

DÉVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE : LES LIMITES DES POLITIQUES INCITATIVES

À travers l'exemple de la chirurgie ambulatoire, cet article a pour ambition d'illustrer les difficultés liées à la mise en œuvre des décisions de santé publique. En l'absence de réflexion sur la cohérence des messages, sur le comportement des patients, sur l'impact des décisions et sur leur appropriation à tous les niveaux opérationnels, une décision – fût-elle jugée stratégique par les autorités de santé – risque fort de ne pas être mise en œuvre rapidement. Les auteurs montrent comment, à l'inverse, le développement de la chirurgie ambulatoire peut résulter d'initiatives prises par des acteurs de terrain, indépendamment des incitations mises en place au niveau national.

par **François ENGEL**, Professeur à l'École des Mines de Paris, Centre de Gestion Scientifique, et les Docteurs **Maxime CAUTERMAN** et **Ayden TAJAHMADY** (Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers) (*)

Par chirurgie ambulatoire, on désigne la réalisation d'interventions chirurgicales, avec anesthésies locales ou générales, sur des patients arrivant à l'hôpital et repartant vers leur domicile le jour même. Il s'agit d'actes équivalents, par leur nature, à ceux habituellement effectués dans le cadre d'une hospitalisation classique (1), aussi a-t-on coutume de dire que ce n'est pas l'acte qui est éligible à l'ambulatoire, mais bien le patient lui-même.

La chirurgie ambulatoire a commencé à se développer dans les années 80 et elle a connu une croissance rapide dans beaucoup de pays, en particulier aux États-Unis. En France, le développement de la chirurgie ambulatoire est un objectif affiché du régulateur (le ministère de la Santé) et du payeur (la Sécurité Sociale), depuis les années 1990. Pourtant, en dépit du retard de notre pays par rapport aux autres pays de l'OCDE dans ce domaine et malgré différentes mesures prises à cet

effet, la croissance des taux de prise en charge ambulatoire a été plus lente que souhaité, en particulier dans les établissements publics de santé.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet état de fait. La multiplicité des acteurs intervenant dans ce champ ainsi que la complexité des messages incitatifs ont rendu ceux-ci difficilement audibles au niveau du terrain. La concomitance avec des réformes importantes du système hospitalier a complexifié l'environnement et en a rendu les conséquences très incertaines. En

(*) Les Docteurs Maxime CAUTERMAN et Ayden TAJAHMADY sont membres de la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, organisme public qui a pour objet de promouvoir concrètement, par des moyens originaux, le progrès dans l'organisation hospitalière. François ENGEL est un chercheur en gestion qui intervient en appui méthodologique auprès de cet organisme. (Ndlr)

(1) On exclut donc du champ de la chirurgie ambulatoire la chirurgie mineure, parfois appelée « bobologie ».



© Chris Steele-Perkins/MAGNUM PHOTOS

« Des patients arrivant et repartant vers leur domicile le jour même » (*Dans un couloir de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres*).

particulier, les incitations financières proposées pour favoriser le développement de l'ambulatoire ne ciblent pas nécessairement les acteurs pertinents. Enfin, l'attention insuffisante portée aux problématiques de terrain et de production a ralenti l'opérationnalisation des décisions de développement de l'ambulatoire.

L'UNANIMITÉ DES ACTEURS INSTITUTIONNELS DU SYSTÈME DE SANTÉ SUR L'URGENCE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Une des grandes priorités affichées très régulièrement depuis 1999 par les ministres de la Santé successifs, et Roselyne Bachelot n'y fait pas exception, c'est le développement de la chirurgie ambulatoire, présentée (entre autres choses) comme un moyen important de faire des économies, de satisfaire à un réel besoin d'une grande partie des patients et de sauver la chirurgie publique, condamnée à terme à se réduire à des spécialités de Centres Hospitaliers Universitaires orientées vers les cas les plus lourds et les techniques innovantes, face à la concurrence du privé.

Tous les acteurs institutionnels du système de santé reprennent cet objectif, pratiquement dans les mêmes termes, depuis des années: citons, en particulier, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des

Soins (DHOS) du ministère, les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), qui répercutent au niveau régional les directives de la DHOS, le principal payeur au niveau national, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), les fédérations hospitalières privées et publiques (FHF et FHP) et l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), qui, en principe, assure la promotion de cette pratique.

Citons, par exemple, le discours tenu par la CNAMTS dans cet extrait d'un texte publié en mars 2007, intitulé *Élargir la maîtrise médicalisée à l'hôpital – Le plan d'action 2007*:

« On constate en effet en France un recours traditionnellement important à l'hospitalisation complète, aux dépens de la chirurgie ambulatoire. Ainsi, seulement 53 % des opérations de la cataracte et 36 % des arthroscopies du genou sont pratiquées en ambulatoire, alors qu'elles pourraient l'être à 85 %. On observe également une différence de pratiques entre le secteur public et le secteur privé sur l'ensemble des 18 gestes réalisables en chirurgie ambulatoire les plus fréquents: 33 % de ces actes sont réalisés en ambulatoire dans le public, contre 46 % pour le secteur privé. L'harmonisation de ces pratiques apparaît donc nécessaire... En 2003, la France était l'avant-dernier pays de l'OCDE en matière de développement de la chirurgie ambulatoire. Aux États-Unis, 94 % des actes chirurgicaux réalisables en ambulatoire étaient réalisés de cette manière, 61 % en

Allemagne et 78 % au Danemark, contre 40 %, seulement, en France».

DES AVANTAGES PRÉSENTÉS COMME ÉVIDENTS

Pour le payeur, les avantages de la chirurgie ambulatoire sont certains: le patient, restant moins de 12 heures dans une structure d'accueil et de soins dédiée (*a priori* plus légère qu'un service hospitalier classique), et l'acte chirurgical lui-même étant le même qu'en chirurgie conventionnelle (2), le patient va donc coûter moins cher à l'hôpital, et la Sécurité Sociale, en toute logique, va donc moins rémunérer cet acte (malgré les tarifs incitatifs mis en place, que nous verrons plus loin), dans le cadre du nouveau mode de financement des établissements publics et privés: la Tarification à l'Activité (T2A) (voir l'encadré 1, ci-après). Elle réalisera donc des économies sur les soins.

À partir d'études qu'elle a menées en 2004, la CNAMTS estime que, moyennant certains progrès organisationnels, 80 % des actes chirurgicaux réalisés en France pourraient l'être sous forme ambulatoire.

Une autre étude pilotée par l'Assurance Maladie, réalisée sur la période 2001-2003, s'est fixé pour objectifs d'évaluer le potentiel de substitution entre chirurgie classique et chirurgie ambulatoire, d'évaluer les dépenses occasionnées à l'Assurance Maladie par les deux types de prise en charge et de repérer les éventuels gains financiers susceptibles d'accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire. L'évaluation du potentiel de substitution a été effectuée sur dix-huit actes chirurgicaux emblématiques de ce potentiel, et ce, région par région, car les niveaux d'activité et les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire sont très dépendants de caractéristiques géographiques, démographiques et sociales locales. Les résultats indiquent, par exemple, qu'en Ile-de-France, le taux de chirurgie ambulatoire (pour l'opération de la cataracte) pourrait passer, d'un taux observé de 47 %, à 79 % et qu'en Alsace (pour l'arthroscopie du genou), le taux de 36 % actuellement constaté pourrait passer à 88 %.

Une évaluation du différentiel de coût pour l'Assurance Maladie, entre hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire, a par ailleurs été faite; elle a porté sur plus de 5 000 dossiers réels, à la fois dans le secteur public et le secteur privé, sur une période allant de trois semaines avant à deux mois après chaque intervention et, ce, pour cinq interventions choisies parmi les plus fréquemment pratiquées. Le

(2) Ce qui ne veut pas dire que les compétences du chirurgien soient nécessairement les mêmes, car la chirurgie ambulatoire peut modifier l'acte, à la marge, ou reposer sur des techniques d'anesthésie différentes.

(3) Pour plus de précisions sur l'évolution de la régulation en France et

LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

La T2A est l'aboutissement d'un processus de près de 25 ans, qui a vu progressivement évoluer le mode de financement des établissements hospitaliers publics et privés. Au début des années 80, il était décidé de décrire l'activité hospitalière de manière plus médicalisée: ce fut le lancement du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), directement inspiré de l'expérience américaine. En 1992, la DHOS décide de s'attaquer aux disparités interrégionales et inter-établissements en utilisant le PMSI pour calculer des coûts standardisés par grand type de pathologie (appelé Groupe Homogène de Malades – GHM), ces coûts servant de référence (3). En connaissant le *case-mix* d'un établissement (c'est-à-dire la répartition de son activité par GHM), on pouvait dire s'il était sur-doté, ou sous-doté, par rapport à sa région et par rapport au niveau national. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en tiraient les conséquences quant à l'évolution de son budget.

En 2004, la Loi de financement de la Sécurité Sociale et le Plan hôpital 2007 ont introduit, pour les établissements de santé publics et privés (4), une réforme du financement de l'offre de soins: la tarification à l'activité (T2A). Celle-ci consiste à rémunérer directement un établissement en fonction des activités de soins prodigués aux patients, sur la base des informations médicales issues du PMSI. À chaque groupe homogène de malades correspond un tarif national qui rémunère l'ensemble des soins et des traitements administrés au malade et ce, quelle que soit la durée de son séjour à l'hôpital.

Dans les établissements publics, la T2A remplace progressivement le système antérieur: la «dotation globale». En effet, la tarification à l'activité est passée de 10 % du budget en 2004, à 25 % en 2005, puis à 35 % en 2006 et, enfin, à 50 % en 2007, le reste étant financé en dotation complémentaire. Pour 2008, il a été décidé de passer à 100 %. Les missions d'intérêt général (recherche, enseignement, innovation, lutte contre la précarité) restent toutefois financées par dotation.

Dans les établissements privés à but lucratif, la tarification à l'activité représente déjà 100 % du financement et, ce, depuis le 1^{er} mars 2005.

différentiel va, selon les actes, de 7 à 26 % (pour le privé) et de 25 à 51 % (pour le public). Ce différen-

sur le PMSI, voir F. ENGEL, F. KLETZ, J.C. MOISDON & D. TONNEAU, *La Démarche gestionnaire à l'hôpital – Le PMSI*. Éditions Seli Arslan, mars 2000.

(4) À l'exception de la psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation, et du long séjour.

tiel est dû essentiellement à l'hospitalisation. Les résultats de cette étude ont ensuite été extrapolés à l'ensemble des séjours privés et publics éligibles à la chirurgie ambulatoire de 2001, pour les cinq actes chirurgicaux retenus (5). L'économie globale a été estimée à un peu plus de 100 millions d'euros, alors même que l'on a retenu seulement cinq des dix-huit actes de l'étude précédente et que l'on estime que ces dix-huit actes ne représentent eux-mêmes que la moitié des actes reconnus par les experts comme relevant de la chirurgie ambulatoire.

chirurgie ambulatoire, si celle-ci leur avait été proposée. La conclusion de l'étude fut donc « *qu'une information auprès des patients pour les sensibiliser à la chirurgie ambulatoire et à ses avantages (devait) être menée pour favoriser son développement.* »

Si l'on exclut les cas de patients isolés, ne pouvant ni se faire accompagner ni se faire surveiller pendant la nuit postopératoire, habitant loin ou encore incapables de comprendre les règles à observer avant et après l'intervention, la chirurgie ambulatoire présente *a priori* l'avantage de supprimer presque complète-



« Supprimer presque complètement le séjour hospitalier ». Félix Vallotton, *La Malade*, 1892 (collection particulière).

Pour les patients, une enquête téléphonique a été effectuée, en 2001 également, par l'Assurance Maladie auprès d'un échantillon représentatif. Cette enquête a montré qu'en cas de « séjour » ambulatoire et ce, quel que soit l'acte, les patients se déclaraient satisfaits de ce mode de prise en charge dans plus de 90 % des cas. Mais, concernant ceux qui ont été hospitalisés de manière classique, de 22 à 58 % d'entre eux (selon l'acte considéré) ont déclaré qu'ils auraient refusé la

ment le séjour hospitalier, source potentielle de stress, d'attente et de maladies nosocomiales. Mais l'enquête montre bien que les patients ont besoin d'être clairement informés sur le nouveau dispositif, sur ce qu'ils doivent faire et ne pas faire avant de venir à l'hôpital ou à la clinique; ils ont besoin d'être rassurés sur la possibilité de disposer d'antalgiques (en cas de douleurs) et de numéros de téléphone à appeler (en cas de complication imprévue).

(5) Le volume de séjours éligibles a été déterminé grâce à l'étude sur le potentiel de substitution, évoquée plus haut. Ce potentiel de substitution tient compte des contre-indications (de nature médicale et psychosocio-environnementale) à la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire.

Pour la plupart des établissements, le développement de la chirurgie ambulatoire semble être une nécessité, non seulement en termes d'image (il faut pouvoir proposer ce « produit » aux patients qui le souhaitent,

faute de quoi, ils iront ailleurs), mais aussi de maintien de leur position concurrentielle, et peut-être, dans certains cas, de survie de l'activité de chirurgie programmée (6).

Une étude de la CNAMTS, fondée sur l'analyse de 1,5 million d'interventions chirurgicales réalisées entre 1999 et 2001 dans vingt régions, conclut à l'existence d'une relation (7) entre le développement de la chirurgie ambulatoire et l'évolution des parts de marché de la chirurgie programmée. Selon cette étude, «... une structure qui n'a pas développé l'ambulatoire alors qu'elle en possède le potentiel, est une anomalie qui met en jeu à court et moyen termes sa survie chirurgicale... Le marché de la santé, pour ce qui concerne la chirurgie (programmée), apparaît de plus en plus comme un marché avec une position dominante du secteur privé sur les interventions chirurgicales les plus fréquentes. Une situation de monopole du secteur privé se met en place, avec le risque d'une disparition de la chirurgie programmée dans le secteur public».

Notons toutefois que, si les responsables d'établissement ont conscience des risques qu'ils encourraient s'ils ne développaient pas l'offre en chirurgie ambulatoire, ils ont aussi des craintes en ce qui concerne les conséquences financières potentielles, au moins à court terme, du développement de la chirurgie ambulatoire : il existe, en effet, un risque de perte de recettes et de diminution de la marge, en l'absence de nouveaux recrutements de patients en hospitalisation classique permettant de faire face à la substitution d'une pratique à l'autre, ou en l'absence de redéploiement des moyens. Nous verrons que ces craintes ne sont pas faciles à dissiper.

Pour les chirurgiens, deux attitudes doivent être distinguées : il n'y a pas d'état d'âme face au développement de la chirurgie ambulatoire chez ceux du privé, sachant qu'ils sont rémunérés à l'acte et que tout ce qui favorise un accroissement de leur activité, grâce à une meilleure utilisation des structures d'accueil des patients, va, à leurs yeux, dans le bon sens. Il en va tout autrement, en revanche, pour les chirurgiens du secteur public. Leur attachement à leur service d'hospitalisation classique, à sa taille mesurée en nombre de lits, à son activité mesurée en nombre de séjours, fait qu'ils sont moins sensibles aux arguments stratégiques de part de marché qu'à ceux de risque de perte de lits (en cas de substitution) et de budget, et donc de prestige et de « pouvoir » apparent dans l'établissement. Par ailleurs, il est clair que la chirurgie ambulatoire implique pour eux des changements de pratiques (même s'il s'agit *a priori* d'actes assez semblables) et des contraintes en termes d'organisation de leur temps. Il en va de même pour leurs collègues anesthésistes-réanimateurs. On devine que c'est là qu'il faut

rechercher la raison principale de la relative lenteur du développement de la chirurgie ambulatoire que l'on peut constater dans les faits, au-delà des intentions et des discours mobilisateurs des grandes institutions, qu'il s'agisse du payeur ou du régulateur.

Ajoutons que, pour l'ensemble des professionnels concernés, personnel non médical compris, l'appropriation des concepts de la chirurgie ambulatoire impose de passer de la maîtrise individuelle d'un geste à la maîtrise d'un processus collectif en flux tendu, avec les contraintes temporelles qui lui sont liées et qui doivent être prises en compte de manière coordonnée par des personnels aux fonctions et aux lieux d'intervention variés (personnel de la structure d'accueil, anesthésistes, chirurgiens, infirmières de bloc opératoire, personnel de la salle de réveil, secrétaires, etc.).

Ainsi, à la certitude qui est celle du payeur de pouvoir réaliser des économies, font pendant, chez les producteurs (aux différents niveaux) des incertitudes et des remises en cause et, chez les patients, une certaine méfiance, résultant peut-être d'une information insuffisante. D'où la nécessité, *a priori*, d'incitatifs forts. Mais nous allons voir que ceux qui sont mis en œuvre par le régulateur ont, en fait, des effets très relatifs, et en tout cas plus lents que souhaité.

UN DÉVELOPPEMENT PLUS LENT QUE SOUHAITÉ

Le développement limité de la chirurgie ambulatoire contraste, en effet, avec l'impatience affichée par le payeur et le régulateur, comme en témoigne le schéma ci-après (figure 1), élaboré par la CNAMTS, qui retrace l'évolution, de 1999 à 2006, du taux de chirurgie ambulatoire pour les cinq actes chirurgicaux les plus fréquents en fonction du temps, tout en signalant diverses actions incitatrices tant du ministère de la Santé que de l'Assurance Maladie. Toutes ces actions ne sont pas faciles à interpréter, pour le lecteur non averti, mais on comprend que la croissance de l'activité ambulatoire est à peu près indépendante des actions de la DHOS, de la CNAMTS, de la Mission T2A et des divers décrets et projets de loi de financement de la sécurité sociale. Au bout de sept ans d'observation, on est toujours loin de l'objectif des 80 %.

DES DISCOURS ET DES INCITATIFS DIFFICILES À INTERPRÉTER AU NIVEAU LOCAL

Au niveau local, les intentions du régulateur sont mal perçues. Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé

(6) On parle de chirurgie programmée, par opposition à la chirurgie liée aux urgences.

(7) Notons que la relation est une corrélation statistique, qui n'établit pas, de fait, de lien direct de causalité.

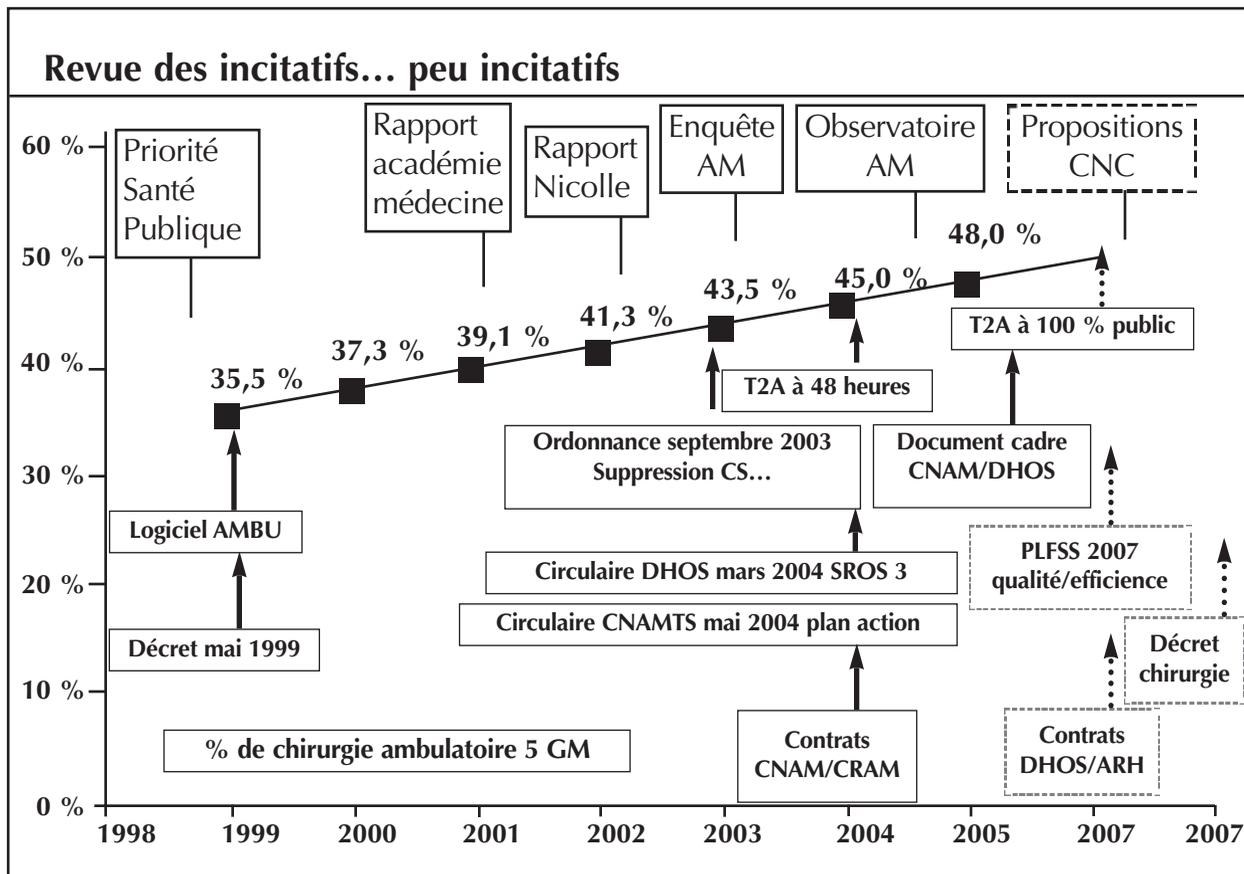


Figure 1

CNAMTS/Dr Gilles Bontemps
Journée régionale AECA 19 janvier 2007

(HAS) (8), le développement de la chirurgie ambulatoire a été motivé par des fermetures de lits du fait de contraintes financières (au Canada), par des incitatifs financiers (aux États-Unis) et par la volonté de réduire les files d'attente (au Royaume-Uni). En France, entre contrainte et incitation, le levier de la régulation n'est pas encore clairement établi et cela suscite de nombreuses discussions : d'un côté, il y a une volonté affichée et censée devenir contraignante (inscription d'objectifs de substitution dans la Loi Organique relative aux Lois de Finance (LOLF), déclinés entre l'État et les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), ainsi qu'entre les ARH et les établissements en relevant) et il y a, de l'autre côté, un discours mettant l'accent sur l'incitation mais accompagnant une politique tarifaire venant plutôt accroître l'incertitude des producteurs et n'incitant pas forcément l'acteur idoine.

En ce qui concerne la volonté d'afficher des objectifs, il faut reconnaître qu'elle a du mal à s'exprimer de manière précise, et donc d'autant plus de mal à demeurer lisible au bout de la chaîne de régulation : État – ARH – établissements – professionnels.

Au niveau de la LOLF, l'indicateur lié à l'objectif « optimiser le pilotage de l'offre de soins » est le taux d'atteinte des objectifs nationaux quantifiés figurant

dans les contrats passés entre l'État et les Agences régionales de l'hospitalisation. Le ministère des Finances précise que « L'État passe actuellement des conventions triennales avec les ARH, dans le but de cadrer leur activité par des objectifs communs à chacune d'entre elles et des objectifs spécifiques propres à la situation sanitaire de chaque région. Il est donc apparu possible de relier les dotations versées aux ARH par l'État à l'atteinte globale des objectifs nationaux qui leur sont assignés par le moyen d'un indicateur global mesurant le taux d'atteinte de l'ensemble de ces objectifs, lorsque ceux-ci sont quantifiables ».

Cet indicateur global est composé de cinq « sous-indicateurs », chacun étant affecté d'un poids relatif identique. La valeur de départ est égale à 0, par convention, et la valeur cible, à l'horizon des trois ans, est de 100 % (9). Ces sous-indicateurs visent les objectifs suivants :

- Assurer la régulation régionale de l'offre de soins ;
- Veiller à l'équilibre financier des établissements de santé ;
- Contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion interne des établissements de santé ;
- Favoriser l'efficacité des pratiques hospitalières ;
- Développer le dialogue social dans les régions.

(8) cf. le rapport ANAES : *La chirurgie ambulatoire*, juillet 1998.

(9) La critique de ce formalisme pourrait sans doute être faite, mais elle serait, ici, hors-sujet.

Ces diverses actions se déclinent elles-mêmes en sous-actions. Ainsi, à l'intérieur du sous-indicateur « Assurer la régulation régionale de l'offre de soins », on trouve, entre autres, dans la sous-action « Développer la chirurgie ambulatoire », l'objectif d'augmenter le taux de recours à la chirurgie ambulatoire pour cinq « gestes chirurgicaux marqueurs » (10). Or, il n'y a pas pour l'instant, à notre connaissance, d'objectif vraiment contraignant au niveau régional quant à l'augmentation du taux de recours à la chirurgie ambulatoire. Il en va ainsi, par exemple, du dernier Schéma Régional d'Offre de Soins (11) (SROS III) de Basse-Normandie, comme le montre cet extrait d'un document de la CRAM, daté de juin 2006 :

« Dans le cadre du SROS II, le taux cible à atteindre était le tiers de l'ensemble des interventions chirurgicales pour 8 gestes marqueurs (12). Trois secteurs sanitaires atteignaient le taux cible général, ce seuil était atteint aussi bien par le secteur public que par le secteur privé, mais 4 secteurs sanitaires n'atteignaient pas ce taux de 33 %. Le SROS III prend comme objectif le même objectif de 33 % pour la part ambulatoire de la chirurgie dans chaque établissement. Cet objectif général se traduit par de nouveaux objectifs spécifiques aux huit gestes marqueurs, avec atteinte des taux ciblés pour chaque geste, dans chaque territoire (et dans chaque établissement) ».

Qu'arrivera-t-il, si cet objectif n'est pas tenu globalement, ou même au niveau d'un établissement ? Cela contribuera-t-il vraiment à diminuer les ressources disponibles pour l'ARH et pour l'établissement en cause ? Il n'est pas sûr que beaucoup aient pour l'instant une vision très précise du jeu effectif entre un tel nombre de causalités.

En ce qui concerne la régulation et l'incitation par la politique tarifaire, le discours du ministère de la Santé est-il compris par les directions d'établissements et par les acteurs locaux du système de soins ? Ce n'est pas faute, pour le ministère, d'envoyer des messages qu'il souhaite incitatifs. Citons ainsi, par exemple, la circulaire du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé, dans laquelle le ministre précise :

« J'ai souhaité accélérer le processus de transition pour la chirurgie ambulatoire [...] Afin de favoriser le développement de cette modalité de prise en charge des patients, certaines prestations d'hospitalisation seront rémunérées à 100 % sur la base des tarifs nationaux (T2A) à compter du 1^{er} mars 2007 (au lieu de 50 %). Les cinq forfaits de "groupe homogène de séjour" (13), qui correspondent,

dans la plus grande partie des situations, à une prise en charge ambulatoire et qui représentent plus du quart des séjours de chirurgie de la catégorie majeure de diagnostic n° 24 (il s'agit des séjours de moins de 48 heures), seront facturés dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés (14) Le développement de la chirurgie ambulatoire est également encouragé par des mesures de modulation tarifaire, afin de rendre les prestations de chirurgie ambulatoire plus attractives, par comparaison avec l'hospitalisation complète. Dans ce but, il est prévu, dans l'arrêté tarifaire en préparation, un rapprochement des tarifs au sein de 15 couples de Groupes Homogènes de Malades (GHM) composés chacun d'un GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et d'un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours. Il a été décidé de réduire de 50 % l'écart des tarifs au sein de ces couples, pour les établissements antérieurement financés par dotation globale ».

On notera déjà que l'« incitation », prévue par la circulaire, consistant à faire passer à 100 % le taux de T2A pour certaines prestations a disparu *de facto* dès 2008, le taux de T2A ayant été porté partout de 50 % à 100 % par le nouveau gouvernement.

Sans doute le lecteur aura-t-il également le sentiment que la portée exacte de ces incitations tarifaires n'est pas facile à comprendre. Les établissements ont en fait rencontré la même difficulté à appréhender l'impact financier, à leur niveau, de ce qui se présentait comme un coup de pouce à la chirurgie ambulatoire. L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) a dû réaliser une analyse de cette circulaire budgétaire en construisant un modèle de simulation. La conclusion en a été que l'impact de la mesure pour 2007 a consisté en une augmentation de financement de 32 millions d'euros pour l'ambulatoire, mais en une diminution de financement pour la chirurgie classique de 19 millions d'euros, à répartition ambulatoire/hospitalisation constante, soit en un gain net de 13 millions d'euros. Ce gain passait à 16 millions d'euros dans l'hypothèse d'une augmentation de 10 % des activités ambulatoires par substitution. L'AFCA mettait à la disposition de ses adhérents un simulateur, qui leur permettait d'évaluer financièrement l'impact de ces mesures pour leur propre établissement.

On remarquera que ce gain est faible, par rapport au total des budgets de l'hospitalisation (60 milliards d'euros), mais le gain est toutefois bon à prendre, au niveau de la direction d'un établissement, d'autant

(10) Chirurgie de la cataracte, varices, arthroscopie du genou, extractions dentaires, adénoïdo-amygdalectomies.

(11) Un SROS élabore et quantifie les objectifs d'une ARH pour une période de cinq ans.

(12) Incluant les cinq gestes marqueurs de la LOLF.

(13) cf. les Groupes Homogènes de Malades (GHM), évoqués précédemment, devenus Groupes Homogènes de Séjour (GHS) dans la terminologie T2A.

(14) Par rapport aux cinq « gestes marqueurs » de la LOLF (voir note 9), ces cinq forfaits concernent, cette fois-ci : les interventions sur le cristallin, les drains transtympaniques, les ligatures de veines et les éveinages, les circoncisions et les libérations du canal carpien (et d'autres nerfs superficiels).

qu'il s'agit davantage d'une récompense pour ceux qui font déjà de la chirurgie ambulatoire que d'une véritable incitation à la développer par simple substitution. Nous verrons, plus loin, la difficulté qu'il y a à évaluer le coût, ou le gain, lié à une telle substitution.

Vers une « nouvelle gouvernance hospitalière » ?

Comment traduire ces tentatives d'incitation, à la fois en un discours vraiment mobilisateur pour les chirurgiens, et dans les actes, en matière de gestion ? En réalité, la T2A reste très opaque pour les médecins du secteur public et, pour tout dire, assez peu connue d'eux. Comme nous l'avons vu plus haut, ils sont beaucoup plus sensibles au risque de voir diminuer leur activité traditionnelle et leur nombre de lits (paramètres sur lesquels ils se sentent jugés) qu'aux recettes, encore très abstraites, que leur activité procure à l'hôpital (15).

La « nouvelle gouvernance hospitalière », lancée au début de 2004, pourrait faire évoluer leur comportement. Elle organise en effet les établissements en « pôles d'activité », pôles qui regroupent généralement un ensemble de services. Les responsables de ces pôles, praticiens de haut niveau, ont un contrat d'objectif et une large délégation de gestion : ils pourraient, de ce fait, davantage que les chefs de service et leurs médecins, être sensibilisés aux recettes. Mais on est encore loin d'en être là aujourd'hui, car la constitution des pôles, ainsi que la mise au point des doctrines et des procédures concrètes de leur gestion, ont pris du retard. Par ailleurs, le découpage des pôles, qui est laissé à l'initiative des établissements, ne regroupe pas nécessairement la chirurgie ambulatoire avec la chirurgie traditionnelle...

Même les directions des établissements ne savent pas très bien comment poser le problème de l'évaluation du gain (ou du coût) de la décision de développer leur chirurgie ambulatoire, car elles ne maîtrisent pas l'évolution du contexte institutionnel. La circulaire budgétaire évoquée ci-dessus n'est certainement pas la dernière et personne ne sait, notamment, si la T2A ira réellement jusqu'à représenter les 100 % du budget des établissements.

Le calcul du coût de décision, sur lequel le cabinet INEUM a travaillé en relation avec quatre établisse-

(15) Pour ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, la T2A est rendue encore plus abstraite pour les médecins par le fait qu'elle considère comme ambulatoires les séjours de moins de deux jours (c'est-à-dire comportant zéro ou une nuit), pour inciter les établissements à réduire la part des séjours compris entre un et deux jours, alors que la définition stricte de la chirurgie ambulatoire précise que le séjour du patient ne doit pas excéder 12 heures.

(16) Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques – « D'un exercice institutionnel à une démarche entrepreneuriale ». Avril 2005/décembre 2006 – Rapport MEAH.

ments, est très complexe et il dépend largement du contexte propre à ceux-ci : s'il y a substitution entre chirurgie classique et chirurgie ambulatoire, pourra-t-on remplir les lits ainsi libérés en recrutant de nouveaux patients (et comment ?), ou bien faudra-t-il effectivement réduire les moyens affectés à la chirurgie classique ?

Le raisonnement économique est, pour certains, si peu prégnant que dans un grand établissement public, le choix de la substitution vers la chirurgie ambulatoire, pourtant effectué en accord avec la direction, a porté sur un acte beaucoup moins rémunéré en ambulatoire qu'en traditionnel : en réalité, ce choix s'est fait sur des critères purement médicaux (l'intérêt pour les patients, et l'intérêt d'une innovation médicale pour les médecins).

Dès lors, la question reste posée, pour le régulateur, de trouver un moyen de « vendre » la chirurgie ambulatoire aux acteurs locaux autrement que par des discours et des incitations tarifaires, manifestement peu efficaces ?

Nous allons voir que l'on peut trouver un début de réponse à cette question dans les résultats d'un travail sur le développement de la chirurgie ambulatoire, effectué avec le concours de deux équipes de consultants dans huit établissements et piloté par les auteurs de cet article, dans le cadre de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) (16). On trouvera dans l'encadré 2 (ci-dessous) les principes de fonctionnement de celle-ci.

LA MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS (MEAH)

Créée en mai 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007 et rattachée au Ministère de la Santé (DHOS), cette Mission aide des établissements de santé volontaires (publics et privés) à améliorer leur organisation. Quinze personnes la composent, autour de deux pôles (le pôle pilote, chargé d'initier des thèmes, et le pôle déploiement, œuvrant à ce qu'un maximum d'établissements soient touchés). Financée par le Fonds de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés (FMESPP), la MEAH dispose d'un budget annuel d'audit de 13 millions d'euros pour aider les établissements de santé (tant publics que privés) à améliorer leur organisation.

Ses objectifs sont de faire émerger une meilleure organisation des activités, en termes :

- de qualité du service,
- d'efficacité économique,
- de conditions de travail.

Son action se fonde sur :

- des comparaisons systématiques entre établissements, notamment en fonction de certains critères quantitatifs,

- l'observation et la description des organisations, avec l'intervention de cabinets conseils,
 - l'accompagnement du changement (plan d'actions, groupes projet et tableaux de bord de suivi des paramètres clés),
 - le partage d'expériences, au moyen de réunions collectives périodiques et d'une large diffusion des résultats constatés sur les différents chantiers.
- Fin 2007, 447 établissements avaient travaillé avec la MAEH depuis sa création, en 2003.

LE SUCCÈS SUR LE TERRAIN D'UNITÉS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE FONCTIONNANT COMME DES PETITES ENTREPRISES

Le chantier chirurgie ambulatoire de la MEAH, évoqué précédemment, réunissait des établissements qui en étaient à des stades très divers dans le développement de cette activité. Certains avaient déjà une Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) active et performante, tout en souhaitant encore s'améliorer, d'autres avaient créé récemment une UCA, mais cherchaient les moyens de développer une activité jugée encore insuffisante par rapport aux moyens mis en place, d'autres encore, enfin, voulaient profiter de l'expérience des autres pour le lancement programmé de leur UCA. Le chantier poursuivait ainsi deux objectifs, en parallèle : aider les sites à développer leur chirurgie ambulatoire, et améliorer l'organisation des structures existantes qui y étaient consacrées, dans le but d'accroître leur efficacité et la qualité de la prise en charge des patients. Ces objectifs furent décomposés en six axes, eux-mêmes déclinés en diverses actions possibles :

- renforcer le pilotage de l'activité ;
- développer l'activité de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (y figurent les actions de « conviction », propres à lever un certain nombre de blocages formulés par les équipes chirurgicales et d'anesthésie) ;
- améliorer l'organisation du circuit suivi par le patient ;
- améliorer l'organisation de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (rédaction de fiches de poste, gestion documentaire...) ;
- améliorer l'organisation de la prise en charge ambulatoire au bloc opératoire et à la SSPI (Section de Surveillance Post-Interventionnelle) ;
- améliorer l'utilisation de l'architecture existante. À titre d'exemple, on trouvera dans l'encadré 3, ci-après, un extrait de la liste de la quarantaine d'actions, très concrètes, relatives à l'axe « améliorer l'organisation du circuit suivi par le patient ».

Après une phase de diagnostic, menée avec l'aide du consultant, chaque établissement a élaboré un « plan d'actions » reprenant certaines des actions évoquées

ACTIONS RELATIVES À L'AXE « AMÉLIORER L'ORGANISATION DU CIRCUIT SUIVI PAR LE PATIENT »

- ◆ Améliorer le partage de l'information consultations/UCA/Bloc,
- ◆ Renforcer l'information du patient, en confiant ce rôle à une infirmière diplômée d'État, plutôt qu'à un médecin ou à une secrétaire médicale,
- ◆ Mettre en place un appel téléphonique systématique des patients à la veille de leur intervention (ciblé, ou systématique), en en définissant les modalités et la teneur,
- ◆ Définir sur quels critères certains patients seront ainsi appelés, et d'autres non,
- ◆ Faire arriver les patients dans l'établissement de façon échelonnée,
- ◆ Être capable d'accueillir des patients tout au long de la journée et ce, tous les jours de la semaine,
- ◆ Protocoliser la prémédication et la prise en charge de la douleur,
- ◆ Améliorer les conditions du transport des patients de l'UCA vers le bloc opératoire,
- ◆ Analyser l'opportunité de mettre en place des circuits différenciés entre anesthésies générales et anesthésies locales,
- ◆ Éviter le croisement des flux de patients entrant à l'UCA et en repartant,
- ◆ Limiter le nombre de transferts des patients, grâce à l'utilisation de lits-brancards,
- ◆ Protocoliser la sortie de la personne opérée : qui signe la feuille d'« aptitude à la rue », et quand ?
- ◆ Utiliser des scores de cotation pour permettre aux infirmières d'évaluer l'« aptitude à la rue »,
- ◆ Confier systématiquement au patient un Compte Rendu Opératoire (CRO), au moment de sa sortie de l'établissement,
- ◆ Améliorer la circulation des documents, en créant un point de signature du CRO, par le chirurgien, dans le sas du bloc opératoire,
- ◆ Remettre aux patients un document comportant les recommandations postopératoires spécifiques à l'ambulatoire,
- ◆ Développer des partenariats avec la ville (Soins Infirmiers A Domicile – SIAD – et Hospitalisation A domicile – HAD –, pour les suites de soins),
- ◆ Mettre en place un appel téléphonique des opérés au lendemain de l'intervention, ciblé ou systématique (modalités, et contenu),
- ◆ Programmer le rendez-vous d'anesthésie dès la pose de l'indication par le chirurgien (le patient repart avec son rendez-vous d'anesthésie),
- ◆ Élaborer une procédure permettant d'apporter des réponses adaptées aux appels téléphoniques post-opératoires des patients.

dans l'encadré 3. Ces plans d'actions ont été ensuite mis en œuvre, plus ou moins complètement, en utilisant des outils de gestion de projet instaurés par les consultants, outils au demeurant assez traditionnels: planning, comités de pilotage et groupes projet périodiques, instruments de suivi de l'avancement des actions, tableaux de bord des performances obtenues...

Pour les six sites dont le fonctionnement de l'UCA a pu être effectivement observé sur la durée de ce chantier, il a été objectivement constaté que les plans d'actions mis en œuvre ont généralement apporté de réelles améliorations, en termes de développement d'activité et de réduction des dysfonctionnements. Ces derniers étaient suivis grâce à des paramètres simples: taux de déprogrammation, taux de conversion en hospitalisations de plus d'un jour, diminution du taux d'ambulatoire dit « forain » (il s'agit de l'ambulatoire réalisé dans les services conventionnels, sans bénéficier d'un accueil à l'UCA, structure *ad hoc*, en principe plus performante pour gérer l'itinéraire très particulier des patients concernés) (17).

Au-delà de ces résultats, intéressants en eux-mêmes, des conclusions générales ont pu être retirées du chantier quant aux conditions dans lesquelles on peut observer un développement de la Chirurgie Ambulatoire. Outre la méthodologie mise en œuvre par la MEAH et par les consultants, gage évident d'un travail organisé, les raisons des succès obtenus doivent, en effet, beaucoup aux caractéristiques des personnes en charge de ces projets, à leur engagement personnel et au partage judicieux des tâches entre les principaux acteurs. On observe que l'UCA fonctionne harmonieusement et remplit bien les objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire quand elle ressemble à une petite entreprise au sein du grand établissement, avec un « entrepreneur » ambitieux et mobilisateur (le responsable médical de l'unité) et un « responsable de la production » doté d'outils de suivi de l'activité performants (le cadre de l'UCA). On verra aussi que le rôle de soutien assuré par la direction de l'établissement est très important. Décrivons ce modèle idéal-typique de fonctionnement, tiré de l'analyse des six sites observés.

Le responsable médical de l'UCA (un chirurgien, ou un anesthésiste) est donc ici l'entrepreneur. Son objectif principal est la croissance de l'activité de son unité, parce qu'il est convaincu du bien-fondé qu'il y a à proposer aux patients ce mode de prise en charge et de « coller » aux perspectives de développement, inscrites dans le projet (et ayant déclenché l'investis-

sement). Il possède la capacité d'identifier et de mobiliser des potentiels de développement en emportant la conviction de ses collègues, d'entraîner une équipe soignante dans une nouvelle activité et de gérer les relations avec la direction dans le cadre du développement d'une activité nouvelle, avec les risques financiers que cela représente...

Il se livre à un véritable « lobbying » auprès des décideurs et des faiseurs d'opinion en identifiant les éléments de blocage, réels ou ressentis, et il communique de manière personnalisée en direction de l'ensemble des acteurs (sans oublier les secrétaires médicales et les cadres des services de chirurgie).

Il réalise un suivi prospectif du « marché interne » (Comment convaincre les réfractaires à ce mode de pratique? Comment saisir de nouvelles opportunités?), ainsi que de la croissance de l'activité (À quel rythme les différents potentiels de développement sont-ils mobilisés? L'activité confiée à l'UCA correspond-elle bien à de la chirurgie qualifiée? Cette activité croît-elle harmonieusement? L'organisation existante permet-elle de faire face à cette croissance?)

Certains responsables d'UCA fournissent ainsi aux autres services des statistiques régulières (activité en volume, description des symptômes postopératoires décrits par les patients durant l'appel téléphonique effectué à J + 1 par l'unité...), et ils questionnent de façon régulière les chirurgiens sur leur satisfaction.

Tout cela peut paraître trivial, mais il faut souligner que, ce faisant, le responsable de l'UCA acquiert une stature: il se place dans une position différente de celle pour laquelle il a été formé, et qu'il n'est pas toujours facile de concilier avec les caractéristiques habituelles régissant les relations entre médecins dans un établissement (confraternité, respect de la hiérarchie hospitalo-universitaire, notamment). En particulier, il voit, dans sa responsabilité au sein de l'UCA, une opportunité de faire évoluer sa carrière, en cas de succès.

Le cadre de santé de l'UCA est, quant à lui, le gestionnaire, le chef de l'« unité de production ». Son rôle est d'avoir la maîtrise du processus de production (à savoir, principalement, du circuit patient, qu'il faut en général reconcevoir entièrement quand on crée une UCA). À ce titre, il s'assure que les ressources dont dispose l'unité sont en rapport avec l'activité générée, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas, et que chacune des étapes est correctement dimensionnée par rapport aux autres... Il dispose d'outils permettant d'analyser les différents temps de parcours des patients, de combiner les prises en charge, de façon à assurer plusieurs passages dans une même journée sur une même place, et d'évaluer la qualité générale du processus. Le cadre de l'UCA contribue aussi à expliquer les avantages et les contraintes de son unité aux cadres des

(17) C'est ainsi que, sur ces six établissements:
 - 4 ont augmenté leur part d'activité chirurgicale réalisée en ambulatoire;
 - 4 ont diminué leur part d'ambulatoire forain;
 - 5 ont diminué leur taux de déprogrammation;
 - 4 ont diminué leur taux de transformation en hospitalisation complète.

autres unités (la chirurgie classique, le bloc opératoire, les consultations) et aux secrétaires médicales, qui sont autant d'acteurs fortement impliqués dans la décision finale de confier – ou non – un patient à l'Unité de Chirurgie Ambulatoire.

Le directeur d'établissement. Encore trop souvent, les directeurs affirment l'objectif de développer la chirurgie ambulatoire en reproduisant le discours officiel et en décidant d'investir dans une UCA, ce qui est loin de suffire à emporter les convictions, comme nous l'avons vu. Dans le modèle décrit, le directeur a pour rôle essentiel de soutenir et d'encourager les démarches visant à faire évoluer les pratiques professionnelles (telles que des visites d'établissements et d'équipes de référence, l'homogénéisation des pratiques d'anesthésie, des formations...). Paradoxalement, il ne cherche pas, pour l'instant, à promouvoir une meilleure compréhension de l'environnement institutionnel, ni une plus grande communication sur les conséquences financières du développement de l'ambulatoire, en raison du peu d'impact actuel de ces arguments vis-à-vis des médecins et des incertitudes qui subsistent sur l'environnement institutionnel et l'application de la T2A.

En outre, et c'est là un point très important, il est très vigilant sur le dimensionnement des ressources engagées, car :

- les volumes d'activité annoncés ou identifiés comme potentiellement substituables prennent du temps à être mobilisés ;
- une unité mal dimensionnée peut avoir de nombreux impacts négatifs (mauvaises habitudes organisationnelles, crispation du dialogue entre, d'un côté, la direction et, de l'autre, les équipes médicales et soignantes, devant une opération non équilibrée...);
- enfin, un dialogue renforcé avec les responsables de l'UCA est nécessaire pour s'assurer du respect du rythme de croissance de l'activité, tel qu'il a été défini dans le projet initial.

CONCLUSION : DIFFUSER LES « BONNES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES » ; NE PAS SE POLARISER SUR LES INCERTITUDES INSTITUTIONNELLES

L'observation de terrain montre donc qu'il y a des endroits où le modèle de « la petite entreprise » UCA marche bien, mais que cela a peu à voir avec les injonctions institutionnelles. Les institutions sont peut-être dans leur rôle, lorsqu'elles définissent des objectifs et lorsqu'elles essaient de créer de nouveaux incitatifs, mais il est clair que cela ne suffit pas à créer la dynamique du développement de la chirurgie ambulatoire. Cette dynamique repose sur un autre moteur : la conjugaison harmonieuse de comportements individuels, selon un modèle – décalé par rapport au fonctionnement standard de l'organisation hospitalière –, que nous nous sommes efforcés de caractériser.

Cet article montre en tout état de cause la grande distance existant, dans le domaine de la santé, entre les incitatifs économiques et le comportement réel des acteurs de terrain. Le chantier de la MEAH a d'ailleurs aussi suggéré qu'en complexifiant les incitatifs et les messages, les pouvoirs publics ont entraîné un déplacement de l'utilisation de leur énergie par les acteurs de terrain (y compris leurs représentants et leurs sociétés savantes), de la compréhension et de l'assimilation des évolutions de leur métier vers les évolutions de l'environnement institutionnel de celui-ci, avec un effet peut-être contreproductif.

De quelle manière le ministère de la Santé peut-il, dès lors, tirer parti de ces constats pour promouvoir la chirurgie ambulatoire ? Sans doute moins en renforçant les incitatifs qu'en faisant connaître les réussites existantes, qu'en diffusant les bonnes pratiques organisationnelles (BPO) déjà dégagées, et enfin, qu'en organisant des rencontres entre chirurgiens, pour informer ceux d'entre eux qui sont inquiets et réticents, grâce aux conseils apportés par des collègues experts en chirurgie ambulatoire dans leur domaine de spécialisation. ■