



EHESP

Elève directeur d'hôpital

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **décembre 2014**

**Le virage ambulatoire au CHU de
Nantes : une orientation stratégique
moteur de sa recomposition
capacitaire**

**Analyse des méthodes d'accompagnement du
changement à l'échelle d'un pôle hospitalo-
universitaire du CHU de Nantes**

Yann LUCAS

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels qui ont contribué à étayer ma réflexion et mes recherches par leurs connaissances, leur expérience et leur patience, en particulier :

Luc-Olivier Machon, directeur de la plateforme 3 avec qui j'ai pu beaucoup échanger sur les projets de recomposition capacitaire et d'aval notamment, ainsi que Régis Caillaud, directeur des soins de la plateforme ;

Martine Macé, directrice de la plateforme 5, en charge du dossier PTMC avec qui j'ai pu m'entretenir sur les questions complexes d'organisation de bloc opératoire, et Marie-Renée Padellec, en qualité de directrice des soins de la plateforme et en charge du projet ambulatoire ;

Jean-Claude Vallée, coordonnateur général des soins, qui m'a permis d'entrevoir les logiques complexes de l'organisation des soins et de convergences des organisations médico-soignantes ;

Sophie Douté, directrice du pilotage Activité-Ressources, qui m'a ouvert les portes du dialogue de gestion et de la contractualisation interne ;

Ariane Benard, directrice du Pôle Personnel et Relations Sociales et Romain Percot, en charge de l'emploi, qui m'ont transmis une quantité importante de matière au sujet de la recomposition capacitaire et de sa mise en œuvre ;

Muriel Legendre, directrice de la plateforme 2, pour m'avoir intégré au sein du projet du parcours du patient âgé.

Je tiens également à remercier Christiane Coudrier et Philippe Sudreau, directeurs généraux successifs du CHU de Nantes, pour la qualité de leur accueil.

Un remerciement tout particulier à Hubert Jaspard, directeur général adjoint, mon maître de stage, pour m'avoir permis d'envisager comme sujet de mémoire ce thème passionnant.

Merci enfin à Frédéric Kletz, enseignement-chercheur à l'Ecole nationale supérieure de Mines, qui a dirigé mon mémoire, et m'a apporté conseils et méthode.

Sommaire

Introduction	1
1 Le virage ambulatoire au CHU de Nantes : une orientation stratégique prioritaire encourageant une réflexion sur ses organisations de soins.....	5
1.1 La démarche volontariste des pouvoirs publics d'engager le développement de la chirurgie ambulatoire en France	6
1.2 Un environnement local concurrentiel, incitatif à combler le retard du CHU de Nantes	11
1.3 L'ouverture du nouveau Plateau Technique Médico-Chirurgical (PTMC), projet fédérateur du virage ambulatoire	16
1.4 L'impact du virage ambulatoire sur le dimensionnement capacitaire du CHU de Nantes	18
2 La mise en œuvre de la recomposition capacitaire au sein d'un pôle hospitalo-universitaire : l'opportunité d'une réflexion globale de la prise en charge du patient autour d'une logique de parcours	23
2.1 L'opportunité de redimensionner les unités de soins et de mettre en œuvre de nouveaux projets de prise en charge au sein du PHU.....	24
2.2 Une réflexion collective nécessaire sur la prise en charge du patient face à une nouvelle maquette d'effectifs dans les unités de soins	27
2.3 La recherche d'une plus grande fluidité du parcours patient.....	31
3 Des premiers résultats d'activité qui ne permettent pas une validation totale de la méthode	38
3.1 Des progrès enregistrés de l'activité ambulatoire moindre : l'impact à mesurer de l'ouverture du PTMC	39
3.2 La méthode de la recomposition capacitaire engagée par le PHU3 : une réorganisation pertinente et transposable mais qui appelle quelques remarques.....	44
3.3 Une interrogation sur la réflexion globale à mener sur le portefeuille d'activités concernées par la recomposition	48
Conclusion	55
Bibliographie	56
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CGS : coordination générale des soins
CHR : centre hospitalier régional
CHU : centre hospitalier universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CME : Commission médicale d'établissement
C2OA : commission d'organisation et d'optimisation de l'activité
COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
COPIL : comité de pilotage
CRBO : Centre de ressources des blocs opératoires
CREF : contrat de retour à l'équilibre financier
CREO : compte de résultat par objectifs
DCA : dispositif de coordination de l'aval
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMS : durée moyenne de séjours
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP : équivalent temps plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
FIR : fond d'intervention régional
IAAS : International Association Ambulatory Surgery
IGAS : Inspection générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection générale des finances
GHM : groupe homogène de malades
GHS : groupe homogène de séjours
HAS : Haute autorité de santé
HDJ : hôpital de jour
HDS : hôpital de semaine
HME : hôpital mère enfant
MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MAP : modernisation de l'action publique

MCO : médecine chirurgie obstétrique
MERRI : missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation)
MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MPU : médecine polyvalente urgente
OQN : objectif quantifié national
PHU : pôle hospitalo-universitaire
PMCT : poids moyen du cas traité
PTMC : plateau technique médico-chirurgical
SAMU : service d'aide médicale urgente
SAU : service d'Accueil des Urgences
SAUV : salle d'accueil des urgences vitales
SMIT : service des maladies infectieuses et tropicales
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire
UHTCD : Unité d'hospitalisation de très courte durée
UMA : unité médicale ambulatoire
UMAC : unité médicale ambulatoire en cancérologie
USC : unité de soins intensifs
USLD : unité de soins de longue durée
ZHTCD : zone d'hospitalisation de très courte durée

Introduction

Le lit d'hôpital est le ciment de l'enseignement médical et soignant in situ, communément nommée la clinique, et revêt donc une importance de premier plan pour le chef de service de la spécialité qu'il enseigne. Le nombre de lits dans un service a toujours été un symbole de puissance auprès de pairs. De même il est celui par lequel un dirigeant hospitalier définit en premier lieu son établissement. Il est celui par lequel on associe encore largement l'activité, donnée qui finance principalement les établissements publics de santé. De fait, l'usage du lit est depuis longtemps au centre des suivis et des attentions : son occupation comme sa libération, sa fermeture comme son mauvais emploi, que sont par exemple les séjours forains et les hébergements (de patients n'appartenant pas à la spécialité identifiée du service, ce faisant du lit).

Cependant il est devenu aussi le vecteur d'une image négative, où l'hôpital public est associé à la non-qualité, aux maladies nosocomiales ou encore ces derniers temps à un surcoût sensible comparativement aux structures privées, plus modernes, dont les urgences, lorsqu'elles existent, ne sont pas saturées, ou la prise en charge est fluide et offre accès à un plateau technique sans délai ni attente. C'est ce qui ressort des désormais incontournables classements annuels des structures de santé que la presse publie désormais. Les lecteurs, et potentiels malades, sont attentifs à ces classements, et la réalité de leur libre choix oblige l'hôpital à jouer le jeu de la concurrence. Il doit maintenant aussi intégrer dans son fonctionnement la satisfaction du patient, et doit s'intéresser à ses attentes, y compris en termes de pratiques médicales. L'hôpital public doit aussi s'adapter à la demande. Et pour garder des activités de pointes, rémunératrices, et sources d'attractivité pour les professionnels qualifiés, il doit innover.

Il ne peut plus être fait abstraction de certaines critiques. Les Centres Hospitalo-Universitaires en particulier doivent désormais s'attacher à assurer à la fois leur mission de recherche et d'enseignement, de pratiques de recours de pointe, mais également leur rôle d'hôpital de proximité, intégré dans un territoire, une ville. Leur « hyperspécialisation », qui fait leur renommée et leur excellence, doit aujourd'hui

cohabiter pleinement avec une approche globale dans laquelle les patients sont pris en charge dans leur globalité, pas uniquement par organe ou comme sujets potentiels d'une étude épidémiologique. S'il est important de garantir cette excellence, il n'est plus possible pour les dirigeants de CHU d'ignorer, certaines réalités médico-économiques.

La première de ces réalités est une demande à la fois sociétale et politique de développer l'activité en ambulatoire, en matière de chirurgie d'abord mais aussi en médecine. Les patients préfèrent en effet accepter les contraintes de cette alternative à l'hospitalisation que sont les visites préopératoires, les protocoles préparatoires qu'ils devront effectuer eux-mêmes, si on leur assure à une prise en charge bien organisée, à la journée, ou plutôt la demi-journée, et un retour à domicile avec un suivi post-opératoire. Or cette réalité oblige tant les médecins anesthésistes que les chirurgiens à revoir leur organisation, leur protocole de sortie et leurs pratiques (en particulier anesthésique). Quant au dirigeant hospitalier, il n'y voit pas de prime abord les gains annoncés tant par les juges de la Cour des comptes, que par les économistes du ministère de la santé. La chirurgie ambulatoire semble avant tout représenter une économie pour l'Assurance maladie, et une perte de revenu pour l'hôpital. Et pourtant, une fois actionné le renversement de paradigme énonçant que la chirurgie relevait d'abord d'une pratique ambulatoire, avant d'impliquer une organisation conventionnelle (d'hospitalisation complète), de nouvelles perspectives s'ouvrent aux hospitaliers, médecins comme directeurs. Avant cela, il faut donc convaincre et être convaincu.

C'est la démarche engagée au CHU de Nantes, concrétisée en fin d'année 2013 par l'ouverture d'un nouveau bâtiment accueillant un nouveau bloc opératoire de 22 salles, ainsi, entre autre, qu'une Unité de Chirurgie Ambulatoire en tous points conformes aux attendus en la matière. Alors que cet engagement semblait avoir des répercussions sur le seul niveau d'activité actuel de la chirurgie ambulatoire du CHU, il apparaît que ce projet a permis de cristalliser un ensemble de réflexions engagées sur l'organisation de la prise en charge du malade, et, in fine, sur l'évolution future de la capacité en lits d'une telle structure, donc du personnel y afférant. Ainsi le virage ambulatoire du CHU de Nantes s'accompagne d'une réorganisation des unités d'hospitalisation complètes à travers une recomposition capacitaire importante, et préfiguratrice d'un futur CHU opérationnel dans 10 ans. Ce dernier offre aujourd'hui l'occasion aux acteurs hospitaliers d'engager le mouvement vers ce CHU de « deuxième génération », en repensant ses organisations.

C'est ce que ce travail d'analyse s'attachera à présenter.

Dans un premier temps, il importera de démontrer en quoi le virage ambulatoire relève d'une orientation stratégique pour le CHU, portée par les pouvoirs publics, qui conduit à repenser l'organisation hospitalière.

Puis de constater combien la mise en œuvre de la recomposition capacitaire a été une opportunité de repenser globalement la prise en charge du patient autour d'une logique de parcours, en prenant l'exemple d'un pôle hospitalo-universitaire.

Enfin, l'analyse des premiers résultats depuis la réalisation de ces projets permet d'évoquer certains doutes sur l'opportunité de ces choix stratégiques, qui s'avère cependant être une réussite dans le management de la conduite du changement.

Méthodologie

L'analyse ci-après a été réalisée à partir de l'étude d'une documentation dense des différentes agences nationales (ANAP/HAS/ATIH/IGAS/IGF), de la littérature spécialisée, ainsi qu'à partir des nombreuses données (administratives, SIM, financières) et documents mis à disposition par les différentes directions sollicitées du CHU de Nantes.

Des entretiens ont par ailleurs été menés auprès de personnels de directions, de médecins et de soignants, sans grille d'entretien type ou questionnaire préparé.

Enfin, le sujet a été au centre du second stage hospitalier puisque j'ai pu participer au COPIL hebdomadaire, à différentes réunions d'accompagnement de service concerné, ainsi qu'à des réunions de présentation du dispositif (à un autre CHU notamment). De même, j'ai été associé à la thématique de la coordination de l'aval sur le bassin nantais par le directeur de plateforme qui l'anime.

Au-delà de cette partie observationnelle, un dossier relatif au parcours de soins et à l'amélioration de la gestion de l'aval du patient âgé m'a été confié. Il a consisté à animer les différents groupes de travail composés selon les thématiques par les médecins, soignants, cadres et directeurs du pôle de gériatrie, et de veiller que soient produits les documents attendus (projet médical, charte de convergence médico-soignante, cellule de gestion des cas complexes, indicateurs de charge de travail), permettant d'étayer mon analyse.

1 Le virage ambulatoire au CHU de Nantes : une orientation stratégique prioritaire encourageant une réflexion sur ses organisations de soins

La France a un retard reconnu comparativement aux autres pays européens et aux Etats-Unis dans la prise en charge ambulatoire des patients de chirurgie. Or celle-ci est, selon plusieurs types d'acteurs qui cherchent à la promouvoir, à la fois médicalement efficace, et très satisfaisante pour les patients, et économiquement plus vertueuse dès lors qu'elle s'accompagne d'un travail précis sur la pertinence des actes. Son développement est donc logiquement une priorité pour les pouvoirs publics et peut s'avérer être une stratégie de gain de parts de marché payante pour un établissement public très concurrencé en matière de chirurgie sur son territoire de santé. En 2013, le CHU de Nantes a pu officiellement affirmer son ambition de virage ambulatoire. Dans la foulée, la direction générale a engagé, dans une logique de modernisation et d'optimisation de ses organisations, un vaste projet de recomposition capacitaire, préfiguratrice des attendus d'un nouvel hôpital où l'hospitalisation ne serait plus la finalité première, mais le soin oui.

1.1 La démarche volontariste des pouvoirs publics d'engager le développement de la chirurgie ambulatoire en France

- Le développement de l'activité ambulatoire : une orientation annoncée par les pouvoirs publics, particulièrement sur la chirurgie, dans un contexte de retard français sur d'autres pays

Si depuis plus d'une trentaine d'années, la chirurgie ambulatoire est définie légalement et son développement accompagné, elle n'était, jusqu'à récemment, perçue que comme une alternative à l'hospitalisation et donc à la chirurgie conventionnelle. C'est, en 2010, par une instruction que la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère de la Santé a fait valoir que la chirurgie ambulatoire devait être étendue à l'ensemble des patients éligibles, à l'ensemble des activités, en en devenant la référence¹.

Dans le préambule à leurs travaux en commun « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » d'avril 2012, les présidents de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), estiment même que huit opérations sur dix pourraient être effectuées selon ce mode de prise en charge. Le travail investi et les outils méthodologiques proposés par ces deux agences nationales marquent l'intérêt des pouvoirs publics pour ce type de prise en charge qui met le patient au cœur du système de santé. Si certaines structures privées ont su franchir le pas et supprimer beaucoup de lits de chirurgie pour porter leur effort sur l'ambulatoire, force est de constater qu'un accompagnement méthodologique des établissements publics s'avérait nécessaire pour dépasser les dernières réticences.

Cet accompagnement est d'autant plus nécessaire que l'activité ambulatoire est présentée comme la panacée en matière de performance économique. Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale de 2013², la Cour des Comptes est d'ailleurs très sévère sur la politique menée jusque-là par la France pour promouvoir la chirurgie ambulatoire alors qu'elle envisage un potentiel de 5Mds d'€ d'économie dans son développement. S'il est permis, comme la Fédération Hospitalière de France (FHF) a pu le faire en janvier 2014 par la voix de son président, de s'interroger sur le montant de ce chiffre (ramené à 570 millions d'euros pour les établissements publics si 100% de la chirurgie était pratiqué en ambulatoire, sic !), il n'en demeure pas moins qu'il reste un retard objectif à combler.

¹ Instruction DGOS du 27 décembre 2010

² Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale, Cour des Comptes, septembre 2013

C'est dans cette optique que la ministre de la santé, Madame Marisol Touraine, a pu annoncer, en avril 2014, comme objectif d'atteindre une majorité d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire dès 2016 : « *Je veux doubler le rythme de croissance de la chirurgie ambulatoire, qui permet aux patients d'être soignés dans la journée, sans passer la nuit à l'hôpital quand ce n'est pas justifié. Dès 2016, une opération sur deux pourra être réalisée en ambulatoire !* »³. Si ce seuil a été fixé à ce niveau, c'est qu'à périmètre égal, il a été atteint depuis longtemps par certains pays, contrairement à la France.

- La situation actuelle de la chirurgie ambulatoire en France : le constat d'un retard des établissements publics

Dans les propos de la ministre, il faut souligner que c'est le rythme de croissance qu'elle veut doubler, car le recours à la chirurgie ambulatoire connaît des taux de croissance positifs intéressants depuis au moins 2007, comme l'ont montré les travaux de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), repris dans le rapport conjoint entre l'inspection générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection générale des Finances (IGF) sur la chirurgie ambulatoire⁴ ci-dessous :

Tableau 1 : Evolution 2007-2013 de l'activité de chirurgie ambulatoire en volume (nombre de séjours)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	013/2007
Secteur ex-DG	413 987	463 725	525 440	564 735	621 146	621 146	725 708	+75%
Secteur ex-OQN	1 184 517	1 208 979	1 310 997	1 375 128	1 465 344	1 517 560	1 578 909	+33%
Total	1 598 504	1 672 704	1 836 437	1 939 863	2 086 490	2 138 706	2 304 617	+38%

Source : ATIH dans rapport mission MAP

³ Propos de la ministre de la santé repris dans Les Echos du 25 avril 2014

⁴ Mission MAP relative à la chirurgie ambulatoire-Rapport de diagnostic p 5 - juillet 2014

De 2007 à 2013, la progression approche les 40%, mais surtout 75% pour les établissements ex-Dotation Globale, dont le taux de recours à la chirurgie ambulatoire connaît le plus fort retard :

Tableau 2 : Progression de l'activité de chirurgie ambulatoire selon les catégories d'établissements (en % et points de %)

Catégories	Taux 2007 (en %)	Taux 2008 (en %)	Taux 2009 (en %)	Taux 2010 (en %)	Taux 2011 (en %)	Taux 2012 (en %)	Ecart 2007-2012 (en points)
ex DG	21,1	22,9	25,0	26,4	28,0	29,5	8,4
dont APHP	18,0	18,8	19,7	20,5	21,6	22,4	4,4
dont CH	23,5	25,7	28,2	29,4	31,1	32,6	9,1
dont CHU/CHR	16,3	17,9	19,7	20,9	22,5	23,6	7,4
dont CLCC	7,3	7,8	7,9	9,2	12,0	15,4	8,0
dont ENBL	27,5	29,4	32,9	34,7	36,6	38,5	11,0
dont SSA			18,9	20,9	22,9	24,8	24,8
ex OQN	39,7	41,0	44,1	46,0	47,8	49,1	9,4
National	32,3	33,6	36,2	37,8	39,5	40,8	8,5

Source : ATIH.

On constate donc que le taux de recours augmente de façon constante depuis 2007, cependant plus ou moins fortement (seulement 4.4% à l'APHP et 7.4% dans les CHU/CHR) mais surtout si le taux dans les établissements ex-OQN (privés lucratifs) est proche de l'objectif d'une opération sur deux, celui des établissements publics est inférieur de 20 points, avec un taux inférieur à 30 %.

Le CHU de Nantes avec un taux de 26.33% en 2013 (+1%/2012) se situe d'ailleurs dans la moyenne haute des établissements de sa catégorie (les CHU/CHR).

C'est ce retard de 20 points qu'il importe aux pouvoirs publics de combler en deux ans. Objectif extrêmement ambitieux, il implique de plus que tripler le taux de progression annuel de recours à l'ambulatoire. Mais comme le souligne la mission MAP (Modernisation de l'action publique) relative à la chirurgie ambulatoire, il existe en France, quels que soient les indices retenus, un potentiel inexploité de chirurgie ambulatoire. En effet, à périmètre égal⁵, le taux de recours à l'ambulatoire français était de 45% en 2009, lorsque celui des autres pays européens et des Etats-Unis étaient compris entre 60 et 80%.

⁵ 37 procédures chirurgicales répertoriées par l'International Association Ambulatory Surgery (IAAS)

- Le recours à l'ambulatoire : une démarche forte d'une multiplicité d'intérêts convergents

Il est aujourd'hui reconnu, tant des pouvoirs publics que des professionnels de santé, que le recours à la chirurgie ambulatoire est vecteur de qualité de prise en charge, de part l'organisation des soins et de recours à des techniques innovantes qu'elle apporte. En matière d'économie, des gains peuvent être dégagés à la fois pour l'assurance Maladie et pour les établissements de santé. C'est cette double lecture qui a permis l'association de la HAS et de l'ANAP sur leur recueil de connaissance et les préconisations formulées depuis 2012. Côté patients, le retour à domicile plus rapide grâce à des techniques moins invasives assure souvent leur satisfaction.

Tout d'abord, en matière de prise en charge, la chirurgie ambulatoire implique une organisation chaînée autour du patient : « la coordination des différents acteurs au sein de l'établissement devient décisive dans un processus dont on veut écarter les aléas, les temps morts, les retards et augmenter la fiabilité »⁶.

Fondée sur le parcours patient, cette organisation implique en effet un amont très structuré, car c'est le patient qui est ambulatoire non l'acte chirurgical ou la prise en charge anesthésique, qui sont strictement identiques. Tout patient ne peut prétendre en effet à être pris en charge en ambulatoire : ces limitations sont le plus souvent liées à l'isolement social, patient sans aidant, et à la situation sociale, en particulier les conditions d'hébergement, qui ne permettent pas un retour à domicile. Des patients peuvent être aussi écartés pour raisons médicales (contre-indications liées à des comorbidités), cependant les progrès des techniques chirurgicales et anesthésiques réduisent régulièrement, selon les spécialités, la liste des contre-indications, permettant l'éligibilité de patients plus lourds médicalement.

Une fois le patient reconnu apte à un traitement ambulatoire, un ensemble organisé de consultations (sociale, chirurgicale et anesthésique) et d'examens (laboratoire et imagerie) permet de garantir une prise en charge optimisée en temps d'un patient mieux informé sur son traitement, qui aura été programmé avec lui. La mise en œuvre d'une structure dédiée est plébiscitée pour gagner en efficacité : l'Unité de Chirurgie Ambulatoire⁷ assure un circuit patient bien meilleur le jour de son intervention, car dissociée de l'hospitalisation classique. Cette seule précaution supprime souvent des temps d'attente inutiles (qu'il s'agisse de l'accueil ou de l'enregistrement administratif).

⁶ Préambule du socle de connaissance des travaux de l'ANAP et de la HAS « ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire »

⁷ A noter que la France n'impose pas de modèle organisationnel particulier seulement que ces structures doivent disposer d'un certain nombre de moyens en personnel, matériel et locaux. V. art. D. 6124-303 du Code de la santé publique.

L'intervention elle-même est identique mais ce mode de prise en charge favorise les techniques moins invasives ainsi que les anesthésies moins lourdes. La continuité des soins est enfin garantie puisque le partage d'information ville-hôpital est rapide, le patient sortant avec un compte-rendu opératoire et un bulletin de sortie.

Le bénéfice pour le patient est communément admis, particulièrement pour les personnes fragiles (enfants et personnes âgées), qu'il s'agisse de baisse du taux d'exposition aux infections nosocomiales, qui augmente avec le temps d'hospitalisation ou qu'il s'agisse du phénomène de décompensation qui survient chez certains patients âgés lors de leur hospitalisation (pas de littérature en l'espèce cependant). Il est surtout rapporté un taux de satisfaction très élevé des patients⁸, pouvant être supérieurs à 90%. Un tel score, qui s'accompagne d'une « très grande majorité » de professionnels satisfaits du service rendu au patient, parle en faveur de l'attractivité de l'établissement qui investit le champ ambulatoire. Il s'agit ici d'un argument majeur aujourd'hui tant la réalité concurrentielle entre structures de prise en charge ne peut plus être tue.

En matière de gain économique, les données des montants globaux sont variables comme il a pu être constaté par les différents rapports et études évoqués. Mais tous postulent néanmoins que le coût de la chirurgie ambulatoire serait inférieur à celui de la chirurgie classique en ce qu'elle mobilise moins de ressources. L'HAS et l'ANAP rappellent dans leur socle de connaissances que l'IAAS en 2007 confirmait ce constat, en analysant 19 études sur huit types d'interventions réalisées dans cinq pays entre 1972 et 2003. Celle-ci faisait valoir des gains entre 25 et 68%. Pour l'Assurance Maladie, les résultats obtenus lors de son étude de 2001 vont également dans le sens d'un coût moindre, sur la base de cinq interventions seulement. Ainsi, s'il est aujourd'hui difficile d'établir un montant certain des gains potentiels pour les comptes sociaux, chacun s'accorde à reconnaître qu'en plus de son gain qualitatif pour les patients, la chirurgie ambulatoire est aussi avantageuse économiquement pour l'Assurance Maladie. Mais qu'en est-il pour les établissements ?

Concernant des gains pour un établissement de santé, l'ATIH, sur la base de l'Etude Nationale des Coûts, fait valoir une différence notable entre le coût « moyen » de prise en charge, même peu sévère, en ambulatoire et en hospitalisation complète (un rapport de 1 à 3)⁹.

⁸ Socle de connaissance des travaux de l'ANAP et de la HAS « ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », p 15

⁹ Rapport sur les coûts de prise en charge à l'hôpital en MCO, 2012, p13

Le rapport observe également un fait intéressant : les coûts d'actes techniques¹⁰ sont ceux qui diminuent le plus nettement en fonction du taux de recours à l'ambulatoire : dès que le taux dépasse 50 % la baisse est nette dans les établissements ex-DG, et le coût est sensiblement le même que lorsque le taux atteint ou dépasse 80%¹¹. Il n'est pas observé selon ce schéma de variations notables de coûts de médicaments, consommables ou de soins réalisés au « lit » du malade. Cependant le premier constat appelle à développer, selon les objectifs affichés par le ministère de la Santé, la chirurgie en ambulatoire au moins jusqu'au taux de 50%.

Si en terme de dépenses, la prise en charge en ambulatoire présente un intérêt pour l'établissement, il conviendra cependant de s'interroger sur les recettes allouées, afin de s'assurer de l'intérêt de la démarche de substitution du conventionnel vers l'ambulatoire. En observant l'environnement sanitaire proche du CHU, donc la concurrence du privé, on comprend combien la politique tarifaire tend à inciter à prendre rapidement le virage de l'ambulatoire.

1.2 Un environnement local concurrentiel, incitatif à combler le retard du CHU de Nantes

- Un contexte territorial concurrentiel tourné vers la chirurgie ambulatoire aux dépens de la chirurgie conventionnelle révélateur d'un retard du CHU en matière de substitution, démarche pourtant encouragée par la fixation des tarifs.

Le territoire nantais est, en matière de chirurgie, très bien développé dans le secteur privé, en particulier lucratif. Ce dernier a connu une période récente de restructuration, de consolidation et d'investissement dans un bâti neuf et optimisé pour la prise en charge en ambulatoire¹². Les cliniques nantaises comptent de plus parmi elles, des spécialistes français reconnus sur certaines spécialités, y compris de recours (comme la clinique Sourdille, en ophtalmologie, ou la clinique de la main). Face à cette situation de concurrence importante, le CHU de Nantes a pris du retard dans son mode de prise en charge.

¹⁰ Il s'agit selon l'ATIH des dépenses des actes réalisés sur les plateaux techniques (bloc, imagerie, exploration fonctionnelle, laboratoire, urgences, anesthésie, ...), des dépenses de personnel (médecins, infirmières, aides-soignants, agents de service hospitalier, ...), et des dépenses de biens médicaux (entretien, maintenance, amortissement et location).

¹¹ Rapport sur les coûts de prise en charge à l'hôpital en MCO, 2012, p26

¹² Ex : Clinique Jules Verne (2004), les Nouvelles Cliniques nantaises (2011)

Ainsi, alors qu'entre 2012 et 2013 son activité de chirurgie en hospitalisation complète a baissé en nombre de séjours (-2.15%), sa part de marché sur sa zone d'attractivité a cru de 0.7 point à 18.6%, faisant du CHU l'opérateur référent en chirurgie conventionnelle¹³. Par contre, alors que son activité de chirurgie ambulatoire augmente dans ce même laps de temps (+2.65%), sa part de marché stagne à 7.1%, faisant apparaître le CHU comme seulement le cinquième opérateur d'un secteur où les grandes cliniques privées continuent de gagner en parts de marché.

Un premier constat s'impose : alors que le nombre d'actes en chirurgie continue de progresser sur le territoire de santé¹⁴, le CHU n'a pas pris le virage ambulatoire contrairement aux acteurs privés de son territoire, accusant sur eux 25 points de retard, alors même que son activité progresse en nombre d'actes dans ce domaine.

Si d'un point de vue comptable, la situation reste avantageuse en raison notamment d'une politique tarifaire nationale encore favorable à une prise en charge conventionnelle, un statu quo du CHU de Nantes à l'avenir l'aurait conduit dans une situation compliquée. En effet, persister à ne pas opérer en ambulatoire lorsque cela est recommandé de le faire par les sociétés savantes participe de plus en plus d'une inefficacité économique de l'établissement. D'abord, parce que celui-ci ne fait pas les économies intrinsèques au mode de prise en charge ambulatoire, mais aussi parce que l'hôpital va désormais plus fréquemment se heurter au tarif unique ou du moins à un développement progressif mais rapide des rapprochements tarifaires des groupes homogènes de malades (GHM) où l'ambulatoire prédomine.

Comme le rappelle la mission MAP relative à la chirurgie ambulatoire¹⁵, le tarif unique s'est étendu progressivement de 5 GHM où l'activité ambulatoire (y compris privée) est majoritaire en 2007, puis 18 en 2009, 47 en 2013, pour atteindre l'ensemble des GHM en 2014. Cette réalité, ainsi qu'à terme la fin des sur-financements de certains séjours de chirurgie complète, illustre bien les raisons de l'intérêt des cliniques nantaises pour la chirurgie en ambulatoire. De même, continuer à opérer en chirurgie conventionnelle rendrait intenable la situation financière du CHU. Un changement important de cap en matière de prise en charge au CHU de Nantes par des outils performants s'avérerait être une obligation.

¹³ Source Hospidiag.atih.sante.fr

¹⁴ Source ARS Pays de la Loire, « Développement de la Chirurgie ambulatoire en Pays de la Loire », F. Grimonprez

¹⁵ P19 du rapport MAP

Il est intéressant de comprendre qu'une partie de ce retard tient à son modèle organisationnel résultant de son architecture ancienne.

- Le frein au développement de la chirurgie ambulatoire au CHU de Nantes : une organisation interne liée à une configuration architecturale dépassée.

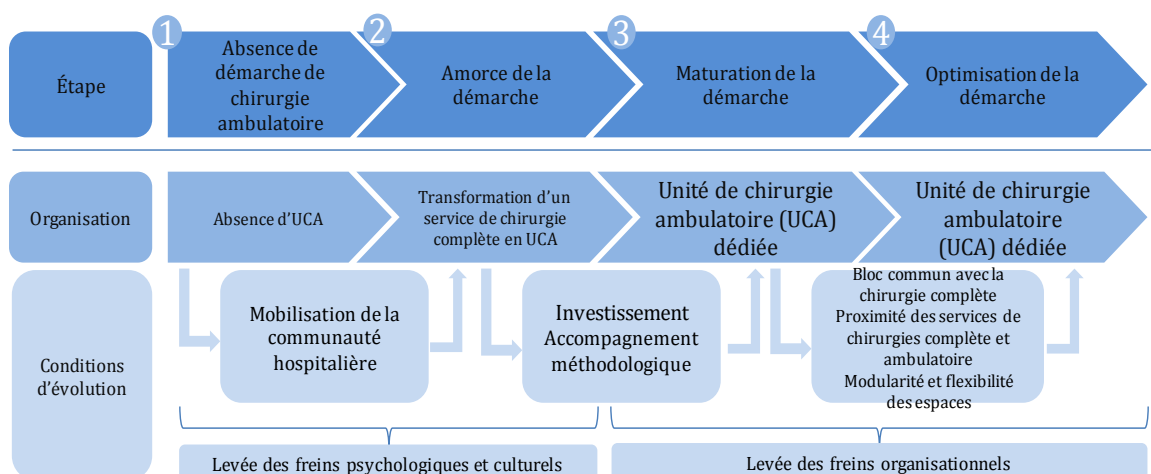
Il est depuis longtemps convenu que la chirurgie du patient ambulatoire nécessitait une organisation peropératoire dédiée, comme gage de sa réussite, l'acte chirurgical lui-même étant similaire à celui pratiqué en conventionnel. Ainsi, conformément à la littérature, l'HAS et l'ANAP¹⁶ préconisent dans leur travail en commun des modèles organisationnels, la réglementation française n'en imposant pas, au-delà du fait que le secteur ambulatoire doit disposer de moyens propres pour faire face aux risques encourus par les actes et anesthésies pratiqués.

Trois modèles majeurs d'unité de chirurgie ambulatoire sont recensés en France :

- Les structures intégrées, modèle ancien et encore prédominant dans les structures publiques : locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique, un bloc commun à l'ambulatoire et au conventionnel ;
- Les structures de fonctionnement autonomes : distinguent dans le bloc commun les salles dédiées à l'ambulatoire
- Les structures satellites : indépendantes mais situées dans l'enceinte de l'établissement, elles possèdent en propre l'ensemble des moyens humains, matériels (arsenal), ainsi qu'un bloc opératoire situé en dehors du bloc commun.

¹⁶ Socle de connaissances p11

La mission IGAS-IGF propose un modèle de développement en quatre étapes :



Source : Rapport IGAS-IGF

On remarque qu'il est retenu ici le modèle à fonctionnement autonome avec un bloc commun. Celui-ci offre en effet l'avantage comparativement aux structures satellites, de permettre certaines économies d'échelles (en coût de structures, de personnel, d'arsenal...) et facilités d'organisation (permettant par exemple à un même chirurgien d'opérer dans la foulée un patient ambulatoire et un patient qui n'aurait pas été déclaré éligible).

L'unité de chirurgie ambulatoire peut s'identifier dans ce cas comme la structure d'accueil du patient, sa préparation pré-interventionnelle et de prise en charge de sa sortie de bloc, après la salle de réveil. Elle peut s'apparenter en somme à une unité de soins classiques, souvent située à proximité immédiate du bloc opératoire. Ce qui l'en diffère profondément est son organisation très optimisée afin de permettre des taux d'occupation, souvent supérieurs à 120%, de ses places, libérées en moins de 6 heures. L'atteinte de ce résultat présuppose donc une organisation autour du patient réfléchie, coordonnant efficacement les professionnels de santé, et qui est plébiscitée tant par les pouvoirs publics que par les sociétés savantes. C'est l'organisation retenue par la clinique Jules Verne à Nantes, dont la construction date d'une dizaine d'années mais dont les démarches d'agrandissement de son bâtiment, et d'agrandissement de son nombre de places au sein de son unité de chirurgie ambulatoire autour de son bloc commun sont d'actualité, preuve de la pertinence de cette organisation qui permet, certaines journées, d'atteindre des taux d'occupation proches de 170% (hors-ophtalmologie)¹⁷.

¹⁷ Source issue du stage court d'EDH, avril 2013

En matière d'organisation, le CHU de Nantes n'avait jusqu'à très récemment (novembre 2013), mis en œuvre aucune des préconisations favorables à une prise de conscience collective que la chirurgie ambulatoire était devenue la référence. En effet, l'Hôtel-Dieu (site principal du CHU, construit à la fin des années 50, et dépositaire majoritaire de l'activité de chirurgie avec l'hôpital Nord) était dépourvu d'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA). Au contraire, chaque service était non-seulement doté de son propre hôpital de jour, mais il existait plusieurs blocs opératoires séparés.

De fait, l'activité de chirurgie ambulatoire n'y connut aucune promotion, son activité se faisait beaucoup de façon foraine, c'est-à-dire dans des lits d'hospitalisation conventionnelle, avec des taux d'occupation de ses places très faibles (environ 50%) et des taux de fermetures importants, en particulier en période de vacances scolaires, là où les cliniques enregistrent leur pic d'activité (en stomatologie ou en ORL notamment). Par ailleurs, l'organisation de l'accueil se calquant sur celle de l'hospitalisation complète, certaines obligations consultatives conduisaient à des hospitalisations la veille de l'intervention, pour permettre par exemple la consultation d'anesthésie. Le parcours patient était peu optimisé, compliquant une sortie rapide avec les documents de sortie (compte-rendu opératoire en premier lieu)...

Cette organisation s'avérait particulièrement coûteuse en personnel (elle contribuait à gonfler les ratios d'encadrement des patients, alors même que les lits étaient inoccupés la nuit, et que comparativement les patients ambulatoires se préparent eux-mêmes à leur domicile avant leur intervention (douche de décontamination, sédation...).

Il devenait donc impérieux pour la santé financière de l'établissement de remédier à ce retard en matière d'organisation du parcours patient, en particulier ambulatoire. L'ouverture récente (novembre 2013) du nouveau Plateau Technique Médico-Chirurgical est la première étape arrêtée par la Direction Générale dans sa volonté de faire prendre au CHU le virage ambulatoire.

1.3 L'ouverture du nouveau Plateau Technique Médico-Chirurgical (PTMC), projet fédérateur du virage ambulatoire

- Un projet, longtemps retardé, symbole du virage ambulatoire amorcé

Le Plateau technique médico-chirurgical repose sur un projet immobilier important au sein de l'Hôtel-Dieu, puisqu'au-delà de sa dimension et de son coût (65millions d'euros), sa vocation est de marquer un tournant stratégique dans la perspective du projet de construction du nouvel hôpital à l'horizon 2025. En effet, tel qu'il est conçu, le PTMC regroupe dans un bloc commun 4 anciens blocs opératoires de 22 salles, une réanimation de 30 lits et 35 places en UCA. Son organisation a été pensée comme précurseur de celle de l'hôpital de demain, en reprenant les préconisations d'organisation de l'ambulatoire. Il s'agit pour le CHU de Nantes d'opérer enfin le changement de paradigme relatif à la chirurgie et d'amorcer son virage ambulatoire.

S'il n'a pu être construit et livré qu'en 2013 seulement (inauguré et ouvert en novembre), c'est que ce projet fédérateur et innovant a été retardé plusieurs années en raison d'une situation financière critique et de la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) qui avait stoppé tous projets d'investissements majeurs, expliquant pour beaucoup le retard du CHU dans son mode de prise en charge en chirurgie ambulatoire. Ce temps de réflexion supplémentaire a finalement permis de prendre en considération plus fortement l'intérêt d'axer cet outil autour du parcours patient, en particulier ambulatoire. Par exemple, un parking dédié de 45 places permet aujourd'hui la dépose et la récupération aisée des patients ambulatoires qui ont un accès direct à l'accueil de l'UCA grâce à un ascenseur également dédié. De même, depuis l'UCA, les temps de brancardage sont optimisés grâce à deux ascenseurs dédiés et directement reliés au bloc, à l'étage inférieur.

Désormais l'Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire regroupe l'ensemble des places des hôpitaux de jour en un lieu unique, quelle que soit donc la spécialité chirurgicale (ophtalmologie, ORL, Odontologie, Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, chirurgie plastique, orthopédie, neuro-traumatologie, hépato-gastro-entérologie, chirurgie digestive et urologie). Les patients ambulatoires, quelle que soit la spécialité qui les concernent, suivent le même parcours, avec les mêmes horaires d'accueil et de fonctionnement (par ailleurs étendus de 6h30 à 20h30).

Cette unicité d'organisation, couplée à un bâtiment optimisé autour des parcours et flux de patients, permet d'améliorer les prises en charge, de réduire les temps d'attentes et d'enchaîner les différents actes programmés de façon mieux coordonnée et sans perte de temps.

Le PTMC doit permettre par ailleurs de diffuser la démarche ambulatoire au sein d'un bloc commun encore acquis à la chirurgie conventionnelle¹⁸.

- L'opportunité de faire évoluer de façon générale l'organisation de la prise en charge ambulatoire du patient

Assez naturellement, et conformément aux recommandations de l'ANAP, le groupe de travail qui préparait l'ouverture du PTMC a étendu son périmètre de réflexion aux hôpitaux de jour (HDJ) de médecine (ainsi qu'à l'organisation des séances de chimiothérapie). Comme pour les hôpitaux de jour chirurgicaux, le constat relatif aux HDJ médicaux était une absence d'organisation optimisée autour du patient (encore calquée sur l'hospitalisation complète, i.e. médecin dépendant), avec une taille critique en places (souvent trop petits) et des effectifs à des niveaux variés.

L'idée de regrouper une grande thématique ambulatoire (encouragée par l'ANAP dans le contrat de performance) à l'occasion de la préparation de l'ouverture du PTMC a donc conduit à une dynamique forte de réflexion sur les organisations au sein des unités chirurgicales et médicales accueillant ces HDJ. Le comité de pilotage, coordonné par un ophtalmologiste et une directrice des soins, a piloté concomitamment les regroupements des HDJ chirurgicaux au sein d'une UCA (de 30 places donc), mais aussi selon la même logique, la création d'une Unité Médicale Ambulatoire (30 places, 7 spécialités médicales : urologie, néphrologie, hépato-gastro-entérologie, dermatologie, médecine interne et infectieuse, explorations fonctionnelles, rhumatologie), regroupant les HDJ médicaux du site de l'Hôtel-Dieu, la création d'une UMAC, spécifique à la cancérologie (40 places, 3 disciplines : hématologie, onco-dermatologie, onco-digestif), et d'une Unité Médico-Chirurgicale, sur le site de l'hôpital Nord du CHU (30 places 8 spécialités : cardiologie, pneumologie, neurologie, endocrinologie, explorations fonctionnelles, chirurgie vasculaire, neurochirurgie, activités interventionnelles).

¹⁸ Il appartient à ce titre au management de la plateforme (directeur d'hôpital, des soins et chef de pôle) ainsi qu'au centre de ressources des blocs opératoires de garantir le respect des temps de vacation entre les deux modes de prises en charge.

Ainsi alors que les hôpitaux de jour étaient jusqu'alors déployés de façon hétérogène en taille, en organisation et en personnel dans les unités de soins d'hospitalisation à temps complet, ce mouvement de consolidation décidé s'est aussi accompagné d'une réflexion tant sur les organisations cibles, avec la définition d'un processus d'affectation et d'un parcours patient, que sur les effectifs de personnel tant en nombre qu'en compétences attendues. L'équipe projet est arrivée au constat qu'un socle commun et général de compétences des soignants prédominait des besoins en formation plus spécifiques, liés aux spécialités médicales désormais plurielles au sein des unités ambulatoires. Un travail parallèle sur un référentiel de prise en charge (en lien avec l'Assurance Maladie) a permis d'amorcer des évolutions de pratiques. Enfin des coordonnateurs médicaux ont été nommés avec pour mission de constituer des groupe utilisateurs, avec un référent médical par discipline, chargés de l'élaboration d'un projet médical par unité tourné autour d'un principe fondateur impliquant de penser ambulatoire avant conventionnel dans sa rédaction.

Ce projet ambulatoire, qui a été permis grâce aux atteintes des objectifs du CREF, aux réflexions menées et aux préconisations présentées à l'occasion du contrat de performance 2011-2013 avec l'ANAP, et fédéré autour de l'ouverture du PTMC, a eu un impact plus large sur l'ensemble de l'établissement avec en point de mire l'hôpital « Ile de Nantes » en 2025.

1.4 L'impact du virage ambulatoire sur le dimensionnement capacitaire du CHU de Nantes

- Le regroupement des places d'HDJ et la libération subséquente de moyens dans les unités concernées :

Alors que le travail préparatoire à la création d'unités ambulatoires regroupant les hôpitaux de jour s'est organisé très en amont de leur réalisation, la réflexion sur les conséquences concrètes dans les unités concernées par le départ de leur HDJ a été menée relativement tardivement.

Le constat était celui d'un choc pourtant en terme d'organisation des unités de soins en hospitalisation complète puisque plus du tiers des unités MCO (28 sur 80 environ) étaient touchées par le virage ambulatoire sans qu'aucune stratégie n'ait été anticipée. Or le déménagement des HDJ allait nécessairement générer de grands déséquilibres en taille (nombre de lits) et en moyens (compétences médicales et soignantes) des différentes

unités. Il n'était pas envisageable pour des raisons logiques d'organisation, liés à des effets de seuil classiques, de maintenir des unités à 16, 18 ou 22 lits en laissant de grands espaces vacants dans les unités.

Alors que certaines équipes médicales commençaient à proposer de nouveaux projets, peu compatibles avec les contraintes économiques de l'institution, la direction a su saisir cette opportunité pour organiser une recomposition majeure de ses capacités et de ses moyens de prises en charge.

Il a donc été décidé, pour redimensionner les unités de soins autour d'une taille optimisée de 28 lits, de rapprocher géographiquement les spécialités proches médicalement afin de mettre fin à ce que l'encadrement médical avait pu faire remonter comme désorganisation, à savoir l'éparpillement des moyens. Ainsi, dans une logique similaire à celle favorisant le rapprochement des hôpitaux de jour, chirurgicaux et médicaux, il a été engagé la recomposition des unités de soins.

Celle-ci, dans un contexte de recherche poussée d'efficacité, allait conduire à un projet ambitieux et global.

- Une dynamique de travail portée par les précédentes étapes de réflexion autour du dimensionnement capacitaire du futur hôpital (horizon 2025)

Si un premier contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) avait contraint l'établissement à mettre à plat ses effectifs, ce qui avait pu dans certains cas isolés motiver des évolutions organisationnelles positives, les recommandations tutélaires de 2010 en faveur du développement de l'ambulatoire et donc d'une réflexion sur les organisations ont conduit la direction générale à franchir un cap majeur en recherchant un accompagnement méthodologique extérieur et en signant finalement un contrat de performance avec l'ANAP le 21 septembre 2011. Si ce contrat n'apportait pas de réponses toutes faites aux problématiques du CHU, il a permis d'orienter les réflexions autour de 12 actions fortes, révélatrices de faiblesses internes, dans un souci d'amélioration triple : en qualité de prise en charge du patient, en performance opérationnelle et financière et en conditions de travail et attractivité pour les personnels.

Ainsi le travail porté sur la coordination des parcours de soins, l'organisation de l'ambulatoire, des blocs opératoires, des nouvelles organisations internes ou encore l'accompagnement des équipes médicales dans la déclinaison de la stratégie au niveau des pôles, s'est avéré d'autant plus impliquant pour les équipes que se dessinait depuis 2010 un projet de nouvel hôpital, dont il fallait dimensionner la capacité en regard avec les évolutions des techniques et des objectifs de prises en charge. C'est cette démarche favorisant de la part des équipes de direction ou médico-soignantes, une constante réflexion et la recherche d'évolutions d'organisations efficientes qui a permis, en juillet 2013, à la direction générale de l'établissement de prendre des engagements de dimensionnement du futur hôpital, à horizon 2025, conformes aux préconisations de la mission IGAS de 2011 qui actait déjà d'une diminution capacitaire en lits¹⁹ et par voie de conséquence de rendre des postes.

Ce sont ces efforts que s'est engagée la direction du CHU à tenir, et qui doivent lui permettre de financer sa part d'investissement dans le projet de nouvel établissement en consolidant un taux de marge brute suffisant, qui ont fini de convaincre le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) de donner son accord, en juillet 2013, au lancement du projet du nouveau CHU dont l'ouverture est envisagée pour 2025. Les premières mesures majeures étaient attendues dès 2014 avec les recompositions successives des pôles hospitalo-universitaires 3 (urgences, soins critiques médecine interne...) dès le premier janvier 2014 et des PHU 1 (hématologie, néphrologie-immunologie, hépato-gastro-entérologie, dermatologie...) et 4 (ostéo-articulaire, neurochirurgie et neuro-traumatologie ...) au 13 octobre 2014, soit la totalité de l'Hôtel-Dieu, bâtiment principal du CHU première génération conçu en 1954, et aujourd'hui emblématique de l'architecture nantaise.

Le projet de recomposition capacitaire (dénommé ainsi car il ne s'agit en effet pas d'une simple réduction capacitaire qui aurait pu être subséquente au projet ambulatoire) dans sa méthode, son caractère global sera étudié au travers de sa mise en œuvre, aboutie, par le PHU 3. Cependant il importe de constater au préalable que ce sont bien l'ensemble des projets menés sur le champ du développement de l'ambulatoire mais également des organisations médicales et soignantes qui ont permis l'élaboration du projet institutionnel de recomposition capacitaire basé à la fois sur des unités repensées autour d'organisation médicales et soignantes, en adéquation avec les nouvelles maquettes d'effectifs, et ouvertes à une médecine de parcours.

¹⁹ Ramener le plateau d'hospitalisation (hors ambulatoire et soins critiques) de 1217 à 852 lits (-30% en hospitalisation à temps complet hors soins critiques).

La démarche initiée avec l'ambulatoire (organisation efficiente des structures, évolution des prises en charges en faveur d'une dynamique de parcours, réflexions autour des nouvelles et futures techniques de soins) a donc entraîné l'ensemble de la communauté hospitalière vers une réflexion globale, et, accompagnée par l'ANAP, vers le modèle du futur hôpital de 2025.

2 La mise en œuvre de la recomposition capacitaire au sein d'un pôle hospitalo-universitaire : l'opportunité d'une réflexion globale de la prise en charge du patient autour d'une logique de parcours

La recomposition capacitaire telle qu'elle a été envisagée par les équipes dirigeantes (directeurs, médecins et soignants), aussi contraignante qu'elle puisse paraître, devait être une opportunité rare de réflexion sur son organisation. Par l'exemple de sa mise en œuvre à partir de janvier 2014, le pôle hospitalo-universitaire 3 (urgences-médecines-réanimation) a su démontrer combien recomposer représente tout d'abord une opportunité de travailler sur des unités de soins repensées et optimisées dans leur taille, mais aussi dans leurs organisations de travail, tournées vers l'optimisation des tâches et la fluidification du parcours patient, comme a pu l'enseigner les travaux sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire.

2.1 L'opportunité de redimensionner les unités de soins et de mettre en œuvre de nouveaux projets de prise en charge au sein du PHU

La direction « médico-administrative » du pôle s'est portée volontaire pour être le premier pôle à amorcer la recomposition capacitaire. D'une part en raison de la nature des médecins du pôle (président de CME) et d'autre part du projet de pôle lui-même qui a été pensé en opportunité de la recomposition, en prônant notamment la nécessité de certaines mises aux normes (unité de surveillance continue à créer)

- La recomposition des unités de soins : l'impressionnante baisse capacitaire en hospitalisation complète

Le choix du PHU a été, contrairement aux préconisations d'organisation retenues pour les nouvelles maquettes d'effectifs²⁰, d'opter non pas immédiatement pour des unités à 28 lits, mais dans un premier temps de passer globalement de 7 unités de 21 à 24 lits à 4 unités d'hospitalisation complète à 32 lits, dont l'une est couplée avec une petite unité nouvelle d'hôpital de semaine de 12 lits (fermée donc le week-end).

Nombre de lits

		Nombre de lits avant reampo	Nombre de lits après reampo	écarts nombre de lits	écarts nombre de lits (%)
HOSPITALISATION COMPLETE					
UF 1041	Méd. Interne 7ème EST 1ère unité	21	0	-21	-100%
UF 1061	Méd. Interne 7ème SUD 3ème unité	22	0	-22	-100%
UF 1045	Méd. Vasculaire 7ème SUD	22	10	-12	-55%
UF 1064	Médecine Interne 7ème EST	0	32	32	-
UF 1051	HDS Médecine	0	12	12	-
MEDECINE INTERNE		65	54	-11	-17%
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES		22	22	0	0%
UF 2096	MPU 5ème SUD	23	32	9	39%
UF 2097	MPU 5ème SUD 1ère unité	23	0	-23	-100%
UF2088	MPU 6ème EST	24	32	8	33%
MPU		70	64	-6	-9%
TOTAL nombre de lits		157	140	-17	-11%
dont :					
Nombre de lits Hospitalisation conventionnelle		157	128	-29	-18%
Nombre de lits HDS		0	12	12	-

Source : PHU 3

²⁰ Voir p 28

Comme le présente le tableau de synthèse supra, le principe retenu par la direction de pôle fut effectivement une forte réduction capacitaire en hospitalisation complète (moins 29 lits sur 157, soit une baisse capacitaire de 18%). Ces unités ont été relocalisées géographiquement selon leur spécificité. L'idée première était de permettre au sein de ces grandes unités nouvelles de mettre un terme à l'éparpillement des ressources humaines ainsi qu'à l'hétérogénéité des organisations de structures appartenant pourtant à un même service.

A contrario, le SMIT (service des maladies infectieuses et tropicales) n'a pas été modifié dans sa taille, mais la relocalisation d'une unité de médecine interne a permis de le recomposer en transformant des chambres doubles en chambres seules (et en fusionnant les équipes avec la médecine vasculaire, composée de 10 lits). Cette mesure fondamentale pour ce type de prise en charge (où l'isolement est souvent préconisé) aura un impact positif sur la progression des séjours (+5%).

Concernant la médecine interne (qui perd 35% de sa capacité en HC), l'ouverture d'un HDS de 12 lits permettra de capter l'ensemble des séjours à DMS plus courtes (moins de 4 jours), en redistribuant les moyens en personnel sur les unités d'HC les weekends.

- Projets spécifiques du pôle : des urgences et des soins critiques

Le PHU3 a été impacté par les évolutions liées au virage ambulatoire (transfert de 7 places d'HDJ médecine infectieuse et tropicale et médecine interne vers l'UMA). De fait, la direction de plateforme a été très proactive dans sa recherche de recomposition, en particulier sur ses capacités d'hospitalisation complète. L'objectif affirmé est celui d'une organisation améliorée de la filière médicale (le bon patient, au bon endroit, le temps nécessaire) afin de fluidifier le passage aux urgences et d'améliorer la réalité des besoins et des circuits d'hospitalisation non-programmée, afin de compenser la baisse capacitaire par une baisse des durées moyennes de séjours (DMS). Cette démarche lui a permis de présenter par ailleurs des projets innovants mais nécessitant le redéploiement d'une part des moyens rendus.

Au niveau des urgences tout d'abord, il a été pensé un « circuit debout » en vue de désengorger le service. Dans une logique de parcours, le projet des urgences s'inscrit autour d'une organisation de la prise en charge du patient plus pertinente en particulier pour les 45 000 patients externes quittant les urgences sans hospitalisation. Celui-ci a vocation à prendre en charge les patients sans gravité, ne nécessitant pas une surveillance rapprochée, dans des locaux adaptés afin de réduire le temps de passage aux urgences.

Il a ensuite été acté de la création d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)²¹, encore appelée salle de déchoquage pour les patients ayant une détresse vitale, et équipée des moyens nécessaires à la réanimation. Ouverte 24h/24, elle est polyvalente et médico-chirurgicale avec 2 lits par filière (médicale ou chirurgicale), et est un lieu de transit avant adressage (au bloc chirurgical sur PTMC ou au sein d'un service de réanimation). Cette activité qui nécessite un temps infirmier à temps plein (H24) est mutualisée avec le SAMU/SMUR. Ces deux réorganisations ont fait apparaître un besoin en ETP de 3 infirmiers, dont 2 ont été validés par la direction générale.

Le projet du pôle d'urgences impliquait également la création d'une nouvelle Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) de 12 places, destinée à remplacer la Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée (ZHTCD), unité virtuelle qui permettait de coder des séjours pour des patients hébergés dans les couloirs ou les boxes du SAU, solution non-satisfaisante. De fait, elle permet de fluidifier l'accueil des urgences en prenant en charge ces patients (qui relèvent d'un séjour de courte durée, 0 à 1 nuit) en les regroupant dans cette unité, en libérant ainsi les boxes (et surtout assurant une amélioration de l'exhaustivité du codage de la seule activité non-déficitaire par nature des urgences). Cette création nécessita cependant des effectifs (16.42 ETP, équivalent temps plein).

Enfin, permettant de parachever l'objectif de fluidification des parcours médicaux non-programmés, le pôle a créé une plateforme de gestion des parcours de soins non programmés, afin si possible d'éviter des passages inutiles aux urgences et de placer le patient au bon endroit « le temps nécessaire ». À ce titre un travail d'articulation avec les cellules d'ordonnancement du CHU et du service social est un réel gage de succès.

²¹ Conformément au décret D2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures d'urgences

Au niveau des soins critiques, l'ouverture du PTMC a permis de libérer dans les anciens blocs suffisamment de salles pour permettre une mise aux normes de la réanimation médicale (20 lits) avec la création d'une unité de surveillance continue (10 lits). L'Agence Régionale de Santé a opéré aussi en faisant un distinguo entre les obligation de rendu de postes liés à la recomposition capacitaire et les nouveaux projets (qu'elle valide) nécessitant de nouveaux moyens (ou en l'occurrence ici la redistribution de moyens). Cette différenciation est heureuse et justifiée par la réalité de la recomposition capacitaire, qui est une évolution progressive jusqu'à 2023/2025 des pratiques comme des capacités. C'est particulièrement vrai en matière de personnel.

2.2 Une réflexion collective nécessaire sur la prise en charge du patient face à une nouvelle maquette d'effectifs dans les unités de soins

La première mise à plat des effectifs en 2008 avait été plus ou moins bien vécue dans les unités de soins selon que les équipes médico-soignantes avaient réussi ou non à s'accorder sur de nouvelles organisations internes. L'obligation d'accompagner de nouvelles maquettes d'effectifs par une étude approfondie des organisations de production s'est donc avérée nécessaire.

- Le principe des nouvelles maquettes : un recentrage sur le cœur de métier avec le support de référents logistiques et pharmaceutiques

Un des arguments majeurs à la recomposition des unités de soins en hospitalisation complète (hors unités normées : réanimations, surveillance continue, soins intensifs), est que la configuration standardisée d'unités à 28 lits (extensibles à 32 donc), telles qu'elles préfigurerait le nouvel hôpital en 2023, permet des organisations rationnelles et économes en personnel soignant. C'est d'autant plus vrai que ces unités sont relocalisées, voire mutualisées, par disciplines proches.

Les effectifs présents sont ainsi définis (unité de 28 à 32 lits) :

IDE	2 matin - 1 jour - 1 soir / 2 nuit
AS	3 matin - 1 jour - 2 soir / 1 nuit

Il en résulte un total de 29 ETP (total incluant des personnels ASH).

Pour indication, la maquette « type » Ile de Nantes est de :

IDE	2 matin – 2 soir +/- 1 IDE de jour / 1 nuit
AS	2 matin – 2 soir +/- 1 AS de jour / 1 nuit

Les ASH ne sont pas prises en compte.

En revanche, les maquettes telles qu'elles existent jusqu'à présent sont très variables en fonction notamment de capacités très hétérogènes des unités de soins (de 22 à 46 lits).

A titre d'exemple, dans une unité de chirurgie à 36 lits, on comptait :

IDE	4 matin - 1 jour - 4 soir / 2 nuit
AS	5 matin - 4 soir / 2 nuit

Le passage à une maquette de transition et à une capacité de 28 lits permet une économie 15,7 ETP sur cette unité²². C'est d'ailleurs sur ce constat, ainsi que sur les prévisions de réduction capacitaire²³, que la direction générale a pu prendre l'engagement d'un rendu de poste de 400 ETP à l'horizon 2025 (hors postes rendus sur la base du regroupement sur un site unique).

Dans sa configuration intermédiaire, 70 ETP seront déjà rendus à la fin 2014, pour 46 lits sur les 3 PHU concernés (1, 3 et 4).

Les nouvelles maquettes ne visant que les personnels soignants (infirmiers et aides-soignants), il est apparu que cette modification sensible n'était faisable (du moins socialement) que par l'adjonction de fonctions support permettant aux soignants d'être au lit du patient. Il s'est agi pour la direction générale (en particulier le pôle personne et relations sociales - PPRS et la Coordination Générale des Soins - CGS) de repenser l'approche métier soignant dont on recherchait jusqu'alors une polyvalence d'action, mais finalement peut-être trop éparpillé à des tâches annexes dont le personnel soignant ne maîtrise pas nécessairement les bonnes pratiques.

²² Source interne Pôle Personnel et Relations Sociales – PPRS, CHU de Nantes

²³ Objectif de passage d'un plateau d'hospitalisation ramené de 1217 lits à 852

Ainsi une fonction de référent logistique (en unité de soins) a-t-elle été créée. L'idée est née d'une étude dans les unités constatant que les tâches logistiques effectuées par les soignants pouvaient prendre jusqu'à 3 fois plus de temps, selon leur mode d'organisation. Un besoin de professionnalisation a été objectivé et s'est concrétisé par la création de la fonction de référent logistique. De fait le référent logistique est spécialisé dans les pratiques hôtelières, le stockage et la passation de commande de produits. Il est particulièrement intéressant pour éviter aussi bien le sur stockage, qui génère beaucoup de pertes (péremption de produits restés systématiquement au fond du placard...), les troubles musculo-squelettiques et autres accidents de travail²⁴. Il a par ailleurs aussi la charge de la mise en température des charriots repas.

L'autre apport majeur mis en place pour libérer le temps soignant, et qui présente les mêmes avantages que le référent logistique, est le préparateur en pharmacie. Chargé de la gestion de la pharmacie de l'unité, de la commande des médicaments et des dispositifs médicaux, le préparateur en pharmacie assure, dans les unités de soins, le rangement des armoires à pharmacie avec un objectif d'optimisation des dotations et du stockage. Un autre objectif est également la promotion tant du bon usage (et de l'absence de perte). Il représente un réel gain de temps pour les soignants²⁵, et il permet une amélioration reconnue de la collaboration unité de soins/pharmacie.

Des fonctions d'aide au départ pour la réfection des chambres ou d'aide à la gestion des rendez-vous pour l'agenda patient (examens complémentaires) sont également créées.

Au final, en chiffre, et concernant le PHU 3, si la recomposition permet de restituer 43 postes sur les nouvelles maquettes, l'ensemble des projets (UHTCD + SAUV) ainsi que l'ajout de fonctions support reviennent à réinvestir 37 postes. Soit un solde d'un peu plus de 6 ETP, ce qui peut sembler faible aujourd'hui au regard de l'investissement humain engagé. Il est important ici de comprendre qu'il s'agit bien d'une recomposition capacitaire : c'est une grande part de la prise en charge du patient qui a été repensée à cette occasion, dans une organisation optimisée autour du patient.

L'autre pan important de cette réorganisation majeure est né de l'implication demandée aux médecins dans une réflexion commune avec les soignants sur leurs organisations respectives dans le soin lui-même, afin de les faire converger.

²⁴ Par ex : il s'est avéré que certains services manipulaient plusieurs centaines de kilogrammes de sérum par an et que ceux-ci étaient systématiquement stockés en hauteur. Une réorganisation simple des étagères permet de prévenir ce genre de trauma.

²⁵ D'après une enquête à un an, il reçoit un taux de satisfaction globale supérieur à 80 %.

- Un recentrage « métier » appuyé par une réflexion collective menée sur la convergence des organisations médicales et soignantes

La démarche entreprise sur la convergence des organisations médicales et soignantes a pour origine un travail sur l'harmonisation des effectifs et des organisations entamé à l'occasion du CREF (2008/2009), conduisant au rendu de 110 postes. Les unités de soins avaient alors été interrogées sur leurs principaux vecteurs de dysfonctionnement. Des problèmes d'articulation entre les organisations propres des médecins et du corps soignants sont alors remontés car générateurs de travail supplémentaire donc potentiellement de tensions fortes. En 2011, a donc été engagé, avec l'appui d'une aide extérieure, un travail au niveau de quelques unités de soins afin de définir une méthodologie pour mener ce travail de convergence médico-soignante sur l'ensemble des unités.

A l'appui de cette étude, il a été décidé qu'au sein de chaque unité de soins un binôme médecin-cadre de santé coordonnerait le projet. Le comité de pilotage convergence (PPRS, CGS et Direction des Affaires Médicales et de la Recherche – DAMR) a convenu d'un canevas de points incontournables d'organisation qui devaient être abordés (gestion des entrées-sorties, des visites et contre-visites, de la prescription médicale, des examens complémentaires ou des actes lourds comme les pansements compliqués). L'objectif est de faciliter une organisation plus fluide, avec des règles de fonctionnement normalisées et transposables dans la majeure partie des unités. De fait avant de parler de gain, l'intérêt de la démarche présentée aux équipes était axé sur les pertes de temps évitées, les pertes de chance pour le patient également évitées ou encore la pénibilité que génère la non-prise en compte du travail de l'autre. Il était important que les pilotes portent non pas un message moralisateur mais restent portés sur l'organisationnel : valoriser l'activité (le codage et ses enjeux), mettre en œuvre les bonnes pratiques de prescription (identifier les dysfonctionnements : illisibles, non-signées, non-datées, contradictoires entre médecins).

Après avoir convenu d'un état des lieux partagé sur les points référencés dans une grille d'analyse, le groupe de travail mixte soignants-médecin élabore thème par thème des propositions d'amélioration avec pour finalité la rédaction d'une charte de convergence médico-soignante, évaluable et évolutive certes, mais avant tout opposable.

L'objectif du CHU est l'atteinte de l'exhaustivité dans la rédaction des chartes des 80 unités de soins pour 2014, objectif contractualisé avec les PHU, et soumis à intéressement. Il s'agit donc d'un message fort porté par l'institution, tant par le tandem Directeur général – Président de CME que les directions de plateforme et les chefs de pôles. Il a pu s'agir pour ces derniers d'en faire un véritable projet de PHU, comme cela a été le cas pour le PHU 3, dont le chef de pôle était animateur de ce projet institutionnel, en binôme avec le coordonnateur général des soins, et au sein duquel le Président de la CME est aussi un chef de service influent. A cela s'ajoute un volontarisme évident de la direction de plateforme, engagée dans la recomposition capacitaire. Au final le PHU3 atteint rapidement l'exhaustivité (début 2014), avec un fort taux de satisfaction des équipes médicales et soignantes dans les premiers résultats.

2.3 La recherche d'une plus grande fluidité du parcours patient

- Le travail d'ordonnancement et de gestion des lits : un gage d'efficience

L'ordonnancement s'avère être au cœur des préoccupations médicales et soignantes, comme cela a pu être exprimé lors des réunions de convergence médico-soignante.

L'ordonnancement du circuit patient est, malgré la création en 2007 d'une commission d'organisation et d'optimisation de l'activité (C2OA), toujours très perfectible au CHU de Nantes en matière de gestion des lits. Ce constat a été réalisé conjointement par l'hôpital et l'ANAP et à ce titre, a fait l'objet de deux axes majeurs du contrat de performance²⁶.

Dans une logique de parcours, en particulier dans un CHU, l'ordonnancement de celui-ci est fondamental en ce qu'il décloisonne la prise en charge du patient. Il est donc aussi vecteur de convergence. L'objectif majeur, dans le contexte du CHU (tarification à l'activité, réduction des capacités d'hébergement), d'un ordonnancement innovant est de générer des diminutions de durée de séjours par une meilleure gestion des flux des patients (de son entrée au bon moment, au bon endroit pour une durée suffisante, jusqu'à sa sortie). Il permet aussi une optimisation de son appareil productif, en premier lieu duquel ses lits et leur taux d'occupation. Ces deux axes sont particulièrement critiques dans le contexte de recomposition capacitaire, sur un territoire très concurrentiel où tout report d'intervention ou de consultation est souvent synonyme de fuite du patient, donc de perte d'activité.

²⁶ Action 5 : organisation des activités programmées et non-programmées en lien avec la prise en charge des urgences et la gestion des lits ; action 9 : ordonnancement du circuit patient

Dans cet objectif, il a fallu étudier les flux patients, la qualité de régulation de l'activité programmée, favoriser les entrées directes (sans passage aux urgences). Les analyses macroscopiques réalisées par l'ANAP des flux patients dans le périmètre MCO en hospitalisation conventionnelle montraient que des marges disponibles en lits étaient telles que les difficultés imputées aux sorties en aval des urgences ne pouvaient être liées au manque de lits mais bien à une gestion défaillante de ceux-ci. En l'occurrence les urgences sont d'avantage facteur de stabilité que d'aléa et que le véritable aléa réside dans un défaut de maîtrise du processus de programmation. A ce titre le « bed management » doit se traduire comme un mode d'anticipation et de régulation du parcours patient, programmé ou non.

Un besoin de partage et de centralisation de l'information était nécessaire via une structure de coordination sur un ensemble fonctionnel efficace évalué entre 250 et 300 lits respectant certains principes de cohérence :

- Une cohérence managériale : faire intervenir un nombre limité de pôles donc de chefferies de pôles assure une conduite plus souple du changement ;
- Une cohérence géographique : homogénéité des prises en charge d'une part et d'autre part en fonction de facteurs tels que le partage d'équipements, ou de consultations, et de proximité géographique, le CHU étant multisites ;
- Une cohérence de flux patients : une taille critique du périmètre permet un lissage des flux.

Dans chacun de ces ensembles fonctionnels, une cellule d'ordonnancement a été installée, avec pour mission d'optimiser le circuit patient de l'entrée à la sortie, que son séjour soit programmé ou non, en supervisant la gestion des lits mais aussi les examens complémentaires ou le passage au bloc opératoire et de diminuer les journées d'hospitalisation inadéquates, les reports d'intervention chirurgicale, ou éviter qu'un patient n'ait pas de lit et passe la nuit aux urgences.

Le choix de leur mise en place a été guidé par le besoin de coordination qu'implique la recherche de fluidité dans le processus de prise en charge. Mais au préalable, grâce à l'étude de l'ANAP, des évolutions dans les organisations des secrétariats médicaux, des consultations et des blocs opératoires ont été entreprises. La proximité avec le projet de virage ambulatoire, par la création des UCA, UMA et UMAC, a été importante dans la définition de certains principes de fonctionnement comme :

- la responsabilité médicale liée à la spécialité du patient et non à sa localisation géographique ;
- la formation de personnels soignants à l'accueil de patients relevant d'autres spécialités afin de sécuriser la prise en charge (ou encore la sensibilisation des professionnels à articuler leur congés en fonction des fermetures de lits et de l'activité).

L'assouplissement de la notion de service médical fut une orientation stratégique du projet dès son origine : chaque discipline pouvant hospitaliser ses patients dans des zones de prises en charges « teintées »²⁷.

Le projet a conduit à ouvrir 3 cellules d'ordonnancement à vocation médico-chirurgicale (une sur le site MCO du centre-ville, i.e. l'Hôtel-Dieu ; une sur le périmètre de l'Hôpital Mère-Enfant, HME ; une sur le site MCO nord). Une quatrième cellule a pu être ouverte grâce au projet porté par le PHU 3 pour les patients des urgences. Celle-ci visait à apporter une réponse à l'ensemble fonctionnel que représente le PHU 3 (qui capte 65% des hospitalisations post-urgences, soit 14 375 séjours en 2013). Un gage de succès du projet a été porté par le profil retenu des ordonnanceurs dont une forte expertise des processus hospitaliers et une bonne réactivité sont attendus. Le choix s'est donc rapidement tourné vers le personnel infirmier expérimenté, capable d'intégrer les processus comme de les dépasser quand la sécurité et la qualité des soins l'exigent. L'infirmière a aussi une réelle faculté de pénétration des différents secteurs de prise en charge, en particulier vis-à-vis des médecins ou chirurgiens. Elle constitue la bonne synthèse des objectifs portés par les projets menés de front comme la convergence médico-soignante et l'ordonnancement du parcours patient. En fluidifiant celui-ci, les cellules d'ordonnancement affermissent les enjeux de la pertinence et de l'adéquation des séjours. Elle engage également les équipes vers la problématique de la gestion de l'aval.

²⁷ In Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient, un dispositif innovant au CHU de Nantes, RHF n°552 mai-juin 2013

- La gestion de l'aval : la recherche d'une DMS raccourcie au bénéfice du patient et de solutions aux hospitalisations inadéquates

Sans solution d'aval préparée dès les premiers jours d'hospitalisation, voire en amont du séjour programmé, il peut ne pas y avoir de sortie du patient du service d'hospitalisation qui l'accueille alors même que son état ne requiert plus son hospitalisation. Cela crée des « journées inadéquates ». Ce qui est communément appelé aval relève à l'hôpital de la post-hospitalisation : du retour à domicile, de la convalescence ou de la rééducation (Service de Soins de suite et de Réadaptation, SSR), de solutions d'hébergement (EHPAD).

L'aval a un double intérêt pour le patient, comme pour l'hôpital :

- Pour le patient d'abord car il importe que celui-ci soit accueilli dans la structure qui corresponde à son besoin de prise en charge, et à ce titre une hospitalisation trop longue faute de places en rééducation peut s'avérer pénalisante, par exemple, pour un patient d'orthopédie dont le genou opéré doit être remobilisé rapidement après l'opération. C'est également très prégnant chez le patient âgé moins sujet au risque de décompensation s'il est rapidement reconduit à domicile ou accueilli dans une structure adaptée à son niveau d'autonomie.
- Pour l'hôpital ensuite, parce qu'une hospitalisation inadéquate représente un coût non-justifié médicalement en raison de charges fixes, et ne génère pas de recettes nouvelles car aucune nouvelle entrée n'est permise.

De fait, dans une logique de parcours, il est aisé de comprendre combien est négatif l'impact de ces journées inadéquates. Qui plus est au sein d'unités recomposées dont l'objectif, pour maintenir leur niveau d'activité, est d'optimiser leur DMS lorsque leur taux d'occupation dépasse 100%. Il est devenu important pour la direction du CHU d'en connaître les raisons car les nombreuses idées reçues au sein de l'hôpital s'avèrent délétères²⁸. A l'issue d'une enquête réalisée sur 24 services de MCO et 850 patients du CHU, il est apparu que si 5.1% des admissions étaient injustifiées (liées pour un quart à des problématiques sociales et pour les 3 quarts à un manque de place en SSR ou EHPAD, faute de pouvoir rentrer à domicile), cela générait 18.5% de journées inadéquates, soit 120 patients. Près de la moitié de ces

²⁸ Certaines réflexions des équipes révélatrices de tensions : « il n'y a plus de SSR au CHU », « il ne nous prend aucun patient », il suffit d'imposer aux EHPAD des placements », « les filières de médecine sont les plus encombrées », « le service social ne travaille pas à faire sortir les patients... »

patients médicalement sortants restaient hospitalisés faute de place d'aval (38% SSR, 35%USLD et EHPAD, 14% retour à domicile avec aide), 22% relevaient d'une décision patient/famille, et 10% étaient imputables à un avis médical en attente.

Si l'enquête a permis d'objectiver certaines situations qui créaient inutilement et de façon fautive des tensions, car plus de 90 % des SSR du CHU proviennent de services du CHU (c'est particulièrement vrai pour les SSR à vocation gériatrique, avec plus de 96%), elle a permis de constater que l'aval a aussi ses contraintes génératrices d'inadéquations, et qu'il fallait agir de façon coordonnée mais sur plusieurs plans pour permettre d'apporter quelques solutions sans pour autant attendre une ouverture « miracle » de lits d'aval par l'ARS, qui a d'ailleurs invité en fin d'année 2013 le CHU à solutionner lui-même ses problèmes d'aval.

En interne tout d'abord, et concomitamment au processus relatif à la convergence médico-soignante, un plan d'action visant à faire connaître auprès de ces équipes les dispositifs d'aval et la problématique de gestion des sorties (avant midi de préférence) a été impulsé par la direction de l'établissement. L'objectif est de préparer dès l'entrée du patient son parcours de sortie le mieux adapté. Cette démarche est déjà bien maîtrisée lorsque les séjours sont programmés.

Elle est beaucoup plus délicate lorsque ceux-ci ne le sont pas, et qu'aucune solution simple ne se dégage. C'est classiquement, le cas de patients atteints du syndrome de Korsakoff de moins de 60 ans, pour lesquels aucune solution d'aval adaptée n'existe, exceptée en Belgique. De même concernant certains patients âgés déambulants et qui, de fait, posent certains problèmes de surveillance dans les SSR qui ne peuvent pas absorber tous les besoins. Enfin la situation bloquante reste le manque d'aval à l'aval, à savoir l'absence de possibilité de retour à domicile, la famille ne pouvant prendre en charge le parent isolé qui a perdu son autonomie, mais refusant pour autant, souvent faute de moyens financiers, le placement en EHPAD.

Jusqu'à présent les services de SSR en particulier étaient soumis à des pressions fortes de la part des services dits d'aigu, pour prendre en charge ces patients souvent lourds, et pas toujours conformes aux objectifs de soins d'un tel service, sans considération de leur propre capacité à les accueillir ou à libérer leur lit. Des solutions ont permis d'améliorer, dans une certaine mesure, la situation en interne, d'autres sont en cours de mise en place.

Il s'agit tout d'abord des solutions apportées par la structure innovante et adaptée qu'est la MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer), dont les gestionnaires de cas ont depuis élargi leur champ de compétences à d'autres situations que les malades d'Alzheimer, et qui ont une véritable faculté à trouver des solutions à des

situations bloquantes (mise en place d'un projet de retour à domicile, ou d'hébergement en accord avec la famille). Afin d'objectiver certaines situations médico-économiques, le projet d'une étude menée par un gestionnaire de cas a été cofinancée cette année afin de mesurer l'état des besoins dans ce genre de structures et les avancées qu'elles permettent.

Par ailleurs, un plan d'actions en gérontologie a permis d'engager la réflexion sur les fonctionnement du SSR gériatrique, et de sa capacité à permettre de prendre en charge dans des conditions de qualité attendues, et à la fois de participer à l'effort de réduction des DMS des services de médecine. Un ensemble de mesures visant à objectiver la charge en soins, de suivi d'activité ainsi que la création d'une cellule d'étude des cas bloquants sont en cours de réalisation et devraient permettre de mieux faire connaître aux services d'aigus (et aux internes en particulier) cette solution d'aval.

Parallèlement la direction de plateforme du PHU 3 a pris la coordination de territoire du dispositif régional de coordination de l'aval (DCA). Cette structure de coordination au service des professionnels impliqués dans l'orientation des patients hospitalisés a pour vocation de les accompagner face à leurs difficultés soit en agissant directement face à certains cas complexes, à l'image des gestionnaire de cas de la MAIA, soit en commandant et analysant des études statistiques de flux qui mettent en exergue certains blocages et apportent des propositions de solutions. Cette démarche s'accompagne de la mise en place d'un outil informatique partagé de demande de place en SSR « trajectoire », qui a vocation à optimiser l'emploi de cette capacité d'aval à l'échelle du territoire. Cependant les services du CHU qui souhaitent adresser un patient sur un SSR proche de son domicile se heurte quasiment toujours à un refus de la structure, surtout si celle-ci est privée, lorsque le patient présente un niveau de lourdeur de prise en charge trop important ou une problématique sociale. De fait, seules les structures publiques, et en particulier les SSR du CHU, avant ceux de la Communauté Hospitalière de Territoire, lui sont ouvertes.

Aujourd'hui beaucoup reste à faire en matière de coordination des capacités d'aval. C'est à ce titre que la direction générale en a fait un de ses 15 chantiers prioritaires. Un premier comité de pilotage présidé par le directeur général et le président de la CME s'est déroulé fin septembre en présence des responsables des principales structures avec qui le CHU collaborent sur le territoire nantais afin que chacun puisse faire état de ses pratiques et de ses attentes²⁹.

²⁹ Notamment l'HAD, gérée par une association privée, a pu faire valoir sa capacité à doubler ses places si le CHU désirait faire plus appel à elle, au titre d'alternative à l'hospitalisation, non d'aval cependant.

Cependant, en interne, l'engagement des services de SSR de répondre (positivement ou négativement) de manière exhaustive, aux demandes formulées dans l'outil informatique « trajectoire » a déjà permis d'améliorer la qualité de prescription de celles-ci et de faire baisser les tensions entre services d'aigu et d'aval. Concernant le projet de réorganisation du PHU 3 et en particulier des urgences, un réel travail pédagogique des équipes est mené auprès de la médecine de ville et des structures d'hébergement qui ont trop facilement recours à l'adressage de leurs patients aux urgences de l'hôpital. Ceux-ci, souvent âgés et isolés socialement, génèrent des admissions inadéquates, et donc des journées inadéquates. Relevant plutôt du médico-social, les patients âgés par exemple devraient pouvoir être orientés, sous l'égide du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), vers des EHPAD, sans que l'aspect financier ne bloque leur entrées (par une prise en charge collective des frais d'hébergements), la facture sociale serait moins élevée que pour leur séjours hospitaliers.

Mais dans l'esprit de beaucoup d'adresseurs, il n'existe pas d'autre structure que l'hôpital public qui permette un temps de « répit » favorable à l'accueil de ces personnes. Là est la limite de l'exercice, car s'il existe une urgence sociale, elle n'a pas toujours d'aspect médical. Dès lors un patient hospitalisé sans cause médicale, mais avec une problématique sociale, pourra rester des mois à l'hôpital dans l'attente d'une solution d'hébergement d'accueil. Ils convient de s'interroger dans quelle mesure ces patients, qui peuvent représenter un nombre important de journées inadéquates, doivent être à terme pris en charge dès lors que les lits d'hospitalisation complète deviennent une denrée rare et les durées moyennes de séjours l'objet de pression toujours plus forte afin que l'activité, et donc les recettes et la capacité d'autofinancement, ne pâtisse pas de la baisse capacitaire sur laquelle s'est engagée l'institution.

La question se pose avec d'autant plus d'acuité lorsque le projet hospitalier, conformément aux orientations nationales de l'offre de soins, s'engage à l'avenir vers une raréfaction de ces lits d'hospitalisation conventionnelle, pour développer les places en ambulatoire et les capacités d'hospitalisation en soins critiques appuyés par un plateau technique performant. Or dès à présent alors qu'une première étape a été franchie dans cette voie, il convient d'en analyser les résultats.

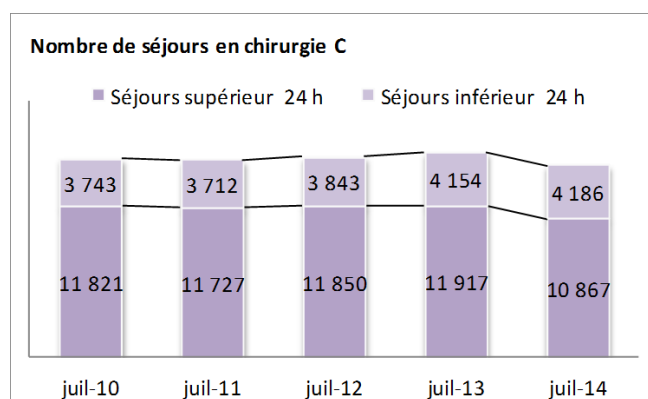
3 Des premiers résultats d'activité qui ne permettent pas une validation totale de la méthode

Après 11 mois d'activité du PTMC, le virage ambulatoire s'engage progressivement. En matière d'activité de chirurgie, il est difficile aujourd'hui de dresser un bilan des éventuelles substitutions de modalités de prise en charge entre le conventionnel et l'ambulatoire, tant celle-ci a été perturbée à des niveaux alarmants. Cependant un mouvement a été enclenché en matière de prise en charge y compris en hospitalisation complète, il convient de reconnaître que la conduite du changement en l'espèce semble avoir porté ses fruits. Une interrogation plane toutefois autour du choix des activités recomposées, au sein du PHU3, qui pourraient engager la santé financière de l'établissement.

3.1 Des progrès enregistrés de l'activité ambulatoire moindres que prévus : l'impact à mesurer de l'ouverture du PTMC

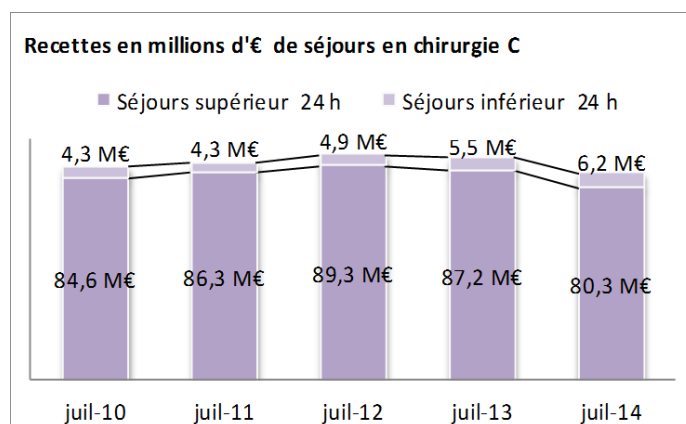
- Une augmentation faible de l'activité de chirurgie ambulatoire ne compensant pas la chute brutale d'activité en chirurgie conventionnelle : le PTMC en cause ?

Le constat alarmant pour la chirurgie au CHU de Nantes est celui d'une activité de chirurgie en net recul avec une baisse enregistrée en juillet 2014, par rapport à juillet 2013, d'environ 1000 séjours soit - 6.3%. Concernant la chirurgie ambulatoire, alors que depuis 2 années elle progressait de presque 5% par an, sa progression se tasse brutalement (+32 séjours, +0.8%), et l'objectif d'augmentation de 2% de cette activité semble difficilement atteignable pour 2014. Concernant la chirurgie conventionnelle, la baisse est sensible par rapport à juillet 2013 (-1050 séjours ; - 8.8%) :



Source : CHU de Nantes

Logiquement, en termes de recettes, les conséquences sont majeures puisqu'elles connaissent un recul de 6.2 M€ (+800 k€ en -24h ; -7M€ en +24h) :



Source : CHU de Nantes

Ces données interrogent l'impact réel de l'ouverture du PTMC sur la baisse d'activité. Au-delà des huit jours complets de fermetures des blocs pour transferts d'activité sur le nouvel ensemble, les facteurs de perturbation de l'activité ne lui sont pas seuls imputables (même si l'ouverture du PTMC a généré des problématiques organisationnelles importantes). Alors que précédemment l'organisation de la programmation des salles, de la gestion des arsenaux, du personnel étaient réparties sur plusieurs blocs plus petits (de l'ordre de la dizaine de salle), et sur un nombre limité de spécialités (donc des arsenaux plus simples à organiser), le passage à un bloc de 22 salles avec un arsenal unique pour une douzaine de spécialités a fait apparaître un manque de coordination et de compétences. Cela a semble-t-il, le temps d'identifier les problèmes, de décider de faire appel à des renforts et d'améliorer les organisations, conduit à beaucoup d'annulations de programme, les chirurgiens ne pouvant opérer sans leurs boîtes au complet. Certaines opérations ont pu être reprogrammées, d'autres annulées définitivement lorsque les patients ont préféré se faire opérer dans une des nombreuses autres structures chirurgicales nantaises. Des mesures correctrices ont été prises depuis, notamment un renfort en personnel infirmier de bloc (IBODE) à l'arsenal ainsi qu'une mise à plat des compositions de boîtes, par discipline plutôt que par chirurgien.

De fait, si la mise à disposition d'un grand bloc commun à de très nombreuses spécialités devait permettre initialement une économie d'échelle, la normalisation, et la professionnalisation des processus de production, gage d'une amélioration de la sécurité et de la qualité de ceux-ci, il a fallu mettre en œuvre des moyens de coordination pour pallier la complexification de l'organisation.

Il s'avère, de plus, qu'après 9 mois de fonctionnement, le PTMC n'a toujours pas atteint son objectif de taux d'occupation cible (80%) pour ne fonctionner qu'à 70% de ses capacités. A côté des problèmes organisationnels cités, la coordination de bloc a dû avoir recours à de trop systématiques fermetures de salles, fautes de médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) en nombre suffisant. En effet, depuis plusieurs années le CHU de Nantes, comme presque tous les hôpitaux publics³⁰ connaît un problème à recruter sur l'ensemble de ses postes de MAR (en moyenne une dizaine de postes vacants). Cependant en 2014, en particulier sur la période estivale, deux arrêts longs se sont surajoutés et n'ont pas pu être remplacés, faute de recrutement pour l'un et défection du remplaçant pour l'autre. Au final la perte de temps de vacation offerte (TVO) pourrait avoir dépassé les 2000 heures, sur cette seule cause, exonérant en partie l'outil PTMC.

³⁰ Un rapport du Centre national de Gestion ferait état d'un taux de vacances de 30% des postes de praticien hospitalier en anesthésie-réanimation, selon un article du 16 septembre 2014 du site pourquoidocteur.fr

Par ailleurs, le focus porté sur la chirurgie avec l'ouverture du PTMC a permis de se rendre compte d'un certain nombre de « retards » dans la prise de conscience des enjeux d'activité par certaines équipes.

- Une interrogation sur le niveau variable d'implication des acteurs dans la bonne marche du projet

L'éclatement, jusqu'à l'ouverture d'un bloc commun, de la localisation des salles d'opérations a longtemps rendu difficile l'analyse de l'optimisation de l'emploi de celles-ci, par des améliorations dans les temps de parcours (attente de brancardage, demande d'examens...), ou d'organisations internes (moyens en personnels de bio-nettoyage, utilisation des salles par les chirurgiens), alors même que l'outil informatique « Q bloc » faisait apparaître des niveaux d'activité médiocres.

L'ouverture d'un bloc commun a donc révélé certains problèmes d'implication de personnels, en particulier de chirurgiens, dans la bonne marche du projet et son bon usage. Il est apparu ainsi que des chirurgiens omettaient d'informer de la prise de congés, pour congrès par exemple, entraînant de fait l'annulation de tout un programme journalier de façon inopinée, alors même que tous les moyens à leur service étaient déployés. La vue d'une salle vide avec son personnel devenu inutile a pu susciter chez certains usagers du bloc (ceux qui s'impliquent à développer leur activité, et connaissent des freins faute de salles libres) un besoin de mise au clair alors que jusqu'à présent, ces faits restaient confiné au sein de chaque bloc.

De même, sans évoquer les vacances d'été, le personnel des blocs, y compris de l'UCA, est difficile à impliquer dans la programmation d'une activité soutenue pendant les vacances scolaires. Alors que généralement les blocs des groupes privés sont très actifs pendant cette période propice à des actes légers de chirurgie, chez l'enfant et l'adolescent (stomatologie, ORL notamment), le CHU continue de fermer des salles faute de personnel, absent pour cause de congés. La perte d'activité³¹ et donc de recettes est dommageable. Mais en perte de parts de marché, et d'image, c'est inquiétant.

³¹ Sur un total de 2258H de salles fermées à fin août, 500 l'ont été pour absence d'opérateurs (notamment congrès mal anticipés), soit 22%

Devant ce constat, le centre de ressources de blocs opératoires (CRBO) a vu son management évoluer, piloté désormais par un couple chirurgien anesthésiste, afin de mettre en œuvre les innovations organisationnelles qui s'imposent. L'objectif est aujourd'hui d'endiguer le phénomène de fermeture de salles. Il est mis en place une information du CRBO quinze jours au minimum avant des absences afin d'organiser la redistribution des moyens, d'abord en interne par spécialité, pour éviter les annulations de programmes, puis à l'ensemble des disciplines. Le management du CRBO doit parvenir à convaincre les utilisateurs de bloc que les fermetures de salles ne doivent plus être une option et que l'activité programmée doit être assurée, en particulier en ambulatoire, où les attentes des patients sont importantes, notamment pour l'ensemble des mesures qu'ils doivent respecter avant d'arriver à l'UCA : avoir pris sa douche antiseptique, être à jeun, avoir préparé son retour à domicile.

- Des indicateurs et des mesures correctives incitant à l'optimisme cependant pour les années à venir

Un plan d'actions accompagne en effet la refondation de la gouvernance du CRBO, comprenant deux audits (sur l'activité programmée et l'activité d'urgence) ainsi qu'une coordination du plan par un comité de pilotage (COFIL) en charge de traiter les questions relatives aux problèmes liés à l'organisation : optimisation des temps anesthésique et chirurgical (mises en place de salles de rotation), harmonisation des secteurs d'activité en compétences pour faciliter les mutualisations de ressources (MAR, IBODE et infirmières spécialisées en anesthésie, (IADE)), améliorations des flux internes (modification des organisations aides-soignants (AS), pour le bio nettoyage et le brancardage interne). L'objectif est d'améliorer sensiblement le taux d'occupation du PTMC, et enfin atteindre l'objectif de 80%, afin qu'il puisse être démontré combien cet équipement peut permettre la performance³². La réactivité des IBODE de tableaux qui gèrent le programme du jour permet de remplir les plages laissées libres, quelle qu'en soit la raison, afin, en programmant les interventions d'un chirurgien sur ces salles sans programme mais avec tous les opérateurs présents, d'optimiser le temps entre deux opérations (améliorant le TROS) et d'employer les agents de bloc à bon escient.

³² Par exemple concernant le temps réel d'occupation des salles, TROS (entrée/sortie du patient et nettoyage de la salle), le PTMC est, sur les salles ouvertes, bien plus performant que les autres blocs du CHU et supérieur de 5 points au référentiel ANAP qui est de 80%

Un enjeu majeur est de traiter la question de la présence des MAR, sans qui aucune amélioration du niveau d'activité n'est possible. Un groupe de travail a donc été créé sur l'attractivité du CHU auprès de cette population très recherchée. Depuis juillet, des réunions mensuelles entre le chef de service de l'anesthésie, la direction générale et le président de CME sont organisées. Un premier résultat concret a été un infléchissement dans la politique de remplacement des MAR jusqu'alors très (trop) restrictive puisqu'impliquant un préalable bloquant de nombreuses possibilités intéressantes de remplacement : le fait d'avoir déjà exercé dans un CHU était, en effet, une condition obligatoire.

Une seconde mesure d'attractivité a été mise en place à destination des internes en autorisant la séniorisation de jour et de garde des internes en dernier semestre d'internat depuis juin 2014, dont le bilan positif a convaincu de reconduire le dispositif en 2015.

De même, en matière de recrutement, 6 postes seront pourvus en novembre 2014, et 3 le sont en perspective pour 2015, démontrant ainsi que la mobilisation collective (à l'initiative de la direction générale face à la chefferie de service des MAR) autour de l'attractivité du CHU n'a pas été une vaine aventure et prouve ainsi que la multiplicité des spécialités et des missions qui peuvent être confiées à un MAR sont des atouts importants quand les niveaux de rémunération ne peuvent s'aligner sur ceux proposés par les cliniques privées, qu'elles soient à but lucratif ou non.

Enfin, la direction générale poursuit ses investissements dans les techniques d'avenir en équipant le PTMC d'appareils d'imagerie avancée, autorisant de développement de techniques d'imagerie interventionnelle qui assureront des gains de temps opératoire importants et une attractivité du CHU auprès des chirurgiens. Ces outils doivent permettre à l'institution d'atteindre ses objectifs d'activité et de prendre des parts de marché au privé dépourvu à ce jour de tels équipements³³.

L'ensemble de ces mesures incitent la direction générale à affirmer aujourd'hui que les conditions de la reprise de l'activité chirurgicale sont réunies, en particulier parce que le PTMC pourra rapidement offrir un TVO supérieur grâce à la présence de MAR d'une part, et d'une prise de conscience des enjeux par les opérateurs d'autre part.

³³ En particulier le CT-scanner, qui est un véritable scanner sur roulettes qui peut être donc utilisé par le chirurgien pendant l'opération, offrant sur certaines opérations jusqu'à 30% de gain de temps, et dont seuls 7 hôpitaux (CHU principalement) en France sont aujourd'hui équipés.

3.2 La méthode de la recomposition capacitaire engagée par le PHU3 : une réorganisation pertinente et transposable mais qui appelle quelques remarques

Un an après l'accord donné par le COPERMO au CHU de Nantes de s'engager dans le projet d'un nouvel hôpital dans le respect d'une enveloppe capacitaire extrêmement exigeante, dès 2014, il semble que le premier des PHU à recomposer son offre de soins ait réussi son pari. Le PHU3 a tenu les objectifs de réduction capacitaire en lit, de mise en œuvre de nouvelles maquettes d'effectifs et d'évolution de son organisation de prise en charge, dans un délai pourtant très contraint. Cependant, certaines données laissent à penser que beaucoup reste à faire.

- Une mise en œuvre réussie du projet, dans le respect d'un calendrier très contraint et dans un climat social relativement apaisé

Si le principe de recomposition capacitaire autour d'unités de 28 à 32 lits, avec une réduction du nombre de postes soignants subséquente et permise par une nouvelle maquette d'effectifs, était acté dès juin par le directoire et validé en juillet par le COPERMO, le management du PHU 3 et la direction de plateforme se sont montrés très prompts à exposer leur projet global de recomposition (financement de moyens nouveaux par des réductions capacitaires et regroupement de ses unités d'hospitalisations complètes)³⁴ et permettre une première validation dès septembre par le directoire. Celui-ci a ainsi acté que le projet devait être finalisé pour le 22 janvier 2014, date retenue du déménagement effectif des équipes dans les nouvelles unités. Cependant l'ouverture de l'UHTCD apparaissait préférable avant l'hiver et le pic épidémique. Il a donc fallu accélérer le projet du PHU car cette exigence impliquait la mise en place simultanée de la cellule d'ordonnancement, du circuit debout et de la SAUV.

Concernant le volet ressources humaines, le travail préparatoire mené par le PPRS, en lien avec la plateforme, a également débuté en septembre par l'information du Comité Technique d'Établissement, notamment pour présenter le principe des maquettes mais aussi celui des fonctions supports et le projet d'accompagnement des équipes³⁵. Ainsi entre octobre et décembre, alors que les discussions médicales sur le rapprochement des

³⁴ Note de synthèse des projets du PHU 3 présentée dès le 1^{er} août 2013

³⁵ Cf. annexe I

unités et leur localisation s'intensifiaient, une campagne de communication auprès des équipes a été menée afin d'emporter leur adhésion et de composer les nouvelles équipes.

Pour ce faire, le PPRS a mis en œuvre un accompagnement individuel auprès des 171 personnels concernés par la mobilité, de afin de faciliter l'expression de chacun de 3 choix d'unités, et de 3 non-choix. Dès novembre, les mouvements de personnel étaient identifiés et les roulements proposés en commission de roulement, pour une présentation en CTE en fin d'année et la planification des congés annuels des agents également. En parallèle étaient déployés les fonctions supports (préparateurs en pharmacie et référent logistique).

Le déménagement lui-même n'a pas posé de difficultés : coordonné par deux interlocuteurs (logistique et informatique) et accompagné d'une cellule de crise le jour j, aucun incident n'a été à déplorer, y compris dans la commande des repas.

Il faut relever le rôle clé du management dans la réussite d'une mise en œuvre aussi rapide des choix retenus. Si le duo chef de pôles-cadre paramédical a été moteur et investi sur le terrain auprès des agents, l'implication du président de CME, également chef d'un service de médecine polyvalente, a été d'un poids considérable pour emporter une adhésion du corps médical et des soignants. L'accompagnement par le PPRS a permis aussi de répondre aux attentes et inquiétudes des agents, et donc à leurs représentants syndicaux qui ont accompagné le projet de loin mais sans tension.

De fait, la méthode appliquée au PHU 3 est actuellement reprise par les autres PHU concernés cette année par la recomposition capacitaire. Cependant, cette adhésion ne se retrouve pas systématiquement, faute semble-t-il de leadership médical dans certains pôles (et certainement aussi à une portée moindre de la parole du PCME dans ces unités). Des tensions fortes apparaissent quant au format retenu des nouvelles unités, ou sur une problématique qui n'avait pourtant créé que peu de tensions au PHU3, à savoir la nécessité pour faire fonctionner les maquettes d'effectifs que les aides-soignants assurent au moins un week-end d'astreinte par an.

- Sur le bien-fondé des choix organisationnels nouveaux, quelques remarques sont à faire valoir cependant :

En premier lieu, un point de vigilance a porté sur les conditions de travail ressenties des personnels soignants dans les unités de soins d'hospitalisation complètes recomposées. Celles-ci ne bénéficient plus ni des patients ambulatoires (généralement plus légers) la journée, ni des séjours forains la nuit. Ces derniers étaient le reflet d'une dérive organisationnelle qui voulait par exemple qu'un patient ambulatoire soit hospitalisé la veille de son intervention car l'anesthésiste n'avait pas encore fait passer de consultation au patient. Ces séjours sont, du fait de l'ouverture de l'UCA, peu à peu éradiqués des pratiques. A bon escient car ils monopolisaient un lit sans raison médicale, donc sans contrepartie financière.

Dès lors, cette amélioration de la gestion des lits a pu retirer au personnel soignant des patients plus légers, qui demandaient moins d'efforts. Au contraire, il est fait valoir que désormais tous les lits ont vocation à être équipés par des patients lourds ou potentiellement problématiques, puisque nécessitant une hospitalisation complète. A ce titre les soignants de ces unités ne veulent pas être les « parents pauvres » de l'hôpital, ceux sur lesquels on chercherait à faire systématiquement des économies car moins attractifs que les services ambulatoires et qui se verraient adresser les patients indésirables ailleurs.

Si cette situation relève probablement plutôt du ressenti que de la réalité, il interroge à terme sur les risques, dans ces conditions, que représentent les nouvelles maquettes, imposant un rythme soutenu de travail en particulier pour les aides-soignants, sur l'absentéisme déjà élevé.

En second lieu, malgré les convictions contagieuses du président de CME, il semblerait que le corps médical garde encore quelques vieilles habitudes vis-à-vis de la gestion des lits qui rendent compliquée la mise en œuvre d'un ordonnancement interne. Il existe en effet toujours un vieux réflexe d'appropriation des lits de leur service, compliquant la visibilité de la libération de ceux-ci, de même qu'une difficulté à dépasser la notion de spécialité médicale qui permettrait plus facilement à la cellule d'ordonnancement de placer des patients à la pathologie proche de la spécialité d'accueil. Il y a lieu dans ce domaine de poursuivre la démarche de concertation. A titre d'exemple, la mise en place d'un hôpital de semaine (polyvalent, et théoriquement commun au pôle) au sein de la médecine interne est le symbole criant de cette réalité : peu convaincu par le projet, le chef de pôle s'est pourtant approprié les lits de cette unité, en gardant le dernier mot sur les programmations de ceux-ci. De fait, la programmation au sein de cet HDS est

problématique (le taux d'occupation moyen depuis janvier est de 53%), partiellement compensée par les hospitalisations non-programmées issue des urgences³⁶. Un projet de staff pluridisciplinaire de l'HDS serait susceptible d'optimiser voire de systématiser la programmation de cet outil, qui doit encore faire ses preuves auprès du corps médical comme de la direction générale.

Enfin à ce jour l'ordonnancement n'a pas permis d'influer sur la question de l'aval et des séjours inadéquats : malgré la diminution du nombre de lits de Médecine (moins 17 lits au total), le nombre de patients hébergés hors PHU 3 n'a pas évolué depuis le mois de mars :

Patients hébergés hors PHU 3	mars	avril	mai	juin	total
2013	6	9	5	0	20
2014	9	5	5	1	20

L'extension, dès cet été, au PHU 3 de la gestion du parcours patient initié par le pôle de gériatrie devrait apporter certainement des réponses, grâce à des méthodes d'investigation plus poussées dans la recherche sur le terrain (en particulier en ville et auprès des structures d'hébergement) que ne permet ni la cellule d'ordonnancement (principalement compétente à la gestion des lits), ni le service social (également cantonné à son espace de travail, c'est-à-dire l'hôpital). En matière de sorties difficiles, d'autres solutions existent, comme la cellule d'analyse et de gestion des cas complexes qui grâce à sa dimension pluri professionnelle (médicale, gestion de parcours, service social, soignants voire direction) pourra permettre d'améliorer la question des cas bloquants.

Si globalement cette réorganisation semble porter ses fruits selon les prévisions avancées par le management du pôle, la réalité médico-économique de la recomposition du PHU 3 invite à s'interroger sur les modalités retenues pour évaluer lesquelles, et dans quels volumes, des activités de soins devaient être privilégiées.

³⁶ Grâce notamment au projet de fluidification des parcours aux urgences qui ont doublé le nombre d'entrées en matinée
Yann LUCAS - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2014

3.3 Une interrogation sur la réflexion globale à mener sur le portefeuille d'activités concernées par la recomposition

- La réalité médico-économique alarmante de la recomposition capacitaire au sein du PHU 3

Tout d'abord au niveau de l'activité, les DMS ont globalement diminué d'une journée dans les unités conventionnelles (alors que l'HDS devait capter les séjours courts). Ce constat démontre que l'investissement des personnels à prendre en charge les patients dans une logique de parcours porte ses fruits.

Malheureusement, il s'avère quand même que l'activité a diminué dans des proportions similaires au nombre de lits rendus :

Séjours à fin juin

		nombre de séjours 2013	nombre de séjours 2014	écarts séjours	écarts séjours (en %)	DMS 2013	DMS 2014	TAUX OCCUP 2013	TAUX OCCUP 2014
HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE									
UF 1041	Méd. Interne 7ème EST 1ère unité	483	88	-395	-82%	7,6	5,4	99,0%	108,4%
UF 1061	Méd. Interne 7ème SUD 3ème unité	410	56	-354	-86%	9,3	6,8	95,6%	82,5%
UF 1045	Méd. Vasculaire 7ème SUD	339	215	-124	-37%	11,2	8,9	97,0%	92,9%
UF 1064	Médecine Interne 7ème EST	0	578	578	-		7,6		88,9%
UF 8901	lits gigognes Méd Interne		21	21	-		4,9		-
sous-total Médecine interne HC		1223	864	-359	-29%	9,22	8,39	97,3%	91,9%
UF 1151	MAL. INFECT. TROP.	316	333	17	5%	11,94	10,86	94,8%	90,8%
UF 8903	lits gigognes Méd Interne		13	13	-		9,15		-
sous-total MAL. INFECT. TROP.		316	338	22	7%	11,94	11,06	94,8%	93,8%
UF 2096	MPU 5ème SUD	658	806	148	22%	6,26	6,65	98,9%	95,7%
UF 2097	MPU 5ème SUD 1ère unité	559	83	-476	-85%	7,36	5,89	98,9%	101,2%
UF2088	MPU 6ème EST	596	769	173	29%	7,09	6,77	97,3%	95,9%
UF 8902	lits gigognes MPU		36	36	-		4,28		-
sous-total MPU		1783	1601	-182	-10%	6,95	6,94	97,8%	96,5%
Nombre de séjours MEDECINE HC		3322	2798	-524	-16%				
HDS									
UF 1051	HDS MEDECINE	0	286	286	-	0	2,43	0,0%	54,4%
Total nombre de séjours		3322	3084	-238	-7%				

Source : PHU 3

On remarque ainsi que les taux d'occupation n'ont pas explosé comme on pouvait s'y attendre (au contraire le taux d'occupation a perdu 6 points en médecine interne pour se stabiliser à 92%, ce qui reste très élevé).

Par contre, là où les moyens ont été réalloués, c'est-à-dire sur le projet des urgences, le résultat est très encourageant : l'UHTCD capte 1200 séjours supplémentaires, certainement d'ailleurs par une identification désormais systématique permise de séjours précédemment non-codés. Ce constat est d'autant plus alarmant qu'il s'avère que l'étude

de la rentabilité de ce secteur montre une baisse en proportion supérieure à celle de l'activité.

Il s'avère que celle-ci s'explique en particulier par la baisse de la DMS qui est conséquente en médecine interne et a influé mécaniquement sur le degré de sévérité des séjours³⁷. Ainsi si la médecine a perdu 4% de son volume d'activité, sa perte de recettes est de 19%, provoquant une baisse de son taux de marge brute de 6.4 points à 19.44%. D'une manière générale sur les secteurs d'hospitalisation, le résultat sur charges directes diminue de près de 2 millions d'euros (entre les dépenses directes et les recettes d'activité) à +5.6 M€, et le taux de marge brute perd 4.85 points, à fin juin.

Au global des secteurs recomposés, grâce au succès de l'UHTCD, le résultat sur charge directe, sur 6 mois, du PHU évolue à la baisse de 800 000€ à + 5.8 M€ et le taux de marge brute perd 2.6 points à 41.2%, ce qui reste bon. Ceci s'explique principalement par le fait que le pôle urgence/médecines est structurellement très rentable pour l'hôpital.

Mais avec des taux d'occupation des lits parmi les plus élevés du CHU, il est légitime de s'interroger les raisons qui ont poussé la direction générale à accepter de la part de la gouvernance du PHU 3, un challenge aussi ambitieux que celui proposé qui était initialement sans baisse d'activité en hospitalisation complète (objectif qui sera difficile à atteindre en 2014), de diminuer autant ses capacités d'hospitalisation, tant la baisse d'activité semble corrélée avec la baisse capacitaire. Ne vaut-il mieux pas faire porter l'effort de recomposition sur des activités moins rentables (et surtout dont les taux d'occupation sont bas) ? La question de la pertinence dans la méthode de choix des unités à recomposer pour tenir les engagements pris auprès du COPERMO est légitimement posée. La santé financière de l'hôpital, qui lui garantit sa capacité à investir et à innover, en dépend.

- La remise en question de la pertinence du choix des unités recomposées

Au moment de convaincre les autorités nationales de la viabilité du projet de réduction capacitaire du futur hôpital, certaines données d'évolution d'activité entre 2009 et 2020 ont été avancées selon les grands types de prises en charge (médecine, chirurgie, obstétrique) avec des ordres de grandeur ; elles sont certes issues du projet médical refondu mais interrogent sur la méthode de calcul employée³⁸. Les capacités de prise en charge dans un établissement repensé dans son organisation mais qui a perdu des

³⁷ Selon le Service d'information médicale, un seuil fixé à 4 jours de DMS fait automatiquement baisser le Poids Moyen du Cas Traité, PMCT, sur la base duquel le tarif est calculé.

³⁸ Médecine : + 18% de séjours, chirurgie +23%, gynécologie +6%...

capacités d'hospitalisation³⁹ ont été garanties par la direction de l'établissement, grâce notamment à des gains en terme de DMS attendus. Si le principe a été accueilli favorablement c'est parce qu'un engagement itératif dans la démarche a également été pris à compter de 2014, avec un travail sur la recomposition capacitaire de 3 premiers PHU. C'est concernant cette première étape que la méthode retenue peut être interrogée dans ses choix.

En effet, alors que, pour répondre à la double contrainte de respect des engagements de rendu de postes et de lits présentés au COPERMO et celle de garantir un niveau de recette maximisé, une approche médico-économique réalisée par activité, non par PHU aurait permis de prioriser la recomposition d'unités à l'activité ralentie, afin d'engager leur optimisation, sans grever les projets novateurs (mais nécessitant des moyens, comme celui des urgences). Au contraire la méthode retenue fut de demander à chacun des 3 premiers PHU de présenter leur projet de recomposition, charge à la direction des finances d'étudier sur cette base les moyens de la soutenabilité financière de chaque projet. Or on remarque que globalement chaque pôle a proposé un rendu d'une vingtaine de lits, le PHU 3 s'engageant sur 29 lits de médecine. L'étude d'impact qui en a découlé a étudié pour chacun des PHU quel serait le scénario engageant le moins de perte de recettes, en fonction d'une évolution potentielle soit du taux d'occupation soit de la DMS, voire des deux.

Le premier constat est celui d'une estimation basée sur des postulats erronés, car trop théoriques et trop éloignés des réalités de terrain voire de tarification : par exemple, l'effet de seuil sur le PMCT des DMS inférieures à 4 jours n'a jamais été envisagé. De fait, le décalage entre les prévisions d'activité du PHU 3 et de recettes et leur réalisation est important puisque les deux scénarios envisagés (y compris celui prévoyant un taux d'occupation et une DMS stable, avec transfert des séjours de moins d'une nuit à l'UMA) prévoyaient des gains (200 000 euros). Soit potentiellement un décalage prévisionnel qui pourrait dépasser les 2 millions d'euros sur ce seul pôle en 2014.

Le second constat est que la méthode retenue a pu créer une forme de « compétition » entre les chefs de pôle dans les rendus de moyens, augmentant leur strabisme vers des objectifs de DMS et d'activité irréalisables. Enfin, et surtout, cette approche n'a pas permis d'avoir une vision globale du projet et donc une approche plus stratégique sur la priorisation des lits à recomposer : les moins remplis (taux d'occupation hors hébergement), non-rentables, en déclin par rapport au besoin de la population ou aux

³⁹ Voir première partie

pratiques à venir... Cela aurait par exemple pu conduire non pas à rendre des lits de médecine en fermant deux unités pour en recomposer les autres autour d'un format à 32 lits, mais plutôt à privilégier des unités à 28 lits et en maintenir 5 au lieu des six existantes, soit un différentiel de + 5 lits en médecine qui auraient pu être repris sur un secteur moins stratégique et plus sensible aux évolutions de pratiques (les lits de chirurgie sont les plus menacés à terme dans le contexte de virage ambulatoire).

Le caractère politique de la recomposition du PHU 3 ne doit pas être oublié cependant. Pour que son message puisse porter fort auprès de ses condisciples, le président de CME, chef du service de médecine polyvalente a du juger opportun d'être « exemplaire » en matière de rendu de lits, en accord par ailleurs avec sa propre conviction et celle du chef de PHU. Sans un rythme fort imprimé, on peut se demander si les autres auraient suivi sans protester. Il n'en demeure pas moins que les conséquences de ces contingences personnelles pourraient s'avérer négatives pour la santé financière de l'hôpital. Une autre méthode pourrait être moins « brutale » et pourrait permettre de corriger certains effets.

- L'intérêt d'une démarche autour du positionnement médico-économique des activités

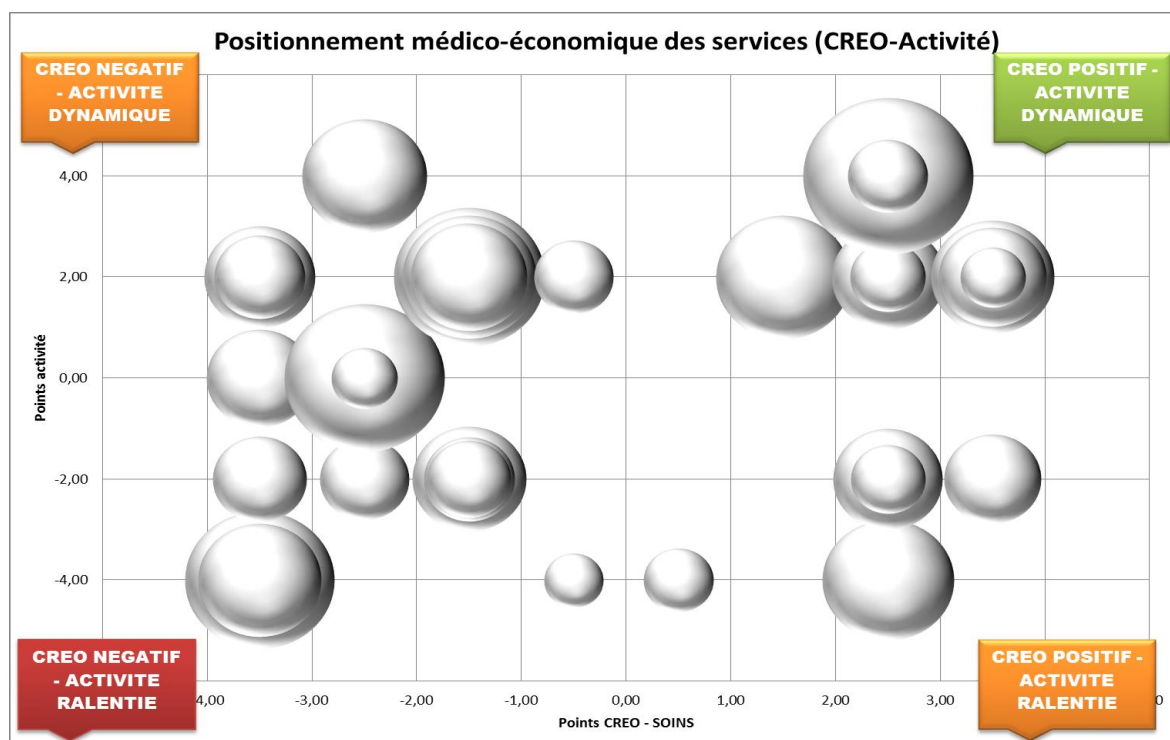
L'enjeu de la démarche nouvelle, actuellement en discussion à la direction générale du CHU, est d'objectiver un positionnement médico-économique des activités, c'est-à-dire déterminer et partager le constat du niveau de leur participation à la marge brute opérationnelle de l'établissement et définir leur évolution passée et future, leur dynamisme ou leur absence de dynamisme. En mettant ces constats en regard avec les évolutions d'organisation présentes et futures ainsi que les projets portés par le management de ces activités, il devrait être possible de définir des éléments d'analyse plus fiables permettant de prioriser ou de faire évoluer des projets de recomposition. Pour ce faire la direction pilotage activités-ressources et contractualisation interne propose une méthode innovante basée sur le calcul du Compte de REsultat par Objectifs (CREO) de chaque service de soins potentiellement recomposable⁴⁰ ainsi que l'évolution de son activité depuis trois ans.

⁴⁰ Sont exclus par exemple les réanimations ou USC, car normées.

Il s'agit donc dans un premier temps de calculer le CREO de chaque service clinique. Un compte de résultat est la différence entre une somme de recettes et une somme de dépenses sur un périmètre donné. Si les recettes sont supérieures aux dépenses, la contribution au résultat est positive. Sinon, la contribution au résultat est négative. Le CREO repose sur le principe de facturation des prestations médico-techniques ou logistiques aux unités cliniques, au tarif « interne » (correspondant au coût de production) et au tarif « objectif » (négocié entre le pôle prestataire et le pôle consommateur). Les modalités de fixation des tarifs objectifs évoluent dans le temps en fonction d'arbitrages institutionnalisés⁴¹. Le résultat du CREO des services permet de connaître l'impact de l'activité de chacun d'eux sur le résultat de l'établissement et son efficacité.

Dans un second temps, une analyse de l'évolution de l'activité sur trois ans de ces services permet de dégager une tendance et une dynamique.

L'idée terminale de cette méthode d'expression du positionnement médico-économique des activités de soins est basée sur un scoring⁴² de ces deux paramètres afin de pouvoir cartographier chaque activité autour de deux axes :



Source : CHU de Nantes : chaque cercle représente un service recomposable

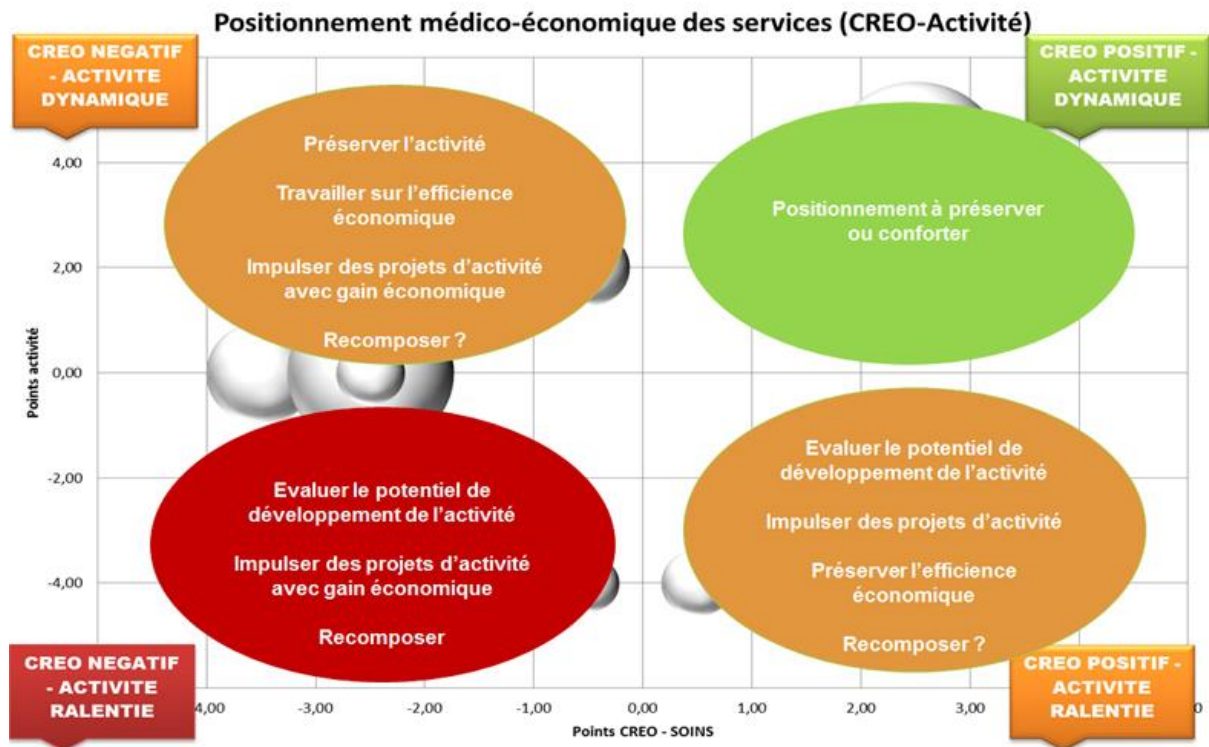
⁴¹ Voir annexe III

⁴² Voir Annexe II

Cette cartographie offre une visualisation immédiate d'une part du poids de chaque service (en nombre de séjours) représenté par la taille du cercle et sa situation médico-économique :

- médicale car le dynamisme de son activité peut être évaluée rapidement : en haut, le service a une activité dynamique, en bas, elle ralentit ;
- économique : à droite le résultat net (recettes-dépenses) est positif, le service participe à la marge brute de l'établissement, à gauche, c'est le contraire.

Sur la base du positionnement d'une activité, cet outil permet à un décideur de définir de grands axes de travail sur son évolution possible :



Source : CHU de Nantes

En appliquant cette méthode aux services de médecine du PHU 3, d'autres propositions de recomposition pourraient s'avérer plus pertinentes. Ainsi une étude des CREO présente les résultats suivants :

Résultat économique CREO 2013	2013	2012	évolution tarif neutre
Total Médecines	3 462 176,00 €	2 688 883,00 €	29%
MPU	3 689 158,00 €	3 377 381,00 €	9%
Medecines internes	610 189,00 €	- 64 702,00 €	retour à l'excédent % illisible
SMIT	- 837 171,00 €	- 623 796,00 €	-34%

Avant la recomposition capacitaire, la santé financière des unités de médecine du PHU3 était robuste. L'excédent au CREO est de 3,4 M € et le résultat 2013 était en croissance par rapport à 2012. La médecine interne notamment est passée entre 2012 et 2013 d'une situation déficitaire à une situation excédentaire, et le résultat de la MPU était en progression. Seul le Service des maladies infectieuses et tropicales présentait une situation défavorable. En termes de positionnement médico-économique, la médecine interne avec un CREO positif et une activité dynamique (dont des marges de manœuvre en matière de DMS, Cf. données 2014) n'aurait pas dû voir ses capacités en lits diminuer, au contraire son positionnement aurait dû être conforté. Par contre, le SMIT a un CREO très négatif (structurellement), alors même que sa recomposition⁴³ a permis une progression de 5% de son activité.

On peut donc légitimement s'interroger sur la pertinence du périmètre retenu du projet de recomposition du PHU3, potentiellement induit par la logique « projet de pôle » choisie.

La direction générale aurait raison de reconsidérer la situation en réattribuant des moyens d'hospitalisation en médecine (transformer les 12 lits d'Hôpital de semaine, mal employés à ce jour, et rendre 2 lits du SMIT, afin de rester dans le schéma d'unités à 32 lits). Pour tenir ses engagements, sans menacer ses grands équilibres financiers d'une part et en envisageant des projets d'activité à impulser afin de générer des gains économiques d'autre part, elle devrait s'employer à engager la recomposition du CHU autour des CREO de ses services de soins. Opérer comme actuellement par PHU semble priver en effet la direction générale d'une vision médico-économique objective, car globale à l'ensemble des unités de soins non-normées d'une part et dépassionnée des contingences politiques internes de chaque PHU d'autre part.

⁴³ Rappel : maintien des capacités en lits mais dans des chambres individuelles désormais

Conclusion

En prenant l'engagement double de réussir le pari du virage ambulatoire et de sa recomposition capacitaire, le CHU de Nantes enclenche une démarche novatrice dans le monde des CHU, dont la taille peut générer beaucoup d'inertie : comme certains paquebots il vaut mieux bien préparer son cap, car une fois pris il est difficile de les arrêter, même en faisant machine arrière toute. Si son action portée sur l'activité ambulatoire a été longtemps reportée et s'est aujourd'hui concrétisée sous une forme non-définitive, mais déjà convaincante, son travail sur son dimensionnement capacitaire réduit sera capital pour sa pérennité financière.

Faire le choix aujourd'hui de réduire ses capacités en lits, serait-ce pour mieux renforcer ses moyens mis sur les consultations et son activité ambulatoire, c'est faire le pari que les séjours et séances seront demain aussi rémunérateurs qu'est l'hospitalisation complète aujourd'hui. Or actuellement ce n'est pas complètement garanti⁴⁴.

L'enjeu est donc pour le CHU qui ne peut revenir sur son engagement, de déterminer lesquels de ses moyens en lits il doit pouvoir retirer sans engager ses parts de marché ni son activité en hospitalisation complète, surtout lorsque celle-ci contribue à améliorer le taux de marge brute. De fait, il est fondamental que le CHU puisse définir une méthode garantissant une prise de décision éclairée dans le choix des lits à retirer et/ou des activités à dynamiser.

C'est pourquoi le chantier de l'aval est aujourd'hui prioritaire : une fois que le patient est médicalement sortant, la bonne solution de sortie doit pouvoir lui être offerte dans les meilleurs délais. L'hôpital doit être une étape du parcours de soin et non plus l'unique solution parce que les autres structures se dessaisissent de son cas. A ce titre le CHU poursuit son inscription dans son territoire, développe les axes de coopération. Ses solutions d'aval viendront sûrement de sa capacité à fédérer un grand projet de santé autour de lui. Pour ce faire, il doit pouvoir gagner la confiance de ses partenaires et s'extraire de ses seules réalités pour accueillir celles des autres.

⁴⁴ Le nombre de séjours ambulatoires (médecine et chirurgie) est aujourd'hui sensiblement équivalent à ceux en hospitalisation complète (74 742 RSS de 0 nuit pour 75 532 supérieurs à 0 nuit), ils ne représentent que 12% des recettes de l'hôpital (données du rapport d'activité 2013). Si en matière de chirurgie des incitations tarifaires à développer l'activité en ambulatoire existent, qu'en sera-t-il en médecine ?

Bibliographie

Rapports et études :

- Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale, Cour des Comptes, septembre 2013
- Mission MAP relative à la chirurgie ambulatoire, rapport de diagnostic, IGAS/IGF, juillet 2014
- « les avancées de la chirurgie ambulatoire : Enjeux et perspectives », C. Vons, Chirurgien des hôpitaux, AFCA
- « développement de la chirurgie ambulatoire en Pays de la Loire : Etat des lieux et programme d'actions », F. Grimonprez, ARS Pays de la Loire, juin 2012
- « les coûts de prise en charge à l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique », ATIH, 2012
- « Chirurgie ambulatoire : le socle de connaissance », HAS/ANAP, avril 2012
- « recommandations organisationnelles », HAS/ANAP, 2013
- « outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire (OPEERA) », HAS/ANAP, 2013
- « éléments d'appréciation de la prise en charge d'un patient », Rapport d'évaluation technologique, HAS/ANAP, mai 2014
- « tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : état des lieux et perspectives », HAS/ANAP, juin 2013
- « synchroniser les temps médicaux et non-médicaux auprès du patient hospitalisé : démarche méthodologique », ANAP, juillet 2014

Articles :

- « Réhabilitation améliorée après chirurgie (ERAS) : Enjeux économiques et avenir en France », Revue Hospitalière de France, n°556, Janvier-Février 2014
- « CHU de Nantes : le nouveau Plateau Technique Médico-Chirurgical : une étape supplémentaire dans la perspective Ile de Nantes », Architecture Hospitalière, mai 2014
- « Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient : un dispositif innovant au CHU de Nantes », Revue Hospitalière de France, n°552, mai-juin 2013
- « Vers une gestion efficiente des lits hospitaliers », Revue Hospitalière de France, n°554, Septembre-Octobre 2014
- « Restes à charge en ambulatoire et accès aux soins », La lettre du Collège des économistes de la santé, mars 2013

Mémoires :

- GAUTHERET Julie, « d'un hôpital de séjours à un hôpital de parcours : l'optimisation de la gestion de la ressource lit au CHU de Nîmes », décembre 2013
- BASCOUL Marie, « étude médico-économique d'une filière de soins sous l'angle d'un parcours de soin », décembre 2012
- BECHU Yann, « transformer un regroupement d'activités en restructuration hospitalière : l'appui du management stratégique », décembre 2007
- DOUHERET Edouard, « la chirurgie ambulatoire au CHIC : projet stratégique et stratégie de projet », décembre 2008

Documents internes :

- Rapport d'activité 2013

- Rapport d'activité 2012

- Rapport d'activité 2010

- Contrat de performance 2011-2013

- Projet d'établissement 2013-2017

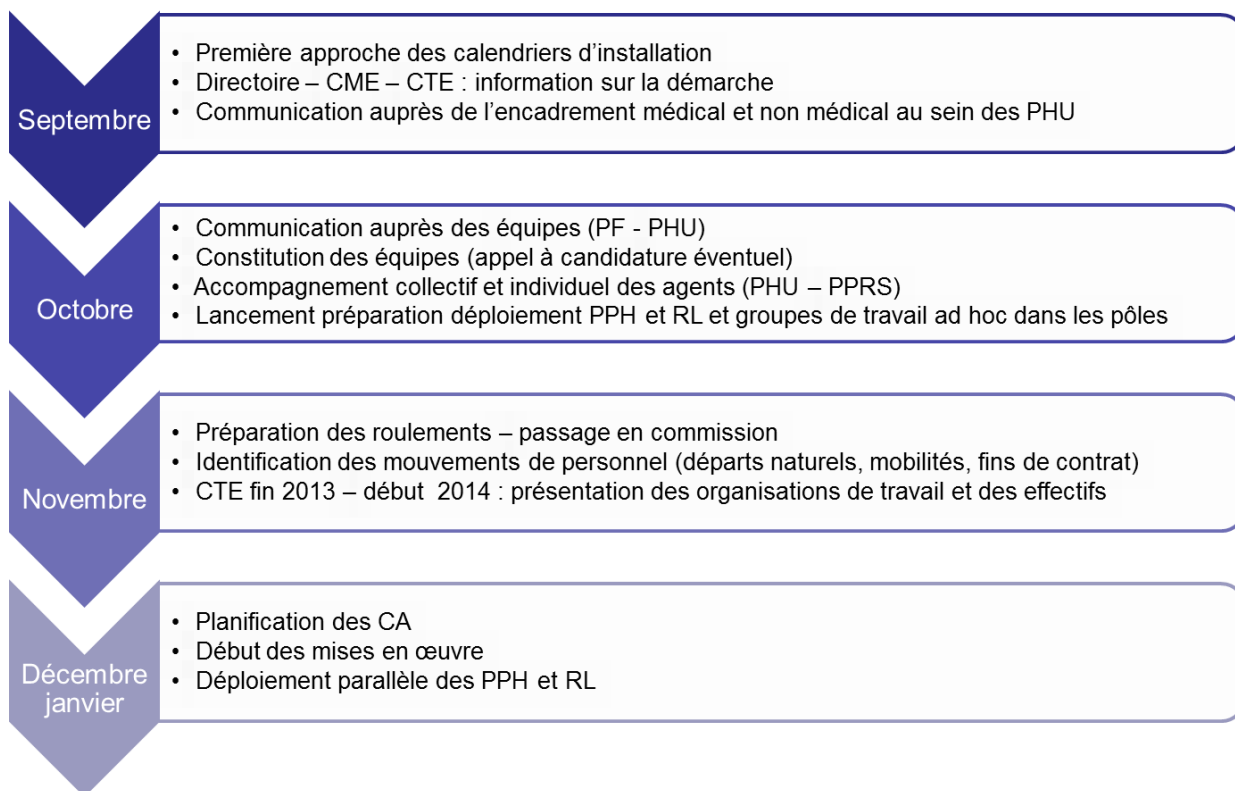
- « de la gestion des lits à l'ordonnancement du parcours patient : allier contraintes de gestion et qualité de la prise en charge », JC Vallée, 4^{ème} séminaire des Directeurs de soins, avril 2014

Liste des annexes

Annexe 1 : Projet recomposition capacitaire du PHU 3 : organisation de mise en œuvre et calendrier.....	II
Annexe 2 : Positionnement médico-économique des activités de soins.....	III
Annexe 3 : Présentation du dispositif CREO au CHU de Nantes (extraits d'une note interne).....	IV

Annexe I : Projet recomposition capacitaire du PHU 3 : organisation de mise en œuvre et calendrier

Calendrier prévisionnel de la démarche



Annexe II : Positionnement médico-économique des activités de soins

Scoring et classement des activités en conjuguant les deux indicateurs retenus

SCORING INDICATEUR CREO DE SOINS

Critères	Nombre de points
Résultat CREO 2013 > 1 M€	3
compris entre 500 K€ et 1 000 K€	2
compris entre 100 K€ et 500 K€	1
compris entre -100 K€ et 100 K€	0
compris entre -100 K€ et -500 K€	-1
compris entre -500 K€ et -1 000 K€	-2
< -1 000 K€	-3
Résultat CREO 2013 > résultat CREO 2012	0,5
< résultat CREO 2012	-0,5

SCORING INDICATEUR ACTIVITE

Critères	Nombre de points
Nb séjours 2011 > nb séjours 2010	1
Nb séjours 2011 < nb séjours 2010	-1
Nb séjours 2012 > nb séjours 2011	1
Nb séjours 2012 < nb séjours 2011	-1
Nb séjours 2013 > nb séjours 2012	1
Nb séjours 2013 < nb séjours 2012	-1
Nb séjours 2013 > nb séjours 2010	1
Nb séjours 2013 < nb séjours 2010	-1



 Nombre de points par activité compris entre -7,5 et +7,5

Annexe III : Présentation du dispositif CREO au CHU de Nantes (extraits d'une note interne)

CREO par Service (Comptes de REsultat Par Objectifs)

Un Compte de Résultat est la différence entre une somme de produits et une somme de charges sur un périmètre donné. Si les recettes sont supérieures aux dépenses, la contribution au résultat est positive. Sinon, la contribution au résultat est négative.

Les Comptes de Résultat permettent de connaître le coût des activités et d'évaluer la contribution de chaque service à l'équilibre global du CHU. Ils éclairent les décisions de gestion et avec l'aide des autres outils, ils permettent d'identifier des leviers d'amélioration ou constituent un suivi des activités en cours de mise en œuvre.

Le Compte de Résultat constitue une modélisation de l'activité de l'année, accompagné de la référence de l'année précédente, au tarif neutre. Le résultat affiché donne une tendance de la situation de cette activité. L'analyse et l'interprétation de ces tendances doivent s'opérer avec prudence et avec l'appui du contrôle de gestion.

Le CREO repose sur le principe de facturation des prestations médico-techniques ou logistiques aux unités cliniques, au tarif « interne » (correspondant au coût de production) et au tarif « objectif » (négocié entre le pôle prestataire et le pôle consommateur). Les modalités de fixation des tarifs objectifs évoluent dans le temps en fonction d'arbitrages institutionnalisés.

A- Constitution d'un CREO :

1.1 Dépenses directes

Il s'agit des dépenses directement affectées sur les UF du périmètre étudié : personnel médical et non médical, produits pharmaceutiques, dépenses d'arsenal, produits sanguins, actes réalisés à l'extérieur, maintenance du matériel médical, amortissement du matériel médical et autres charges (fournitures informatiques et de bureau, frais de déplacements du personnel, produits d'entretien, emballages...). Les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des GHS sont individualisés. Les recettes de remboursement du personnel sont déduites des dépenses de personnel.

1.2 Dépenses de logistique médicale, hôtelières et générales et structure

Ce sont les dépenses facturées par les pôles prestataires aux UF du périmètre étudié et ayant une activité clinique, une activité MIGAC et/ou spécifique MCO, PSY ou SSR ou une activité médico- technique, en multipliant la quantité d'unités d'œuvre consommée par le tarif neutre (coût de production) ou le tarif objectif le cas échéant, de chaque unité d'œuvre.

1.3 Dépenses induites des plateaux médico-techniques

Il s'agit des activités médico-techniques facturées par les pôles prestataires (bloc opératoire, anesthésie, imagerie, exploration fonctionnelle, laboratoire, dialyse, accueil urgences, autres activités médico-techniques) aux UF du périmètre étudié dans le cadre de leur activité d'hospitalisation et des activités MIGAC et/ou spécifique MCO, PSY ou SSR.

2.1 Recettes internes

Les recettes internes sont issues de la facturation des prestations médico-techniques, logistique médicale, logistique générale ou structure aux autres services. Ce sont des recettes « fictives » (non inscrites en comptabilité) qui viennent contrebalancer les dépenses des prestations correspondantes qui sont comptabilisées à la fois sur le CREO du producteur en charges directes et sur le consommateur en charges indirectes.

Elles correspondent à la multiplication de la quantité d'unités d'œuvre produite par le tarif neutre (coût de production) ou le tarif objectif, le cas échéant, de chaque unité d'œuvre.

2.2 Séjours hospitalisation

Ils correspondent aux séjours enregistrés sur les UM du périmètre étudié, en fonction du temps passé par le patient dans chaque UM. Y sont ajoutés également les suppléments pour séjours longs, réanimation, néonatalogie, soins intensifs, surveillance continue, ainsi que les recettes liées aux dialyses, aphérèses et HAD (Hospitalisation à domicile).

2.3 Activité externe

Ces données correspondent aux consultations et actes, et sont facturées au tarif CCAM ou NGAP de l'année concernée.

2.4 Autres prestations

Ces données correspondent à la facturation aux différents tarifs de l'année concernée des : Forfaits IVG, Passages aux urgences, Forfaits techniques (IRM, scanner), Forfaits prélèvements d'organes, sécurité environnement et APE (Administration de Prestations en Environnement hospitalier).

2.5 Médicaments liste et DMI liste

La recette est affectée à l'UF où est hospitalisé le patient au moment de l'administration ou de la pose, la dépense correspondante étant affectée en dépense directe.

2.6 Forfait annuel

Il existe trois types de forfaits annuels :

- forfait accueil et traitement des urgences,
- forfait coordination des prélèvements d'organes,
- forfait transplantation d'organes.

2.7 MIGAC

Ces recettes correspondent à la compensation de charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) qui ne sont pas couvertes par la T2A :

- La part variable des MERRI (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation) qui recouvre à la fois le financement de structures de soins labellisées, des activités donnant lieu à des appels à projets et celui des activités de soins réalisées à titre expérimental ou non couvertes par la nomenclature ou les tarifs.
- Le socle fixe, dont la fin est programmée pour 2016, et historiquement proportionnel à certaines dépenses de personnel médical, aux charges du plateau médico-technique et à certaines charges d'infrastructure.
- La part modulable, calculée en fonction d'indicateurs relatifs à la dynamique et à la valorisation de la recherche (publications et essais cliniques), ainsi qu'au nombre d'étudiants médicaux.
- Les autres MIGAC qui valorisent la participation aux missions de santé publique, aux activités de soins dispensées à des populations spécifiques (détenus, patients en situation de précarité) et à la mise en œuvre de politiques publiques.

NB : Certaines actions sont depuis 2012 financées dans le cadre du FIR (cf. recettes subsidiaires).

2.8 Recettes hors champ = Dotation Annuelle de Financement

Les dotations annuelles de financement destinées aux Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et à la Psychiatrie (PSY) sont indiquées ici. Elles sont évaluées à partir des dotations initiales notifiées par l'ARS, augmentées des décisions modificatives reçues en cours d'année et concernant ces activités. Les mesures nouvelles sont réparties directement sur les activités indiquées, et la dotation initiale est répartie au prorata des dépenses directes constatées sur chacune des UF de Psychiatrie et SSR.

2.9 Recettes patients-mutuelles

Les recettes de ticket modérateur en activité externe, forfait journalier en hospitalisation sont prises en compte ici.

2.10 Recettes subsidiaires

Ces recettes correspondent à des ventes à l'extérieur et à des financements de dépenses type formation ou financements Recherche, en dehors des financements de la DGOS (partenariats publics et privés, surcoûts d'études à promotion externe, ...).

Depuis la LFSS de 2012, le FIR (Fonds d'Intervention Régional) finance égale des actions transversales, telles que la permanence des soins, l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et les réseaux de santé. Ces actions étaient financées au préalable en MIGAC.

2.11 Budgets annexes (hors budget H principal)

Les recettes de budgets annexes sont affectées sur les UF qui les consomment.

- Budget A = Dotation Non Affectée
- Budget B = SMTI (Soins Médicaux Technique Importants)
- Budget C = Ecoles et Instituts de formation
- Budget E = EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes)
- Budget P (P1 en interne) = Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
- Budget M (P2 en interne) = Centre Action Médico-Sociale Précoce
- Budget N (P3 en interne) = Centre fédératif de prévention et de dépistage

3. Ligne Résultat

Il s'agit de la différence entre la somme des recettes et la somme des dépenses du périmètre étudié.

Si les recettes sont supérieures aux dépenses, le résultat est positif. Sinon, le résultat est négatif.

B - Position institutionnelle sur les tarifs objectifs

Fixer un tarif interne résulte d'un choix institutionnel et accompagne la contractualisation interne. Au CHU de Nantes, on constate que les coûts de production médico-techniques se situent dans la fourchette basse (benchmark inter-CHU).

La politique tarifaire proposée consiste à identifier un tarif supérieur au coût de revient (introduction d'une marge pour le pôle prestataire) visant à inciter les services cliniques à une juste prescription des examens.

Le pôle prestataire est incité à maintenir ses coûts de production et à assurer la qualité de service. Les marges dégagées doivent pouvoir être réinvesties sur les plateaux médico-techniques dans une dynamique d'amélioration des prestations (meilleurs délais, améliorations qualitatives, nouvelles analyses – souvent plus coûteuses au début de leur introduction).

Le tarif est unique quel que soit le service consommateur, indépendamment des spécialités ou des volumes.

Politique tarifaire en Imagerie

Dans le respect de la position institutionnelle et compte-tenu de la nouvelle finesse de calcul, le PHU Imagerie a choisi de poursuivre sa politique tarifaire, en mettant l'accent sur les activités les plus médicalisées et les plus « rares » (saturation des équipements lourds), i-e : scanner, IRM, échographie, imagerie interventionnelle, TEP et médecine nucléaire in vivo.

Politique tarifaire en Pharmacie

La pharmacie a aménagé son FCS et son système d'information pour calculer 2 tarifs différents (UPCO et hors UPCO) mais a choisi un tarif objectif égal au tarif neutre.

Introduction de tarifs objectifs en Biologie

La Biologie a choisi de fixer 5 tarifs objectifs, en mettant l'accent sur les activités les plus spécialisées et/ou les plus coûteuses, plutôt que sur les activités de « routine » qui représentent un grand volume mais sur lesquelles il est plus difficile d'avoir un levier d'action sans prescription connectée (redondance des actes).

Les tarifs objectifs retenus sont :

- Pharmacologie
- Hématologie spécialisée
- Biochimie spéciale Hôtel-Dieu
- Laboratoires radio-isotopes
- Immuno-chimie

Limite des tarifs objectifs

Les tarifs objectifs ont été fixés conformément à la politique institutionnelle et en accord avec les PHU prestataires, en lien avec les référentiels de coûts nationaux et pour les activités les plus médicalisées / coûteuses / spécialisées / « rares ».

On peut toutefois regretter que ces tarifs n'aient pas été davantage définis entre services prestataires et clients, pour s'accorder sur un prix et un volume répondant à leurs contraintes respectives.

Listes des tarifs objectifs

Code Service Real	Activité	Section d'analyse	Tarif neutre	Tarif Objectif
9120 LABO.ANA-PATH.	Biologie	93232140 Anatomie - Pathologie HD	0,0994 €	0,0994 €
9120 LABO.ANA-PATH.	Biologie	93232141 Anatomie - Pathologie HGRL	0,1142 €	0,1142 €
9205 PHARMACOLOGIE	Biologie	932331 Pharmacologie	0,2417 €	0,2719 €
9220 GENETIQUE MEDICALE	Biologie	9323411 Cytogénétique	0,1917 €	0,1917 €
9220 GENETIQUE MEDICALE	Biologie	9323412 Biologie moléculaire	0,3939 €	0,3939 €
9240 HEMATOLOGIE	Biologie	93233710 Hématologie générale HD	0,1959 €	0,1959 €
9240 HEMATOLOGIE	Biologie	93233711 Hématologie générale HGRL	0,1480 €	0,1480 €
9240 HEMATOLOGIE	Biologie	93233712 Hématologie spécialisée	0,1417 €	0,1595 €
9240 HEMATOLOGIE	Biologie	9323372 Hémostase	0,1070 €	0,1070 €
9250 BIOCHIMIE	Biologie	93233300 Biochimie spéciale HD	0,1679 €	0,1889 €
9250 BIOCHIMIE	Biologie	93233301 Biochimie générale HD	0,1136 €	0,1136 €
9250 BIOCHIMIE	Biologie	93233302 Biochimie générale HGRL	0,1252 €	0,1252 €
9250 BIOCHIMIE	Biologie	9323347 Laboratoires de radio-isotopes (recherche)	0,1159 €	0,1304 €
9260 BACTERIOLOGIE	Biologie	93233630 Bactériologie HD	0,1900 €	0,1900 €
9260 BACTERIOLOGIE	Biologie	93233631 Bactériologie HGRL	0,6154 €	0,6154 €
9270 IMMUNOLOGIE	Biologie	9323341 Immuno-chimie	0,0942 €	0,1060 €
9270 IMMUNOLOGIE	Biologie	9323343 Immunologie cellulaire, leucoplaquettaire	0,3970 €	0,3970 €
9280 VIROLOGIE	Biologie	9323362 Virologie	0,1134 €	0,1134 €
9290 PARASITOLOGIE	Biologie	9323365 Parasitologie	0,2606 €	0,2606 €
3350 IMAGERIE SCANNER IRM	Imagerie	9325140 Scanner HD	1,0576 €	1,1634 €
3350 IMAGERIE SCANNER IRM	Imagerie	9325141 Scanner HGRL	1,9243 €	2,1167 €
3350 IMAGERIE SCANNER IRM	Imagerie	9325142 Scanner GIE IROISE	1,6950 €	1,8645 €
3350 IMAGERIE SCANNER IRM	Imagerie	932519 Autres techniques spécialisées d'imagerie	0,0307 €	0,0338 €
3350 IMAGERIE SCANNER IRM	Imagerie	932540 Imagerie résonance magnétique GIE IROISE	2,3183 €	2,5501 €
3350 IMAGERIE SCANNER IRM	Imagerie	932541 Imagerie résonance magnétique HD	1,5635 €	1,7198 €
3350 IMAGERIE SCANNER IRM	Imagerie	932542 Imagerie résonance magnétique HGRL	1,7695 €	1,9465 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Radio Pulmonaire	9325110 Radiostandard HD	0,8628 €	0,8628 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Hors Radio Pulmonaire	9325110 Radiostandard HD	0,8628 €	0,8628 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Radio Pulmonaire	9325111 Radiostandard centrale HD	1,6881 €	1,6881 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Hors Radio Pulmonaire	9325111 Radiostandard centrale HD	1,6881 €	1,6881 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Radio Pulmonaire	9325112 Radiostandard HSJ	1,7414 €	1,7414 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Hors Radio Pulmonaire	9325112 Radiostandard HSJ	1,7414 €	1,7414 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Radio Pulmonaire	9325113 Radiostandard HME	1,8519 €	1,8519 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Hors Radio Pulmonaire	9325113 Radiostandard HME	1,8519 €	1,8519 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Radio Pulmonaire	9325114 Radiostandard HGRL	1,2028 €	1,2028 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Hors Radio Pulmonaire	9325114 Radiostandard HGRL	1,2028 €	1,2028 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Radio Pulmonaire	9325117 Radiologie Bellier	2,1936 €	2,1936 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie Hors Radio Pulmonaire	9325117 Radiologie Bellier	2,1936 €	2,1936 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie	9325118 Cone Beam	0,9282 €	0,9282 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie	9325290 Echographies HD	0,9392 €	1,0331 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie	9325291 Echographies HME	1,1440 €	1,2584 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie	9325292 Echographies HGRL	2,4999 €	2,7499 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie	9325293 Echographie Bellier	0,5096 €	0,5605 €
3510 IMAGERIE MEDICALE	Imagerie	93255 Imagerie interventionnelle	4,5638 €	5,0202 €
3570 NEURORADIO HGRL	Imagerie	932553 Imagerie interventionnelle neuro-vasculaire	7,4251 €	8,1676 €
3580 MEDECINE NUCLEAIRE	Imagerie	932532 TEP	1,4631 €	1,6095 €
3580 MEDECINE NUCLEAIRE	Imagerie	9325390 Médecine nucléaire in-vivo HGRL	2,2339 €	2,4573 €
3580 MEDECINE NUCLEAIRE	Imagerie	9325391 Médecine nucléaire in-vivo HD	3,3429 €	3,6772 €
0035 PHARMACIE	Pharmacie hors UPCO	SALGM-PHARM-HUPCO	0,0428 €	0,0428 €
0035 PHARMACIE	Pharmacie UPCO	SALGM-PHARM-UPCO	18,6082 €	18,6082 €
0640 DIRECTION PHU 7640	Pharmacie hors UPCO	SALGM-PHARM-HUPCO	0,0007 €	0,0007 €

LUCAS

Yann

Décembre 2014

Filière Elève-directeur d'hôpital

Promotion 2015

Le virage ambulatoire au CHU de Nantes : une orientation stratégique moteur de sa recomposition capacitaire

Analyse des méthodes d'accompagnement du changement à l'échelle d'un pôle hospitalo-universitaire du CHU de Nantes

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole nationale Supérieure des Mines, Paris

Résumé :

Le développement de la chirurgie ambulatoire est un enjeu majeur à l'échelle nationale. Tout à la fois porteuse de gain économique pour l'Assurance Maladie, que d'amélioration qualitative de la prise en charge des patients, la chirurgie ambulatoire souffre pourtant d'un retard de mise en œuvre en France, en particulier dans les Centres Hospitalo-Universitaires.

Le choix du virage ambulatoire est-il si évident pour une telle structure ?
Comment est-il mis en œuvre au CHU de Nantes ?

L'objet de ce mémoire est de présenter combien cette orientation stratégique emporte des évolutions organisationnelles, mais également de changement de rapport au patient, dont on cherche aussi à optimiser le séjour, qui dépassent le seul passage à hospitalisation de jour.

En effet, la recomposition capacitaire qui accompagne au CHU de Nantes le virage ambulatoire permet par son approche globale de répondre à cette attente, cependant elle peut aussi fragiliser ses capacités financières, en affectant le niveau de ses recettes.

Il semble nécessaire que la méthode retenue de recomposition évolue vers une meilleure évaluation médico-économique des activités à recomposer, en prenant en compte le Compte de Résultats par Objectifs et le dynamisme de chaque activité.

Mots clés :

Chirurgie ambulatoire, organisation en parcours de soin, recomposition de l'offre de soins hospitalière, CREO, convergence médico-soignante, UCA

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.