation. Cette dernière peut revêtir deux formes : soit plusieurs services regroupés *in extenso*, soit un mode de prise en charge réunissant plusieurs spécialités (exemples : plateau de chirurgie programmé *versus* non programmé ou en fonction de la durée de séjour).

La mutualisation « vraie » ne comporte qu'un modèle : une équipe soignante « fait face » à plusieurs équipes médicales souvent elles-mêmes subdivisées en sur spécialités. Faute d'une organisation bien coordonnée, réglée et formalisée, la désynchronisation des équipes médico-soignantes est assurée ! La dispersion des activités et la multiplicité des interlocuteurs se traduisent notamment par des interruptions de tâches qui affectent aussi bien les praticiens que les soignants. À la charge de soins se surajoute alors souvent la charge de « bazar » résultant de la désorganisation du travail. C'est elle qui est la plus insupportable : ces « irritants » du quotidien récurrents et pourtant facilement réductibles, affectent autant la qualité de soins (le patient perçoit bien la désorganisation de l'équipe) que les conditions de travail des équipes (défaut d'information, injonctions contradictoires, attente, stress à la pression de production, risque d'erreur, dégradation des relations interpersonnel, etc.).

Anticiper les organisations c'est prévoir les besoins et les contraintes propres à chaque spécialité. Mais il n'y a peu d'espoir qu'ils soient spontanément compatibles. Il va donc falloir trouver des arrangements, les sanctuariser dans une charte ou un règlement intérieur. De plus la synergie entre les équipes médicales et les équipes soignantes sera à réinventer au regard de la poly compétence que devront acquérir ces dernières. Mais la culture orale qui pouvait prévaloir au sein des équipes médico-soignantes mono disciplinaires ne suffira plus dans les unités mutualisées. La multiplicité des prescripteurs rend de fait encore plus indispensable la mise en place de protocoles de soins

harmonisés. Par ailleurs, la tenue de cartographies d'organisation médicale (quel praticien assure quelle activité ?) est l'outil indispensable de la synchronisation des équipes soignantes et médicales.

4.1.2 *La gestion des compétences en unité pluridisciplinaire*

Une unité qui regroupe plusieurs spécialités médicales ou chirurgicales et dont les lits sont mutualisés et non sectorisés va comporter une seule équipe soignante au regard de plusieurs praticiens spécialistes. Cette équipe va donc devoir acquérir des compétences beaucoup plus larges que celles dont elles disposaient dans une unité mono disciplinaire. Cette montée en charge de la poly compétence des soignants doit être l'aboutissement d'un processus bien anticipé.

Il y a d'abord le sujet, souvent ignoré, des appétences individuelles. On peut devenir soignant poly compétent mais on ne peut occulter que chacun peut avoir plus d'affinités ou au contraire plus de réticence pour telle ou telle discipline hospitalière de soins. De plus il est permis de penser que la qualité des soins prodigués peut être influencée par l'appétence de la personne pour la spécialité dont relève le patient. Mais cette relation a une limite : l'affinité pour une technique de soins particulière, voire un geste isolé, ne peut constituer un prétexte à restreindre le champ de son activité professionnelle. D'autant que nombre de patients relèvent de soins qui ne se situent pas tous dans le strict cadre de la spécialité. Retenons simplement que, dans la cartographie des compétences, un item d'appétence peut être éclairant.

S'agissant des compétences présentes dans chacune des unités spécialisées, une procédure d'évaluation doit être élaborée avant la mutualisation de ces dernières. Elle ne doit oublier aucun métier de l'équipe. La méthodologie repose sur un échange personnalisé entre le cadre de santé et chacun des soignants sur la base d'une grille d'auto évaluation. Cet échange, conduit à évaluer les besoins individuels de formation de chaque soignant et permet de recueillir son adhésion au processus de validation des compétences requises dans l'unité mutualisée.

« Poly » : de quoi parle-t-on ?

La nécessité d'une gestion souple des effectifs soignants d'une spécialité à l'autre (en clair : boucher inopinément les « trous » de l'étage du dessus) s'appuie souvent sur la notion de polyvalence. C'est bien pratique ! Mais le service rendu au patient et au service est-il adapté ?

Revenons sur les définitions.

La polyvalence consiste, dans un cadre professionnel, à pouvoir être affecté sur différents postes ou fonctions, sans obligatoirement en posséder toutes les compétences.

La poly compétence quant à elle suppose une maîtrise réelle de ces postes ou fonctions acquis par une formation initiale ou continue (montée en compétence). Dans les faits, la polyvalence de base mène vers la poly compétence lorsque les postes nécessitent des qualifications particulières voire élevées. Dans ce cas, l'opérateur polyvalent doit acquérir diverses compétences assez rapidement,

développant ce que l'on appelle communément un « portefeuille de compétences » ...et devient ainsi poly compétent.

La poly compétence conduit à a polyvalence dans l'unité.

De prime abord l'obligation de diversifier ces compétences peut susciter des réticences au sein des équipes soignantes qui craignent de quitter leur zone de confort et même de sécurité. Il est important de franchir cette résistance par la conviction : une équipe de soins « enfermée » dans une spécialité peut, à la longue être victime d'un syndrome « d'enkystement » fait d'habitudes (pas toujours bonnes...), de laisser-aller intellectuel et de présomption de sécurité. Mis à part le changement d'équipe imposé, la mutualisation offre une opportunité de redynamiser l'équipe et de lui ouvrir de nouvelles perspectives.

La mutualisation de spécialités peut aussi générer des résistances parmi les praticiens qui assimilent souvent la poly compétence des équipes soignantes à une perte d'expertise de la part de ces dernières. Dans les faits, les craintes de ces praticiens semblent surtout liées aux difficultés d'intégrer les habitudes de travail de chacun dans les unités où il n'existe pas de pratiques harmonisées de prise en charge. La mutualisation peut justement être l'occasion d'engager une réflexion médicale sur l'élaboration de protocoles de prise en charge qui seront bien utiles aux soignants qui intègrent la spécialité.

Pour autant la poly compétence a probablement ses limites. Même si celles-ci n'ont jamais été mesurées, il pourrait exister, à partir d'un certain seuil variable selon les disciplines associées, un risque de perte d'entraînement et de dilution des compétences.

La mutualisation de deux équipes peut s'avérer compliquée au prétexte des différences de niveau de compétences. Et pourtant ce n'est pas le cas quand il s'agit d'accueillir une nouvelle infirmière au sein d'une équipe. Ces situations ne sont pas du tout identiques : dans un cas, il y a un effet de masse « hostile » de professionnels chevronnés arrivant avec leurs habitudes. Dans l'autre cas, un élément isolé, prêt à tout apprendre, beaucoup plus compliant et apportant son renfort à une équipe, sera le bienvenu ! Ces différences d'approches montrent qu'au-delà du programme de formation qui doit être respecté, le sujet des compétences n'est souvent qu'un prétexte. La gestion humaine des rapprochements d'équipes est le sujet majeur des organisations de soins mutualisées...

4.1.3 La prévention des risques de la période transitoire.

Tout passage d'une organisation des soins bien réglée (ou qui aurait dû l'être...) à un nouveau mode de fonctionnement comporte des risques qu'il faut anticiper. Ainsi la période initiale du regroupement – mutualisation, si elle ne s'est pas accompagnée d'un temps de réduction transitoire d'activité, va cumuler les charges de formation, de soins et d'ajustement des synergies entre tous les professionnels. Il s'agit d'une phase à haut risque pour la sécurité des soins. Prévenir ces risques c'est d'abord ne pas bâcler la formation de tous les professionnels et s'assurer qu'elle a été efficace. Mais c'est aussi mesurer les plus petits dysfonctionnements du quotidien afin d'éviter qu'ils ne deviennent des événements indésirables graves. Pour cela leur recueil doit être facilité et analysé au plus près (chaque semaine) par un groupe de travail multi professionnel (y compris les praticiens) conduisant à des mesures correctrices immédiates. En outre, ce dispositif, sécurisant pour tous, permet d'apaiser nombre de craintes.

4.1.4 *Les métiers de gestion des flux de patients*

Le regroupement de plusieurs unités dans un même espace architectural catalyse souvent une réflexion (qui aurait dû être préalable !) sur l'ajustement de la durée de séjour aux besoins du patient. Il s'avère que le manque de coordination de tous les intervenants auprès du patient dans les unités de soins est non seulement un facteur de non-qualité des soins mais également de surcoûts importants mais souvent invisibles. Ces deux raisons justifient d'investir dans les métiers de gestion des flux de patients. Mais cette dernière ne s'improvise pas et doit être professionnalisée afin de gérer au mieux l'agenda du patient hospitalisé.

La constitution d'une cellule de programmation spécialisée dans la gestion des entrées et sorties et des interfaces communes à plusieurs unités est une solution. Dans le cadre d'une seule unité, la coordination du parcours du patient peut être confiée à une infirmière volontaire, formée et dédiée. Sa fonction, formalisée dans une fiche de poste, peut être large et s'étendre jusqu'à l'accueil des patients et l'organisation de leur sortie permettant ainsi d'éviter aux autres soignants de se concentrer sur les patients hospitalisés. Cette responsabilité peut être exercée alternativement par les infirmières volontaires de l'unité. Ce mode d'organisation permet d'améliorer la gestion rapide des flux patients en limitant les interruptions de tâches des professionnels.

4.1.5 *La gouvernance de la nouvelle unité*

Le problème s'énonce clairement : plusieurs unités différentes qui disposent chacune de leur propre gouvernance ne vont plus faire qu'une... qui devra aussi être dirigée. Mais la solution est moins évidente.

Les responsabilités de gestion de l'unité mutualisée

S'il s'agit d'un regroupement architectural qui reste bien sectorisé, chaque spécialité conserve sa gouvernance médicale, l'encadrement paramédical étant en général partagé.

Lorsque la nouvelle unité est mutualisée (équipe soignante commune et lits banalisés), c'est bien le sujet de la gouvernance médicale qui va se poser. Dans la plupart des cas, la mise en place d'une instance collégiale (type conseil d'unité) coordonnée par un praticien volontaire permet d'assurer, en liaison avec l'encadrement, la gestion de l'unité. Cette fonction de coordination médicale doit être vue de façon distincte de celle de chef de service qui anime l'équipe des praticiens de sa spécialité. Cette distinction entre la gestion d'une unité mutualisée et la direction médicale d'une équipe de praticiens est particulièrement importante à préserver pour protéger le sentiment d'appartenance à une discipline et éviter la dispersion des praticiens. Le chef de service, qui veille à la permanence des soins, reste ainsi le garant de la cohésion et des progrès de sa spécialité (ex : recherche clinique). L'une de ses tâches, et non la moindre, est d'ordonner la visite des patients de sa spécialité dans des conditions compatibles avec la disponibilité de l'équipe soignante et les besoins des autres spécialités.

Le partage des responsabilités médicales au sein de l'unité mutualisée doit faire l'objet d'un consensus clair formalisé au mieux dans la charte de fonctionnement.

Évaluation du fonctionnement de la nouvelle unité

Du fait de la multiplicité des intervenants médicaux, une attention plus particulière doit être accordée à la qualité de la communication au sein de l'équipe médico-soignante, à la mesure de la qualité de vie

au travail des praticiens et des soignants et à l'évaluation du processus de prescription. Le recours à des indicateurs partagés est ici nécessaire.

En outre la mesure des transferts pour manque de place, des hébergements des patients de la spécialité dans d'autres services et des délais de programmation devra permettre de vérifier que la capacité de l'unité correspond bien aux besoins.

4.2 Évaluer l'impact de la densification des soins sur la charge de travail

Les modes de prise en charge des patients à l'hôpital n'ont pas attendu le « virage ambulatoire » pour se transformer au gré des attentes des patients et des progrès diagnostiques et thérapeutiques. Ainsi, la durée moyenne de séjour à l'hôpital a été divisée par deux au cours des vingt-cinq dernières années sans aucun incitatif financier. Chacun ne peut que se réjouir de ce résultat. Mais il n'est pas sans conséquence sur le « contenu » des séjours hospitaliers d'autant plus que cette tendance progressive est méconnue dans ses impacts.

Les patients restant en hospitalisation conventionnelle sont essentiellement ceux qui n'ont pas été éligibles à l'ambulatoire du fait de la complexité de leur pathologie, de leurs comorbidités sociales notamment en termes d'autonomie ou nécessitant des soins urgents.

4.2.1 *Qui sont les professionnels impactés par la densification des soins ?*

Mieux vaudrait citer les professionnels épargnés ! Car tout le monde est concerné : les infirmiers, les aides-soignants, les agents des services hospitaliers, les secrétaires, les assistantes sociales, les cadres, les praticiens et internes, les agents administratifs et les équipes logistiques.

La réfection des chambres, plus fréquente, doit être réalisée dans des délais plus courts. Les aides à la toilette, au lever et au repas sont plus nombreuses du fait du niveau de dépendance des patients. Les soins quotidiens au patient sont condensés sur un espace-temps plus court. L'étude des dossiers des patients est plus complexe et la visite plus longue, faisant plus intervenir des examens complémentaires et des avis spécialisés. Les fonctions transversales (kinésithérapeutes, diététiciens, psychomotriciens, etc.) sont sursollicitées. La rotation des commandes augmente car les réserves ne sont plus adaptées à la rotation des patients. Une symphonie des « plus » ... Tout ceci n'est pas sans conséquence sur la charge de travail quotidienne.

4.2.2 *Quelles sont les méthodes d'approche de la charge en soins ?*

Il y en a de multiples comme les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS), le Programme Recherche Nursing (PRN), etc. Pour certains, la charge de travail médicale peut être approchée par la mesure de l'indice de coût relatif (ICR), indicateur contesté et inadapté à de nombreuses disciplines. Mais au-delà des méthodes, l'important est de réfléchir au préalable en équipe sur la façon d'évaluer la charge en soins en fonction des spécificités du service ou de l'unité. L'approche par la formalisation de parcours patients ou de chemins cliniques par type de pathologie est l'une des plus porteuses de sens.

Parmi les nombreux critères d'approche de l'appréciation de la charge de travail par jour, citons le nombre :

- D'entrées et de sorties (réfection de chambres, anticipation de la recherche d'aval, organisation du flux, comptes rendus, lettres de sortie, passage aux admissions, information du patient et des familles, etc.) ;
- D'aides au patient non autonome ;
- De pansements complexes et de soins techniques ;
- De patients désorientés déambulant dans les services non adaptés ;
- Etc.

Aucun critère n'est significatif isolément mais l'analyse de leur évolution et leur croisement permet de se faire une idée de l'évolution de la charge de travail.

4.2.3 Adapter le dimensionnement des effectifs aux besoins de la nouvelle unité

Le dimensionnement des effectifs nécessaires au fonctionnement d'une unité mutualisée diffère de celui d'une unité mono disciplinaire. Il faut prendre en compte non seulement la densification des soins mais aussi les impacts de la mutualisation sur les organisations du travail. Comme pour toute unité de soins, il ne pourra jamais exister de « norme » standard d'effectifs médicaux ou soignants par lit : la charge de travail de chacun n'est pas seulement dépendante du nombre de lits mais plutôt du « contenu » de chaque lit et de la qualité de la coordination des intervenants auprès du patient. Elle dépend également de l'organisation afférente aux soins : commande des médicaments réalisés par l'équipe de pharmacie ou par les infirmiers du service, bio nettoyage externalisé ou agents de service faisant partie de l'équipe, etc. Mais les outils de dimensionnement des effectifs restent les mêmes. Une mise en œuvre collective de ces outils en renforce la légitimité auprès des professionnels et facilite un dialogue de gestion sincère avec les équipes de direction.

5 Pour résumer

Le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital et le travail des équipes médico-soignantes hospitalières pour ajuster les durées de séjour au besoin du patient ont pour objectif prioritaire d'améliorer la qualité des soins. Mises en œuvre par des professionnels convaincus et non contraints, ces orientations transforment la physionomie des prises en charge hospitalières : le soin de qualité peut s'affranchir d'un long séjour hospitalier.

À activité égale, ces évolutions de prises en charge nécessitent moins de lits. Néanmoins elles doivent conduire à une redistribution des capacités d'hospitalisation pour recentrer les services spécialisés sur leur cœur de métier et ajuster l'offre en lits d'une spécialité aux besoins de cette dernière. Ce redéploiement des lits doit permettre également d'accueillir de façon plus pertinente les patients post-urgences notamment poly pathologiques.

Cette transformation de l'offre hospitalière porte des défis nouveaux pour les professionnels tels que les besoins de coordination et de programmation, la mutualisation des lits, le développement des poly compétences et la densification des soins. Des sujets qui mettent en cohérence l'amélioration de la qualité de prise en charge et l'efficience médico-économique des structures hospitalières.

Glossaire

AEP : Appropriateness Evaluation Protocol
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CMD : Catégorie majeure de diagnostic
CME : Commission médicale d'établissement
CSIMRT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
DA : Diagnostic associé
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMS : Durée moyenne de séjour
DP : Diagnostic principal
DPS : Durée prévisionnelle de séjour
GHM : Groupe homogène de malades
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GHS : Groupe homogène de séjour
HAS : Haute autorité de santé
HC : Hospitalisation conventionnelle
HDJ : Hôpital de jour
HDS : Hôpital de semaine
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IPCA : Indice de performance de la chirurgie ambulatoire
IPDMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour
IRM : Imagerie par résonance magnétique
PECI : Prises en charge intermédiaires
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
RAAC : Réhabilitation améliorée après chirurgie
SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UCA : Unité de chirurgie ambulatoire
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
UCAA : Unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires
UMCA : Unité de médecine et de chirurgie ambulatoires

Remerciements

L'ANAP tient à remercier, pour leur engagement dans la réflexion ayant conduit à la rédaction du présent travail,

Les équipes des établissements suivants :

- Centre Hospitalier Bretagne Atlantique - Vannes
- Centre Hospitalier d'Albi
- Centre Hospitalier d'Arras
- Centre Hospitalier de Pays de Ploërmel
- Centre Hospitalier de Saint-Denis
- Centre Hospitalier de Versailles - Le Chesnay
- Centre Hospitalier Départemental de Vendée - La Roche sur Yon
- Centre Hospitalier du Mans
- Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille
- Centre Hospitalier Sud Francilien - Evry
- Centre Hospitalier Universitaire de Caen
- Centre Hospitalier Universitaire de Nice
- Centre Médico-Chirurgical et de Réadaptation des Massues - Lyon
- Clinique Jean Le Bon - Dax
- Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon - Paris
- Hôpital Avicenne - Bobigny
- Hôpital d'Instruction des Armées de BEGIN - Saint Mandé
- Hôpital Louis Mourier - Colombe
- Institut de Cancérologie de Lorraine - Vandoeuvre les Nancy
- Polyclinique de la Clarence - Divion

Les relecteurs du premier manuscrit :

- Dr. D. Balzach (CH Bretagne Atlantique)
- Pierre Bertrand (CH Arras)
- Dr. J.M. Bereder (CHU de Nice)
- Dr. C. Godreuil (HIA Begin)
- Dr. M.A. Khuong (CH de Saint Denis)
- J.M. Lignel (CHU de Nantes)
- A.G. Paul (CHU de Nice)
- S. Moracchini (HIA Begin)

Auteurs

- Fabienne BOUSREZ
- Sylvie COTTIN
- Stanislas JOHANET
- Carine PITRAT-HASSAN