

DESS EN ECONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE

(MASTER IN HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT)

IEMS LAUSANNE
HEC et Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne (UNIL)

MEMOIRE

CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE – IMPLANTATION ET DEVELOPPEMENT AU SEIN DU RESEAU SANTE VALAIS EN 2005

Par

Samuel Buchard
Licencié HEC Lausanne

Directrice de mémoire

Professeur Iva Bolgiani
Collaboratrice scientifique, Sezione sanitaria (IT)
Chargé de cours à HEC, Université de Lausanne, chargée d'enseignement à l'Université de Genève
et enseignante à l'Université de la Suisse Italienne,

Experts

M. Dietmar Michlig
Directeur Général du Réseau Santé Valais
M. Pierre Ançay
Chef des Ressources Humaines du Réseau Santé Valais

Martigny
Octobre 2005

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Iva Bolgiani, Messieurs Dietmar Michlig et Pierre Ançay de leurs conseils avisés et de leurs précieuses recommandations.

Je remercie également mon épouse Olga et Monsieur Jean-Charles Délèze de leur soutien dans l'élaboration de ce mémoire.

TABLES DES MATIERES

1. SYNTHESE	5
2. INTRODUCTION	7
2.1 HISTORIQUE.....	7
2.2 DEFINITIONS	7
2.3 CONCEPT ORGANISATIONEL	8
3. ETATS DES LIEUX ET COMPARAISONS INTERNATIONALES	9
3.1 COMPARAISON INTERNATIONALE	9
3.2 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AUX ETATS-UNIS	12
3.3 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU ROYAUME-UNI	13
3.4 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CANADA.....	13
3.5 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN HONGRIE ⁷	13
3.6 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN SUISSE.....	14
4. METHODOLOGIE D'IMPLANTATION ET D'ORGANISATION DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	16
4.1 CREER UNE UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE	16
4.2 MODELES D'ORGANISATION	17
4.3 LES FLUX CHIRURGICAUX	18
4.4 LES FLUX ANESTHESIQUES	19
4.5 LES FLUX DE PERSONNEL : RÔLE DE L'INFIRMIÈRE.....	20
4.6 LES FLUX ADMINISTRATIFS	20
4.7 RÔLE DU MEDECIN GENERALISTE	21
4.8 L'ARCHITECTURE	22
4.9 EVALUATION ET QUALITE	24
4.9.1 <i>Le concept</i>	24
4.9.2 <i>L'évaluation</i>	25
4.10 STRATEGIE ECONOMIQUE EN SECTEUR PUBLIC.....	26

5.	CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE AU SEIN DU RESEAU SANTÉ VALAIS – L’EXEMPLE DE L’HÔPITAL DE SIERRE	28
5.1	INTRODUCTION	28
5.1.1	<i>Qu’est-ce que le Réseau Santé Valais ?</i>	28
5.1.2	<i>Le Centre de chirurgie ambulatoire - CCA</i>	31
5.2	LE PLAN DE DEVELOPPEMENT	31
5.2.1	<i>Introduction</i>	31
5.2.2	<i>Objectifs de l’entreprise : prestations de service</i>	32
5.2.3	<i>Analyse de marché et de la concurrence</i>	33
5.2.4	<i>Communication</i>	35
5.2.5	<i>Ressources productives et administratives</i>	36
5.3	ORGANISATION DU PROJET	39
5.4	ENJEUX ET PERPESCTIVES.....	41
5.4.1	<i>Les considérations légales</i>	41
5.4.2	<i>L’analyse stratégique</i>	42
5.4.3	<i>Le financement</i>	43
5.4.4	<i>L’offre hospitalière</i>	49
5.4.5	<i>L’organisation</i>	50
5.4.6	<i>Considération de santé publique</i>	50
5.4.7	<i>Mise en place d’indicateurs de performances</i>	50
5.4.8	<i>L’analyse de marché – approche de type marketing social</i>	54
6.	CONCLUSION.....	56
7.	BIBLIOGRAPHIE	59
7.1	REFERENCES	59
7.2	SITES INTERNET.....	60

1. SYNTHÈSE

La chirurgie ambulatoire va bientôt fêter ces 100 ans ! En effet, les premières expériences de chirurgies ambulatoires ont été rapportées dès 1909 par un chirurgien écossais. Cette chirurgie s'est surtout développée ces 20 dernières années, mouvement initié aux Etats-Unis. Actuellement le taux de chirurgie ambulatoire se situe aux environs de 65-70% aux USA alors qu'en Europe le taux est de l'ordre de 30-40%. Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire est donc significatif au niveau européen.

Les raisons de ce développement sont d'origines diverses selon les pays comme par exemple la diminution des coûts, la réduction des listes d'attentes, la rationalisation de l'offre, etc. Néanmoins ce développement a été rendu possible grâce aux multiples progrès de la chirurgie et ceux de l'anesthésie.

Par opérations de chirurgie ambulatoire, on entend les actes chirurgicaux programmés réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie (locale, locorégionale ou générale, avec ou sans intubation), et suivis d'une surveillance post-opératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission. Il ne s'agit pas d'une mode mais d'une alternative à l'hospitalisation, le maître mot à considérer est la substitution.

Cependant la chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient. En effet, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le patient ! La sélection des patients doit se faire à partir de critères médicaux, psychosociaux et environnementaux. Les flux de patients, chirurgicaux, anesthésiques, de personnel, administratif doivent être coordonnés, efficaces et efficients. La multidisciplinarité coordonnée prend ici un sens tout particulier.

L'évaluation d'une telle organisation se fait à l'aide d'indicateurs tels que les taux de satisfaction patients, les taux d'admission en hospitalisation, les taux de réadmissions, les réductions des coûts d'intervention, les taux d'occupation des blocs opératoire, etc.

Fort de ces constats, le Réseau Santé Valais a décidé d'ouvrir un centre de chirurgie ambulatoire (CCA) à l'hôpital de Sierre, dont la phase pilote a commencé le 5 août 2005. L'objectif est de parvenir à un transfert durable des traitements stationnaires au secteur ambulatoire à l'aide de technologies ultramodernes tout en assurant une excellente qualité.

Le CCA va notamment contribuer à diminuer le coût moyen par opération, mais pour pérenniser ce type d'opération, il faut un financement qui soit suffisamment incitatif, ce qui n'est pas le cas à ce jour avec un point Tarmed à 77 centimes.

Les différents acteurs du système de santé (prestataires de soins, assureurs, Etat, patients) ont donc tout intérêt à développer la chirurgie ambulatoire. Les avantages sont multiples : la réduction des coûts, la dédramatisation de l'acte opératoire pour le patient, une meilleure organisation du travail, l'amélioration de la qualité des interventions, la diminution des jours d'hospitalisation donc des lits aigus, augmentation de l'efficacité et de l'efficience, etc.

Ce mémoire débute par quelques notions introductives (historiques, définitions, concepts) afin de préciser la notion de chirurgie ambulatoire. Puis des comparaisons internationales font état de l'évolution de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie traditionnelle durant ces dernières années dans différents pays, dont quelques uns sont vus plus en détails.

Ensuite, notamment à partir de l'expérience française, une méthodologie d'implantation et d'organisation est développée en analysant l'interaction des flux (chirurgicaux, anesthésiques, soignants, administratifs, externes) au sein d'une structure. Des concepts d'évaluation et de qualité sont également exposés. Cette méthodologie se termine en mentionnant des axes stratégiques qui doivent notamment être pris en considération au niveau du secteur public.

Puis l'exemple d'implantation et de développement de centre de chirurgie ambulatoire (CCA) au sein du Réseau Santé Valais est abordé via le plan de développement et l'organisation du projet. Le chapitre « enjeux et perspectives » va développer les axes qui doivent être encore pris en compte afin d'assurer la pérennité du projet.

L'objectif de ce mémoire est de démontrer que des incitatifs doivent être mis en place afin de maintenir et d'augmenter le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, et ce, notamment, au niveau financier. Une étude a été faite à partir des cas de semi-hospitalisation qui ont pratiquement tous passé au bloc opératoire lors des 6 premiers mois 2005 pour les hôpitaux de Martigny, Sion et Sierre afin de calculer quels auraient été respectivement les recettes et les coûts si ces cas avaient été hospitalisés quelques jours. L'importance de la mise en place rapide d'incitatifs financiers pour un transfert durable de la chirurgie traditionnelle vers l'ambulatoire permettra entre autres de faire baisser les coûts d'hospitalisation et de répondre à l'attente des patients.

Enfin, une conclusion revient sur la nécessité de développer ce type de chirurgie dans le contexte actuel des défis dont fait face actuellement le système sanitaire suisse.

2. INTRODUCTION

2.1 HISTORIQUE

La chirurgie ambulatoire n'est pas un concept totalement nouveau, elle a d'ailleurs près d'un siècle. La première expérience de chirurgie ambulatoire a été rapportée en 1909 par un chirurgien écossais Nicoll à propos de la prise en charge d'enfants. Il rapporte une série de plus de 7'000 interventions réalisées chez des enfants en chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Glasgow.

Puis il a fallu attendre jusqu'en 1955 pour que Farquharson publie une étude rapportant la cure de hernie inguinale sous anesthésie locale et sur le mode ambulatoire chez près de 500 patients.

La chirurgie ambulatoire moderne date de la fin des années 1960 où elle s'est développée dans plusieurs hôpitaux nord américains notamment sous l'effet de contraintes de qualité et de coût. Puis dans les années 1980, elle a connu une croissance rapide à nouveau aux Etats-Unis.

D'autres pays comme la Grande-Bretagne, la Nouvelle-Zélande, la France ont également connu des expériences de développement de chirurgie ambulatoire au début des années 1980, certes moins rapides et moins importantes qu'aux Etats-Unis.

A relever qu'en 1995, l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) tenait à Bruxelles sa première réunion.

2.2 DEFINITIONS

Les définitions de la chirurgie ambulatoire sont différentes selon les pays (alternative à l'hospitalisation complète, avec ou sans nuit d'hospitalisation, durée de moins de 12 heures à moins de trois jours, hôtel médicalisé, office surgery, day surgery...), mais le concept organisationnel centré sur le patient reste la constante.

Une des définitions communément admise est la suivante : par chirurgie ambulatoire, on entend les actes chirurgicaux et/ou d'explorations programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission.

En corollaire la chirurgie ambulatoire n'est pas ¹ :

- Une invention. Il s'agit d'une innovation, génératrice de progrès dans les organisations, de réformes des comportements, de professionnalisation des acteurs de santé
- Une technique nouvelle. Même si le progrès (techniques moins invasives, maîtrise de la douleur post-interventionnelle) a favorisé le développement de la chirurgie ambulatoire, il est étranger à son origine.
- Une technique. Il s'agit d'un mode de prise en charge.
- Une chirurgie de cabinet ou des soins externes. Il s'agit d'une chirurgie substitutive à l'hospitalisation complète.

- Une chirurgie improvisée ou d'urgence, mais une chirurgie organisée et programmée.
- Une chirurgie mineure. Il s'agit d'une chirurgie qualifiée, et une équipe entraînée peut mettre en œuvre des techniques sophistiquées.
- Une simple réduction au seul concept architectural ou à la seule compétence du praticien, c'est une organisation et une gestion des flux.
- Une limitation à un nombre restreint d'actes chirurgicaux ou anesthésiques mais une chirurgie protocolisées, formalisées, avec des procédures de sélection des patients.
- Une chirurgie réservée à la seule population jeune mais une chirurgie proposée à des patients sur une sélection multicritères.

La chirurgie ambulatoire se différencie de la chirurgie traditionnelle notamment par le rôle central et actif que joue le patient. Il s'agit d'une chirurgie d'un jour où le patient entre le matin et sort dans la journée et dont l'organisation doit être maîtrisée de manière optimale autour du patient.

2.3 CONCEPT ORGANISATIONNEL

La chirurgie ambulatoire est avant tout un concept organisationnel centré sur le patient. « L'organisation est au centre du concept, le patient au centre de l'organisation »², en rupture avec la pratique de l'hospitalisation traditionnelle où le patient est en attente des événements générés par les différents services (admission, radiologie, bloc opératoire, ...).

Son développement suppose une évolution passant d'une simple distribution des ressources centrée sur l'acte chirurgical à une culture d'organisation centrée sur le patient. Comme l'Hôpital se trouve au centre d'enjeux de pouvoirs considérables, toute réflexion sur l'organisation entraîne des résistances au changement en ce qu'elle est porteuse d'une remise en cause de la notion de pouvoir, de territoire et d'appropriation de lits. La tâche s'annonce donc et déjà passablement ardue.

La chirurgie ambulatoire est un concept complexe et multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelles, administratives, organisationnelles, médicales, de soins, économiques et qualitatives. Cette articulation permet forcément d'inscrire la chirurgie ambulatoire dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

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

La mise en œuvre de ce concept suppose :

- Une équipe pluridisciplinaire associant des compétences chirurgicales, anesthésiques, soignantes, administratives ;
- La définition d'un couple acte/patient au sein d'une organisation qui repose sur la sélection des patients à partir des critères médicaux, psychosociaux et environnementaux, une sélection des actes et une organisation adaptée ;
- Une information adaptée et une éducation des patients qui responsabilisent le patient ;
- Une articulation entre la Ville et l'Hôpital avec une intégration du généraliste dans l'épisode de soins à la fois en amont de l'intervention (évaluation préopératoire et présélection du patient) et en aval (optimisation du retour à domicile).

3. ETATS DES LIEUX ET COMPARAISONS INTERNATIONALES

La chirurgie ambulatoire, dont le patient est au centre de l'organisation, s'est développée sur des bases communes dans de nombreux pays de l'OCDE. Elle a constitué, au sein des différents systèmes de santé, une réponse à des problématiques diversement ressenties selon les pays, mais le plus souvent partagées :

- excédent ou pénurie de l'offre de soins et nécessité de restructurer l'offre hospitalière
- développement de nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales et modification des pratiques professionnelles
- vieillissement de la population et accroissement de la demande
- corporatisme médical et résistance au changement
- exigence en terme de qualité et sécurité et pression médiatique
- allongement des files d'attente et nécessité d'adapter et de transformer l'hôpital
- ralentissement économique et réduction des dépenses dédiées à la santé.

En matière d'incitatifs d'ordre économique, une comparaison du développement de la chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume-Uni a permis de montrer certaines disparités. Ce sont des contraintes financières qui ont motivé principalement le développement de la chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis comme au Canada. Nous aborderons également le cas de la Hongrie ainsi que celui de la Suisse.

Aux Etats-Unis, des incitations financières ont été mises en place par les organismes payeurs publics et privés. Au Canada, les problèmes de financement des dépenses de santé ont motivé des fermetures de lits favorisant ainsi le développement de la chirurgie ambulatoire. Enfin au Royaume-Uni, le développement de la chirurgie ambulatoire a été principalement initié par la volonté des pouvoirs publics de réduire les listes d'attente en chirurgie.

D'une manière générale, les incitatifs médicaux ont également contribué au développement des procédures chirurgicales en ambulatoire. Il s'agit des avancées en matière d'anesthésie, développement de l'anesthésie locale, loco-régionale, générale et vigile ainsi que du contrôle postopératoire. Parallèlement, le développement de nouvelles technologies médicales et/ou chirurgicales, comme les fibres optiques et le laser, a également contribué à l'essor de la chirurgie ambulatoire

3.1 COMPARAISON INTERNATIONALE

Même s'il existe des différences de définition (plus ou moins extensive) de la chirurgie ambulatoire, rendant parfois difficile une comparaison internationale, force est de constater que la chirurgie ambulatoire s'est développée plus tardivement et de façon plus lente en Europe qu'aux Etats-Unis.

FIGURE 1 : CHIRURGIE AMBULATOIRE – BILAN INTERNATIONAL (1994) ³

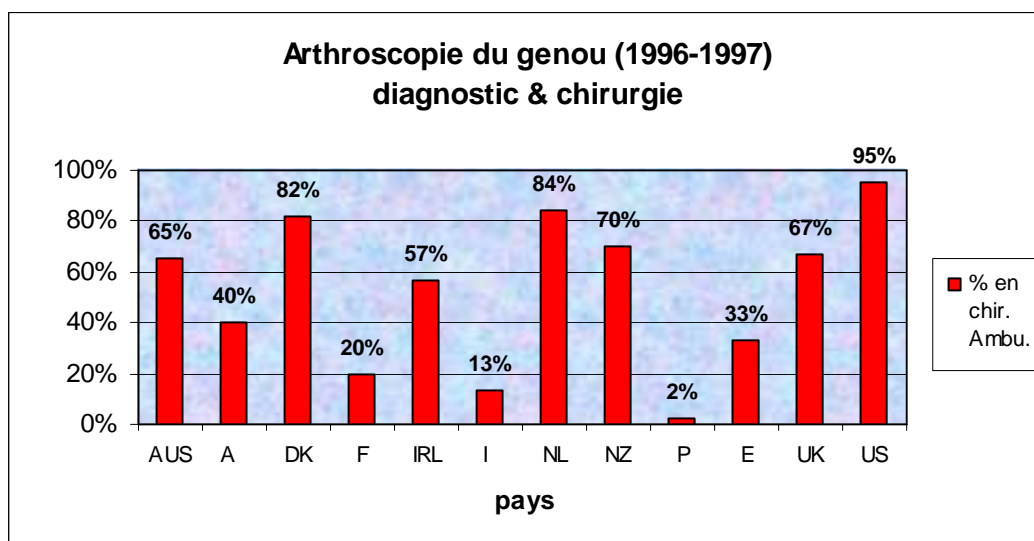
PAYS	NB D'INTERVENTIONS AMBULATOIRES	POURCENTAGE SUR ENSEMBLE ACTES CHIRURGICAUX
Belgique	241'000	31%
Danemark	98'200	40%
Finlande	29'000	12%
France	1'521'000	27%
Allemagne	1'350'000	en dehors des hôpitaux
Pays-Bas	315'000	21%
Grande-Bretagne	1'706'000	21%
USA	18'900'000	65%

Devant la carence des données internationales, l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) et l'Organisation pour la Coopération et le Développement (OCDE) ont entrepris conjointement une vaste enquête parmi les 29 pays faisant partie de l'OCDE aux fins d'évaluer le marché actuel de la chirurgie en hospitalisation de jour et de comparer le niveau de pratiques. ⁴

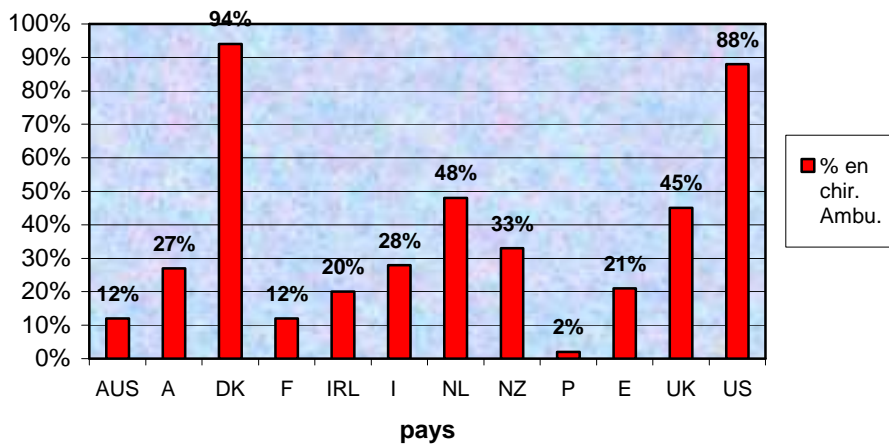
En fin de compte, 11 pays ont transmis des informations utilisables tout à fait ou raisonnablement complète. Il s'agit de l'Allemagne, l'Australie, de la Belgique, du Canada, du Danemark, des Etats-Unis, de la Finlande, de l'Irlande, du Luxembourg, de la Nouvelle-Zélande, des Pays-Bas du Portugal et du Royaume-Uni. Pour mémoire la Suisse a signalé, entre autres pays, qu'elle ne disposait pas de statistiques utiles.

Les enquêteurs ont ciblé 20 interventions de référence, dont 4 sont citées ci-après dans les tableaux à titre d'exemples. Nous pouvons observer les disparités de pratique entre les pays et également l'avance qu'a pris les Etats-Unis dans ce domaine.

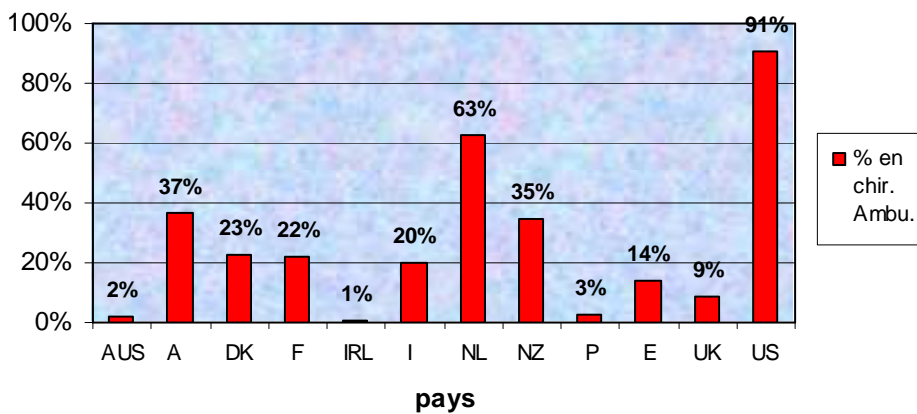
FIGURES 2 – 3- 4 – 5 : COMPARAISONS INTERNATIONALES POUR DIVERS TYPES D'INTERVENTION



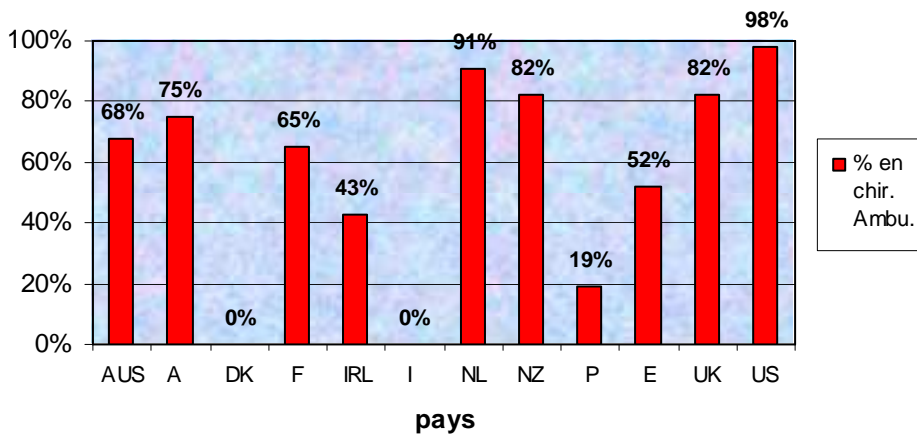
Chirurgie des varices (1996-1997)



Amygdalectomie (1996-1997)



Canal carpien (1996-1997)



Les différences observées peuvent s'expliquer tant en termes de différences culturelles (préférence des patients, attitude des médecins, ...) qu'en termes de spécificités des systèmes de protection sociale, de type d'incitations financières mises en places et de niveaux de remboursement des prestations.

En effet, les pratiques divergent considérablement entre médecins d'une même spécialité, d'un hôpital à l'autre, d'une région à l'autre dans un même pays, d'un pays à l'autre de niveau de développement pourtant comparable.

En prenant les valeurs américaines comme références, le potentiel de transfert de la chirurgie traditionnelle à la chirurgie ambulatoire reste ainsi significatif.

3.2 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AUX ETATS-UNIS

Comme illustré précédemment, le développement de la chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis a été beaucoup plus rapide et plus important que dans les autres pays. Ce phénomène s'explique essentiellement par les incitations financières qui ont été mises en place dans ce pays pour objectif majeur la réduction des dépenses de santé. Les incitatifs médicaux tels que les progrès technologique médicaux en anesthésie et en innovation technologique y ont également contribué.

Du point de vue économique, compte tenu des problèmes de financement des dépenses de santé et notamment en ce qui concerne les dépenses hospitalières, les organismes payeurs publics et privés ont vu dans la chirurgie ambulatoire un moyen de maîtriser les dépenses et ont par conséquent encouragé son utilisation. Alors que dans les années 1970 seulement 35% des organismes payeurs couvraient la chirurgie ambulatoire, dans les années 1980, ils étaient plus de 96%.

Medicare, les mutuelles médicales et les HMO (Health Maintenance Organization) ont établi une liste d'interventions qui devaient être pratiquée uniquement en ambulatoire pour être remboursées.

Puis l'instauration par Medicare du paiement prospectif à l'hôpital en 1983 a également impulsé le développement de la chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'un système de remboursement fixe basé sur le diagnostic principal du patient concerné. Lorsque le remboursement prévu (ex-ante) pour un diagnostic donné paraissait faible, l'hôpital préférait substituer la chirurgie ambulatoire à la chirurgie traditionnelle, le remboursement de la chirurgie ambulatoire étant fonction des frais réels occasionnés jusqu'en 1987, date à laquelle un type de paiement prospectif a également été mis en place pour la chirurgie ambulatoire. ⁵

Il fallait que les deux systèmes soient concordants, sinon on passait de la chirurgie stationnaire à la chirurgie ambulatoire en fonction des recettes.

En guise de complément, la figure suivante énumère les principales différences entre un financement ex-post et ex-ante. Il est intéressant de relever la notion de transfert de risque du financeur au producteur de soins, qui va agir bien entendu sur les comportements.

FIGURE 6 : TYPE DE FINANCEMENT

Financement rétrospectif ou ex-post	Financement prospectif ou ex-ante
Tarif fixé en fonction des dépenses engagées	Tarif fixé à l'avance
Dépenses totales non limitées	Dépenses totales limitées (budgets fermés)
Risque financier au financeur	Risque financier au producteur de soins
Exemple : journée malade, paiement à l'acte	Exemple : budget global, APDRG

3.3 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU ROYAUME-UNI

Au Royaume-Uni, le développement de la chirurgie ambulatoire a été principalement initié par la volonté des pouvoirs publics de réduire les listes d'attentes en chirurgie et pallier à la difficulté de recrutement du personnel infirmier.

La lente évolution du développement de la chirurgie ambulatoire s'explique principalement par le mode de financement des hôpitaux. En effet, les hôpitaux du National Health Service (NHS) fonctionnaient sur la base d'un budget annuel fixé indépendamment du nombre de cas traités. Il s'agissait pour eux d'être le plus efficace à l'intérieur de ce budget. Dans de telles conditions, les hôpitaux étaient peu enclins à adopter la chirurgie ambulatoire, craignant, à travers la possibilité de traiter un plus grand nombre de cas, un dépassement du budget qui leur était alloué. Il existait donc peu d'incitations financières visant à encourager la chirurgie ambulatoire.

Avec l'introduction en 1991 de mécanismes de marché dans le système anglais, la chirurgie ambulatoire semble se développer plus rapidement. En effet, la réforme mise en place consiste à mettre les hôpitaux en concurrence. L'activité de chirurgie ambulatoire est essentiellement intégrée aux structures hospitalières. En 1994, le taux de chirurgie ambulatoire était de 21%.

3.4 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CANADA

Au cours des années 1970, compte tenu de l'accroissement des dépenses de santé et notamment en matière d'hospitalisation, les gouvernements canadiens ont mis en place un certain nombre de mesures visant à réduire cette dérive hospitalière. Ils ont notamment fait arrêter la construction de nouvelles structures hospitalières, fermer des lits d'hôpitaux, voire parfois les hôpitaux eux-mêmes, et en 1977 le gouvernement fédéral a instauré un nouveau mode de financement des hôpitaux afin d'inciter le développement des alternatives à l'hospitalisation dont la chirurgie ambulatoire fait partie.

La fermeture de lits ainsi que les restrictions budgétaires en vigueur ont favorisé le développement de la chirurgie ambulatoire. De plus en 1993, le Canadian Institute for Health Information (CIHI) a développé une méthode nationale de classification des actes pratiqués en ambulatoire, nommée « Day Procedure Group ». En 1997, le 65 % des actes chirurgicaux étaient pratiqués sur un mode ambulatoire. ⁶

3.5 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN HONGRIE ⁷

Une fois n'est pas coutume, prenons l'exemple d'un pays de l'est. Les pourcentages de la chirurgie ambulatoire ne sont pas significatifs dans le système hongrois, même si les conditions techniques, légales et financières permettraient sa pratique. Les raisons de ce timide développement sont les suivantes : poids des habitudes, accentuation du danger pour les patients et réticence face aux exigences des patients.

Un pas décisif a été fait récemment avec la publication du guide ODS (one-day surgery) réalisé avec le soutien actif du Fonds national d'assurance maladie sur la base d'expériences professionnelles et internationales. Ce guide contient une explication des définitions essentielles, des conditions d'organisation de l'espace de travail, des critères de services, des conditions pré- et postopératoires, des exigences en matière d'assurance qualité, des protocoles professionnels centrés

sur l'activité et des listes d'indicateurs de qualité.

A ce jour, le docteur Imre Varga, président de l'association hongroise de service de santé polycliniques externes, est le principal moteur de l'ODS. Il estime que la liste d'interventions possibles en ambulatoire d'une proportion de 21% peut être amenée à 32% au niveau du pays, ce qui porterait à 120'000-160'000 interventions annuelles au niveau national. Selon lui, le mouvement vers l'ODS ne peut plus être arrêté, mais il nécessite un programme marketing afin d'encourager la pratique de l'ODS.

3.6 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN SUISSE

L'évolution de la chirurgie ambulatoire n'est qu'à peine perceptible en Suisse, alors qu'aux Etats-Unis, la part des interventions ambulatoires a grimpé à près de 65% du chiffre total des interventions et que cette part augmente constamment en Europe dans les systèmes de santé étatiques tels que les connaissent la Grande-Bretagne, la Suède ou la Belgique.

Dans un article paru dans le Temps du 18 janvier 2005 ⁸, Robert P. Meier, secrétaire général de la Fédération des hôpitaux vaudois, estime que la proportion des interventions chirurgicales dites ambulatoires est d'environ 40% contre 60% en stationnaire. Ces chiffres sont d'ailleurs inversés par rapport à un pays comme le Canada par exemple. Selon Robert Meier la comparaison de pratique au niveau international, notamment dans la chirurgie ambulatoire, constitue l'une des pistes de maîtrise des coûts dans les hôpitaux.

Il est clair pour que la chirurgie ambulatoire puisse se développer, un financement incitatif doit être trouvé pour les prestataires de soins. La solution doit être de type « win-win » pour l'ensemble des partenaires : prestataires de soins – Etat – assureur – patient. Or actuellement, nous verrons que ce n'est pas tout à fait le cas dans l'exemple démontré au chapitre 5.4.3.

La rémunération de la chirurgie ambulatoire via le catalogue Tarmed doit être suffisamment attrayante par rapport à une rémunération via les APDRG pour un patient qui resterait hospitalisé quelques jours.

Pour le futur, les principales caractéristiques du projet de révision de la LAMal concernent le financement des hôpitaux. Il y a une volonté d'établir une structure tarifaire unique fédérale unique basée sur un financement à la prestation incluant les investissements. Cela se traduirait par la mise en place d'un système de financement par groupe de pathologies, de type APRG (all patient diagnosis related groups). Sur la question plus délicate de la répartition du financement entre partenaires, Etat et assureurs, les discussions progressent plus péniblement. Si l'idée d'une contribution duale fixe semble admise, la question au niveau de répartition est loin d'être tranchée. En filigrane se profile la notion d'un financement moniste, en principe confié aux seuls assureurs, qui ne rassure pas l'ensemble des acteurs. Les cantons estiment que leur rôle serait réduit à celui de payeur car ils perdraient le pilotage de la politique de santé.

A propos du financement des hôpitaux, dans son numéro de septembre 2005 ⁹, Hplus Palais Fédéral a établi un comparatif des différents modèles de financement en discussion (tableau ci-après). Nous pouvons dès lors nous poser la question des conséquences qu'aurait un nouveau type de financement pour les hôpitaux dans le domaine de la chirurgie ambulatoire ce qui est le cas par exemple dans la proposition du CSSS-CE. A relever qu'en raison des débats qui ont suivi cette proposition et de la forte poussée des coûts dans le secteur hospitalier ambulatoire, une des propositions qui émerge aujourd'hui (canton des Grisons) est celle de savoir s'il serait opportun de planifier également le secteur hospitalier ambulatoire public en garantissant un financement 50% Canton – 50% assureurs.

Ceci aurait le mérite par exemple d'avoir un développement planifié et non anarchique du domaine de la chirurgie ambulatoire

Financement des hôpitaux : quel est le plus beau modèle de tout le pays ?

	■ Statu quo	■ Conseil fédéral	■ CSSS-CE	■ CDS
Qui finance les prestations de l'AOS ¹ à l'hôpital ?	Différenciation en fonction des organismes de financement des hôpitaux Hôpitaux bénéficiant de subventions publiques : assureur max. 50 % des frais d'exploitation, le reste par les cantons Hôpitaux privés : 100 % des coûts par les assureurs	Frais d'exploitation et d'investissement : 50 % chacun par les cantons et les assureurs	Prise en compte de tous les frais de l'AOS (ambulatoires et hospitaliers) 30 % par les cantons, 70 % par les assureurs	Différenciation en fonction de la division de l'hôpital En division commune : assureurs max. 50 % des frais d'exploitation, le reste par les cantons En divisions semi-privées/divisions privées : 100 % par les assureurs
Agrément + contrôle de gestion des hôpitaux		Par les cantons par l'intermédiaire de listes d'hôpitaux		
Qui indemnise les hôpitaux (flux monétaires directs) ?	Hôpitaux publics : cantons et assureurs Cliniques privées : assureurs	Cantons et assureurs	Uniquement les assureurs	Division commune : cantons et assureurs Division semi-privée/privée : assureurs
Comment les hôpitaux sont-ils indemnisés ?	Par forfaits	Par forfaits liés aux prestations		
Contrôle du décompte		Par les assureurs, quant à l'efficacité, l'adéquation, la rentabilité		
Inconvénients	Inégalité de traitement des hôpitaux quant au financement Fausse incitation dans l'indemnisation ; pénalité de l'efficacité Fausse incitation dans l'interface ambulatoire – hospitalier	Limitation de la souveraineté des cantons en matière d'investissement pour les hôpitaux publics Augmentation de l'influence des cantons sur les investissements et les prestations des hôpitaux privés (par l'intermédiaire de la liste des hôpitaux) Fausse incitation dans l'interface ambulatoire – hospitalier Domaine de l'assurance complémentaire limité par la planification	Limitation de la souveraineté budgétaire des cantons pour les hôpitaux publics Augmentation de l'influence des cantons sur les investissements et les prestations des hôpitaux privés par l'intermédiaire de listes d'hôpitaux Domaine de l'assurance complémentaire limité par la planification	Remise en question de l'assurance obligatoire pour assurés complémentaires Surcroît de charges de l'AOS par l'attrait réduit de l'assurance complémentaire en tant que source essentielle de financement du système de santé Questions de délimitation ouvertes (p. ex. un patient payant soi-même est-il considéré comme assuré complémentaire ?) Fausse incitation dans l'interface ambulatoire – hospitalier
Avantages	Nombreuses libertés contractuelles pour les acteurs du système de santé Domaine de l'assurance complémentaire majoritairement sans limitations	Transparence et récompense de l'efficacité par le financement des prestations Clarté dans la répartition des coûts entre cantons et assureurs	Transparence et récompense de l'efficacité par le financement des prestations Clarté dans la répartition des coûts entre cantons et assureurs Elimination des fausses incitations entre ambulatoire – hospitalier	Transparence et récompense de l'efficacité par le financement des prestations Domaine de l'assurance complémentaire sans limitations

¹ AOS = Assurance Obligatoire des Soins

4. METHODOLOGIE D'IMPLANTATION ET D'ORGANISATION DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

La méthodologie développée ci-après est essentiellement prise à partir de l'exemple français, qui a vu se développer la chirurgie ambulatoire essentiellement durant ces 10 dernières années. Il peut avoir des différences par rapport à ce qui se pratique déjà en Suisse notamment au niveau des textes de loi, mais ce qui importe ici est la méthodologie expliquée à partir de l'expérience des dernières années.

Cette méthodologie, après quelques notions introductives, va aborder les différents flux (chirurgicaux, de personnel, externes, etc) qui vont interagir dans le cadre d'une unité de chirurgie ambulatoire. Une fois en place, cette unité doit pouvoir être ensuite évaluée. Puis dans le dernier chapitre, d'une manière plus générale des notions de stratégie économique en secteur public vont être mentionnées.

4.1 CREER UNE UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Il n'y a pas de recettes miracles pour créer une unité de chirurgie ambulatoire, cependant il y a un certain nombre de conditions ¹⁰ à respecter, dont en voici quelques unes :

1. Avoir envie de travailler plus et mieux, pouvoir travailler plus et mieux. Faire de la chirurgie ambulatoire c'est soumettre la chirurgie à la loi de l'efficacité et de la productivité.
2. Connaître le concept. La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel fondé sur la prise en charge du patient. Il ne s'agit pas de bobologie ou de chirurgie de cabinet.
3. Etre capable de s'organiser. Il est obligatoire de nommer un coordinateur et que tous les acteurs acceptent de se faire coordonner. La condition est d'être capable de travailler en équipe, dans la pluridisciplinarité, de se coordonner, en un mot de se professionnaliser.
4. Etre capable de bon sens et d'évaluation. Il faut comprendre qu'il ne s'agit pas de faire des records. La vitesse n'est pas le but, elle est la résultante. Il faut s'organiser, gérer et évaluer.

Il doit y avoir une évolution significative des comportements. Les plus grands changements à attendre sont ceux qui viennent des médecins. Les mesures seront d'autant plus douloureuses que les résistances sont importantes et anciennes. L'organisation doit être efficace, performante, souple et transversale.

4.2 MODELES D'ORGANISATION

Les modèles d'organisation s'articulent autour de quelques grands principes ¹¹ dont il faut en tenir compte :

1. La performance. Les organisations doivent pouvoir s'adapter à leur environnement, c'est-à-dire qu'elles doivent être souple et mobile.
2. L'organisation la plus simple qui a fait ses preuves dans les blocs opératoires est celle des « flux régulés ». La hiérarchie doit être la plus courte possible et le manager proche du terrain.

Administrer les flux d'un bloc opératoire, comme toute autre organisation, répond à 5 fonctions :

- La prévoyance au travers d'un programme qui doit être hebdomadaire, unique, flexible et précis. Il faut pouvoir partager les ressources, c'est-à-dire construire un modèle de bloc opératoire où personnel et équipement pourront être disponibles tantôt dans une salle tantôt dans l'autre, en fonction des besoins des interventions. Le maître mot est ici l'optimisation de l'utilisation des salles d'opération, notion qui entre en conflit avec l'idée en général que se fait le chirurgien souhaitant exercer leur art en toute indépendance avec une entière disponibilité de personnel et d'équipement. D'une manière générale, le chirurgien considère que les blocs opératoires sont à leur entière disposition et qu'eux-mêmes ne sont pas dépendants de l'organisation.
 - L'organisation avec une unité de commandement claire et des responsabilités définies. A ce niveau une charte du bloc est nécessaire et doit contenir des éléments tels que les règles d'hygiène, règles de comportement, règles d'organisation collective, organisation de la gestion des stocks, organisation de la gestion des équipements, respect du budget annuel.
 - Le commandement doit avoir la compétence et les qualités requises. Réguler c'est un métier et il doit y avoir une concordance étroite entre le pouvoir et la responsabilité. L'approche de gestion d'un bloc par la méthode des flux nécessite une véritable autorité de régulateur, qui doit obligatoirement supplanter les différentes luttes de pouvoirs et d'intérêts au sein des blocs opératoires.
 - La coordination. Le planificateur, en flux régulés, doit s'organiser pour faire converger au bon moment sur chaque séquence 3 flux : patients, personnel et matériel. Il doit également prendre en compte la gestion des imprévus, des écarts et des notions telles que le pilotage par l'aval, où il ne sert à rien de lancer une opération si par exemple il n'y a plus de place en salle de réveil.
 - Le contrôle qui permet de vérifier les écarts au programme, aux ordres et aux principes. Le système doit être évolutif en fonction du feed-back des utilisateurs et non figé par les contraintes de la hiérarchie.
3. Les obstacles. Un des obstacles les plus souvent cités est : « nous n'avons pas le temps ». En guise de critique constructive pour terminer ce chapitre, une des lois de C.-N. Parkinson ¹² dit que « tout le travail tend à se dilater pour remplir tout le temps disponible ». Parkinson a constaté à plusieurs reprises que doubler le personnel d'un service d'urgence ou d'un bloc opératoire ne modifie en rien la quantité de travail qu'il est capable de produire ni le sentiment d'hyper-occupation que vivent les soignants qui y exercent.

Le régulateur joue un rôle primordial dans ce mode de fonctionnement, il doit avoir les compétences requises et surtout l'autorité nécessaire qui devront supplanter les luttes d'intérêt. Il ne faut donc pas réinventer le fil à couper le beurre mais utiliser tout simplement les méthodes qui ont largement fait leurs preuves ailleurs. Il ne faut non plus hésiter à faire du benchmarking avec d'autres institutions.

Les différents flux qui interagissent entre eux au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire sont d'abord analysés puis intégrés dans cette organisation de façon efficace et efficiente.

4.3 LES FLUX CHIRURGICAUX

Le chirurgien est un des acteurs de la prise en charge ambulatoire et va donc rencontrer le patient à plusieurs reprises¹³. Les contacts sont :

1. La capacité de recrutement.
2. La consultation chirurgicale. C'est au cours de cette consultation qu'est envisagée la prise en charge ambulatoire d'un acte et que survient la procédure de sélection.
 - La sélection du patient. Les critères sont médicaux, mais surtout psychosociaux :
 - âge > 6 mois et ASA 1,2 ou 3 stabilisé
 - présence d'un accompagnant pour le retour et la nuit suivante
 - téléphone au domicile
 - compréhension suffisante
 - acceptation de la procédure et de ses contraintes
 - domicile à moins d'une heure de transport du centre
 - La sélection de l'acte. L'acte envisagé doit appartenir à une typologie d'intervention déjà maîtrisée par le chirurgien et l'anesthésiste dans le cadre du centre de chirurgie ambulatoire (CCA) et dont les paramètres de durée opératoire et de surveillance post-interventionnelle sont validés.
 - L'information au patient. Le chirurgien est soumis à l'obligation de délivrer une information.
3. La programmation. L'inscription d'un patient au planning opératoire repose sur une circulation complexe d'informations entre le chirurgien, l'anesthésiste et le CCA, qui est basée notamment sur une approche commune et validée (chirurgien et anesthésiste) des critères de prise en charge ambulatoire.
4. L'acte opératoire à proprement dit.
5. La sortie. La validation de sortie du patient est de la responsabilité conjointe du chirurgien et de l'anesthésiste.
6. Les conditions de suivi post-interventionnel. Le minimum est que le patient ait le numéro de téléphone et l'adresse des urgences de la structure dont le CCA est tributaire ou bien d'une ligne type hotline inhérente au CCA.

En complément du point 2, en droit suisse¹⁴ l'information du patient est devenue un élément essentiel dans le fonctionnement des systèmes de soins et un préalable indispensable à l'empowerment des patients. Ce n'est qu'en garantissant le droit d'être informé à tout patient qu'on

peut développer son regard critique sur les propositions que lui font les professionnels de la santé et le mettre en situation de prendre des décisions en connaissance de cause.

Le droit d'être informé se concrétise par le droit du patient d'accéder à son dossier (médical, hospitalier, infirmier, etc.) et par son droit d'obtenir de tout soignant une information complète, impartiale et véridique avant de décider un traitement (théorie du consentement éclairé¹⁵). En milieu hospitalier, spécialement pour certaines interventions chirurgicales, des formules écrites d'information et de consentement ont été mises au point ces dernières années. Elles ne devraient toutefois pas remplacer l'indispensable dialogue entre soignant et soigné. L'information doit être donnée de manière compréhensible, du point de vue du contenu comme de la langue, pour le patient concerné.

Le patient, étant au centre des préoccupations au niveau des flux chirurgicaux, doit le rester tout au long du processus. C'est le patient qui est ambulatoire et non l'acte.

4.4 LES FLUX ANESTHESIQUES

Dans ces flux sont compris notamment les étapes de consultation, de sélection et d'information.¹⁶ La consultation pré-anesthésique (préopératoire) vient toujours après la consultation de l'opérateur.

Les patients doivent être ASA 1, 2 ou 3 stabilisé. La nomenclature ASA (American Society of Anaesthesiologists) score¹⁷ est définie ayant 5 états préopératoires + E (urgences) :

1. Normal
2. Maladie systémique modérée
3. Maladie systémique sévère, sans incapacité
4. Maladie systémique sévère avec incapacité, menaçant la vie
5. Moribond, espérance de vie de moins de 24 heures sans intervention

K. Kortilla¹⁸ a élaboré une liste de contre-indications formelles à l'ambulatoire :

- Patient ne désirant pas l'anesthésie ambulatoire et souhaitant être hospitalisé
- Patient ASA 3 ou 4 non équilibré
- Patient à antécédent ou risque d'hyperthermie maligne
- Patient présentant une obésité morbide accompagnée de problèmes cardiaques ou respiratoires
- Patient drogué ou alcoolique
- Patient sous IMAO
- Enfant à risque
- Patient non accompagné ou vivant seul

On remarque donc que non seulement des critères médicaux entrent en ligne de compte, mais également des critères socioculturels tels que la capacité de compréhension, le téléphone, la distance séparant le CCA du domicile, etc.

Vient ensuite l'acte anesthésique qui se fera selon un protocole établi lors de la consultation, le patient ayant été averti des modalités de sa réalisation et ayant donné son accord pour le type d'anesthésie prévu.

La dernière étape est le contrôle postopératoire ainsi que la décharge. Pour pouvoir retourner à son domicile le jour même après un geste ayant nécessité une anesthésie ambulatoire, il faut tout d'abord que l'opérateur ait vérifié l'absence de problème ou de complication pouvant découler de son intervention. Cette exigence étant satisfaite, il appartient à l'anesthésiste de vérifier si toutes les conditions sont réunies pour que le patient puisse sortir, accompagné, pour son domicile.

A relever enfin que le CCA ou le service d'urgence du Centre auquel le CCA est rattaché doit pouvoir répondre 24h/24h en cas de problème.

La sécurité du patient est primordiale à toutes les étapes de l'intervention (avant, pendant et après) et doit rester la préoccupation de tous les intervenants.

4.5 LES FLUX DE PERSONNEL : RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

Il est bon de rappeler que l'organisation d'un CCA est conçue autour et pour le patient. Le personnel soignant intervient à différentes étapes.¹⁹

1. La période préopératoire. Un accueil personnalisé et une information de qualité permettront dès le départ une réussite de la prise en charge pour la satisfaction du patient. Le personnel soignant fait les vérifications d'usage, installe et prépare le patient, et donne une information sur le déroulement de la journée au patient ainsi qu'à son entourage. Ceci vaut également pour la prise en charge d'un patient dans une démarche d'hospitalisation.
2. Le bloc opératoire. L'organisation ne diffère en fait pas fondamentalement d'une intervention chirurgicale traditionnelle. La différence vient au niveau de l'organisation des flux : le programme opératoire de chirurgie ambulatoire doit se dérouler sans perturbation. Le flux ne peut être régulé que par une bonne coordination entre l'amont (période préopératoire) et l'aval (période postopératoire). A cet effet le matériel nécessaire doit être fourni en quantité suffisante, au bon moment et en bon état de marche.
3. La période postopératoire. Le rôle de l'infirmier est de surveiller les constantes et l'état général du patient et la mise en route éventuelle des protocoles antalgiques. Des protocoles clairs et précis doivent être établis.

La réussite du projet est due en grande partie au choix du personnel, ayant les compétences adéquates, amené à travailler dans une structure ambulatoire. Le personnel soignant tient également un rôle très important au sein d'une unité de chirurgie ambulatoire, il est présent à toutes les étapes et est indispensable au bon fonctionnement de l'unité.

4.6 LES FLUX ADMINISTRATIFS

L'efficacité en chirurgie ambulatoire se traduit par des circuits courts et l'administration ne saurait y échapper. A ce propos, deux conditions sont nécessaires :

1. La polyvalence du personnel pour une prise en charge administrative allégée, un accueil personnalisé et de qualité, une prise en charge paramédicale qualifiée et unique qui peut se

faire par l'intermédiaire d'une aide-soignante saisissant les prestations par exemple. L'essentiel du dossier administratif a été fait lors de la consultation préopératoire.

2. Des moyens autonomes sont nécessaires comme ordinateur, imprimante, photocopieur, fax, téléphone, papeterie. Ces moyens doivent permettre une optimisation de la gestion administrative qui se veut la plus efficace possible.

L'administration doit également s'adapter à ce type de structure et de fonctionnement. Elle doit être performante et coller au plus près au flux du patient, et non décalée de plusieurs jours ou voire même semaines.

4.7 RÔLE DU MEDECIN GENERALISTE

L'implication des acteurs avant, pendant et après l'opération devient primordiale et indispensable dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire. À ce titre un partenariat et une coopération avec le médecin de ville, l'aide à domicile, physiothérapeute ou autre sont essentiels. Comme déjà mentionné, la conception et l'organisation partent du patient et le monde hospitalier ne doit ici pas fonctionner en « autonomie » et négliger la Ville. La sécurité absolue pour le patient doit être le leitmotiv de tous les acteurs du processus.

La relation Hôpital-Ville doit être renforcée, notamment par des solutions comme ²⁰ :

1. L'information. Elle doit intervenir à plusieurs niveaux.
 - Sur le service lui-même, en amont et en aval (p.e. définir le rôle du généraliste).
 - Pour chaque patient, en amont (p.e. la connaissance de vie du patient par le généraliste) et en aval.
2. La formation. Détailler les différentes phases permet de définir où intervient le généraliste, d'isoler les besoins exacts et d'envisager les modes de formation adaptés.
3. Les outils. La définition des procédures est essentielle, rien ne doit être laissé au hasard. Cette démarche hospitalière doit être également adoptée par les intervenants à domicile.
 - La gestion par objectif et identification des besoins. Le patient est le dénominateur commun à tous les intervenants.
 - Le dossier médical. Les informations nécessaires doivent pouvoir suivre le patient à son retour à domicile, avec le plan de soins par exemple.
 - La formation des intervenants à domicile, notamment par le feed-back de l'équipe chirurgicale.
 - L'organisation du domicile. Le « qui fait quoi » doit être absolument défini.

Pour la sécurité du patient, le médecin généraliste fait partie intégrante de la chirurgie ambulatoire et doit à ce titre être considéré comme un partenaire à part entière. Le rétablissement du patient peut se faire ainsi dans les meilleures conditions et le plus rapidement possibles.

4.8 L'ARCHITECTURE

L'architecture est une composante dont l'unité de chirurgie ambulatoire ne saurait s'en passer. Elle doit prendre en compte les différents flux des patients, des soignants et des accompagnants ainsi que de leurs besoins respectifs. Elle doit pouvoir être évolutive et bien entendu tenir compte des réalités économiques. Dès lors l'unité ambulatoire peut revêtir différentes formes d'organisation architecturale possible. L'exemple du Québec dans le développement de la chirurgie ambulatoire ²¹ nous donne trois types d'organisation possible et leur caractéristique d'organisation.

FIGURE 7 : TYPES D'ORGANISATION

Caractéristiques	Centre intégré	Centre dédié	Centre autonome
Aménagement requis	Minimum : salle d'observation distincte	Considérable : 2 salles d'opération + salle de réveil, accueil, centre péropératoire	Construction sur mesure d'un service voué qu'au CCA
Locaux	Partagés avec la chirurgie hospitalière	Séparés, mais reliés physiquement à la chirurgie hospitalière	Dédiés au CCA entièrement séparés physiquement et administrativement
Personnel de soutien	Ajout minimum au personnel existant du bloc opératoire	Formé spécifiquement au CCA	Plus limité
Service de consultation	Sur place	Selon horaire	Minimal
Laboratoires	Sur place	Sur place	Transferts requis
Possibilité d'hospitalisation	Facile	Possible	Très limitée sur place
Disponibilité d'une chirurgie extensive	Minimum	Déplacement possible au bloc opératoire de la chirurgie hospitalière	Constant
Déplacements par le chirurgien	Plus élevé	Variables selon l'emplacement	Rare
Risques d'annulation	Possibles	Faibles	Rare
Lourdeurs administratives		Moindres : flexibilité accrue	

L'engagement de libérer le patient après quelques heures nécessite une perception précise des flux (patients, accompagnants, consultants) et une adaptation des locaux en termes de surface et de circuits de fonctionnement. On aura par exemple plus d'espace aux zones d'attente et de transfert, et moins à l'hébergement individuel.

Il convient dès lors de traiter différemment :

- L'accueil et l'hébergement, avec une variante « séparation accompagnants-opérés » et une variante « réunion accompagnants-opérés » pour les opérations plus traumatisantes.
- L'acte opératoire

que nous pouvons visionner selon les deux schémas ci-dessous ²²

FIGURE 8 : SERVICE AMBULATOIRE – SCHEMA ACCOMPAGNANTS-OPERES

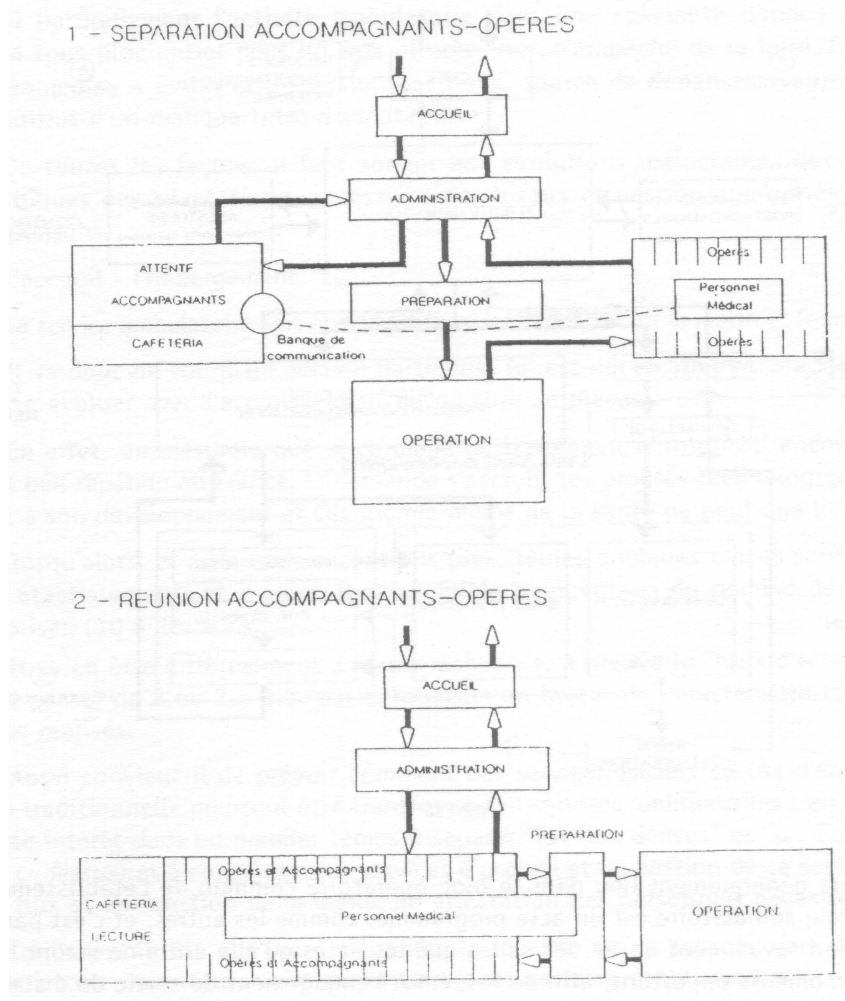
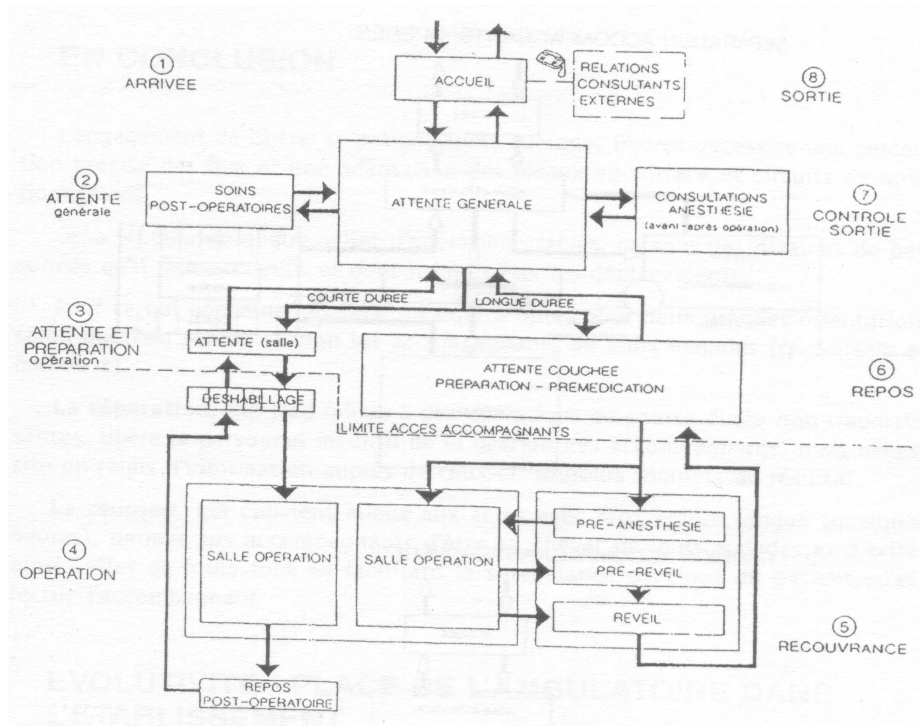


FIGURE 9 : SCHEMA GENERAL – L'ACTE OPERATOIRE EN SERVICE AMBULATOIRE



Etant donné le potentiel de transfert de la chirurgie stationnaire vers l'ambulatoire les décideurs, qui vont mettre en place et/ou développer ce concept, doivent avoir une vue à moyen et long terme en matière d'architecture. Les locaux devront être adaptables afin de favoriser au mieux le transfert vers l'ambulatoire.

4.9 EVALUATION ET QUALITE

4.9.1 Le concept

La chirurgie ambulatoire et qualité sont liées car il s'agit ici non d'une technique mais d'un concept d'organisation, et à ce propos deux critères principaux de la qualité en matière hospitalière sont concernés :

- La satisfaction des patients
- La qualité organisationnelle

Encore plus en chirurgie ambulatoire il faut pratiquer la transversalité des différents secteurs et non être figé dans un fonctionnement sectoriel qui a de la peine à communiquer en général et qu'on retrouve fréquemment dans les structures stationnaires.

A ce propos, l'Association Française de chirurgie ambulatoire (AFCA) a considéré la qualité au cœur de ses objectifs. Les principaux efforts et réalisations ont porté sur les éléments suivants ²³ :

- Aider les professionnels à se comprendre. Etre certain, en qualité, qu'on parle de la même chose, à ce propos l'AFCA a conçu un livre comme outil de travail afin de faciliter l'accès

aux professionnels des pratiques et définitions de la qualité

- Favoriser une régulation médicale et qualitative de la chirurgie ambulatoire : les actes marqueurs. Il s'agit d'avoir des actes communs à toutes les structures. A rappeler qu'il ne s'agit pas de faire des listes d'actes ambulatoires car ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, c'est le patient. Il faut par exemple que ces actes soient marqueurs* d'une chirurgie qualifiée et substitutive, soient peu nombreux mais constituent un reflet significatif d'un segment d'activité, d'une spécialité, d'un type d'organe ou de pathologie.
- Participer au nécessaire débat sur l'accréditation
- Favoriser l'articulation avec la médecine de ville : le dossier médical partagé
- Permettre les comparaisons internationales des pratiques : l'étude IAAS/OCDE
- Disposer d'un vocabulaire normalisé au plan international
- Pouvoir mesurer ce que l'on fait pour pouvoir agir sur ce que l'on fait
- Aider les professionnels concernés par la formation

In fine, il ne faut pas oublier que, pour chacun, la sécurité des patients doit toujours être l'objectif prioritaire.

*A propos des actes marqueurs, une étude a été publiée en France en 2002 afin d'évaluer le potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs²⁴ dont les principaux résultats démontrent un potentiel important de transfert vers l'ambulatoire pour les différents gestes, dont voici quelques éléments :

FIGURE 10 : POTENTIELLEMENT DE DEVELOPPEMENT – FRANCE 2002

Gestes marqueurs	Taux chirurgie ambulatoire	Taux cible chir. Ambul.
Amygdalectomie	63%	93-95%
Arthroscopie du genou	24%	72-75%
Chirurgie des varices	15%	65-68%
Cure de hernie chez adulte	3%	13-14%

4.9.2 L'évaluation

Pour évaluer, il faut pouvoir apprécier l'efficacité (capacité des soins fournis à améliorer l'état de santé des patients) et l'efficience (relation entre les ressources utilisées et les produits obtenus) de cette chirurgie ambulatoire. On peut le faire via 3 approches possibles :

1. L'évaluation de l'unité de chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire évaluer les moyens mis en œuvre : les personnels, les matériels, les processus de fonctionnement et le système d'information.
2. L'évaluation du processus, des procédures, c'est-à-dire évaluer les méthodes utilisées, l'activité des professionnels en terme d'information, d'organisation et de coordination.
3. L'évaluation des résultats, c'est-à-dire évaluer et analyser les écarts en ce qui est observé et ce qui est souhaité dans le but de réduire ces écarts afin d'améliorer la qualité de la prise en charge ambulatoire.

A titre d'exemple, les indicateurs australiens, établis par l'Association Australienne de Chirurgie Ambulatoire, sont cités ci-après.²⁵ L'évaluation passe par la prise en compte des 4 acteurs en jeu :

- Le patient - l'annulation d'une intervention programmée le jour même reflète :
 - la compréhension du système par le patient
 - la qualité de sélection des patients
- Le chirurgien - le taux de reprise reflète :
 - le nombre de complications chirurgicales
 - la qualité du chirurgien
- L'anesthésiste – la sortie retardée reflète :
 - la qualité de l'anesthésie
- L'organisation générale – le taux d'hospitalisations imprévues reflète :
 - une pratique ambulatoire non maîtrisée

L'approche par les résultats devrait permettre d'une part d'impliquer les professionnels de l'ambulatoire, notamment le corps médical et d'autre part se protéger envers les démarches technocratiques d'experts et non de praticiens.

L'évaluation et la qualité sont un processus itératif qui doit permettre une amélioration continue du processus. Il faut fixer des indicateurs représentatifs de l'activité ambulatoire que l'on doit pouvoir suivre, comparer avec d'autres établissements et améliorer. Par exemple, la satisfaction du patient est un indicateur important à prendre en compte.

4.10 STRATEGIE ECONOMIQUE EN SECTEUR PUBLIC

Définir avec précision ce qu'est du domaine de la chirurgie ambulatoire pose le problème du suivi statistique de l'évolution de la chirurgie ambulatoire. Le maître mot à considérer est substitution, c'est-à-dire que les patients pris en charge en ambulatoire et les actes réalisés doivent correspondre à des patients et des actes qui étaient, auparavant, pris en charge dans une structure d'hospitalisation complète.

En institution publique, la chirurgie ambulatoire ne doit pas être considérée non plus comme simplement une déclaration d'intention ou bien d'un « gadget » et doit au contraire s'articuler sur une stratégie de développement construite autour de 5 axes principaux ²⁶ :

1. Le concept de chirurgie ambulatoire dans l'environnement juridique et socio-économique actuel de l'hôpital. Il s'agit de prendre en compte des considérations :
 - Légales : quelles sont les définitions reconnues de l'ambulatoire.
 - De financement.
 - De santé publique : il est important d'identifier au préalable la typologie de la clientèle pour laquelle l'ambulatoire s'avère la plus opportune. Les facteurs sociaux et économiques influencent ce choix. La précarité, l'éloignement géographique ou toute autre forme de rupture sociale sont des critères pertinents dans la détermination du mode de prise en charge.

2. La redéfinition de l'offre de soins hospitalière. Les hôpitaux sont conçus dans la grande majorité des cas pour traiter des patients hospitalisés et donc toute réflexion sur la création d'une structure de chirurgie ambulatoire doit s'accompagner d'une réflexion sur l'offre de soins et l'organisation de l'hôpital. La chirurgie ambulatoire ne peut pas s'envisager de manière cloisonnée, comme on peut le constater fréquemment dans le domaine de l'hospitalier. Elle est multidisciplinaire et exige une coordination avec l'ensemble des partenaires internes et externes. Une réflexion globale sur la redéfinition de l'offre de soins s'impose et sera un préalable à la réussite de l'ambulatoire.
3. Les conditions d'organisation de la chirurgie ambulatoire. Comme déjà cité précédemment, il doit avoir une évolution des mentalités. Ce n'est pas à la clientèle à s'adapter à l'institution, mais bien l'inverse. Le patient est au centre de l'organisation de la chirurgie ambulatoire. De plus le système d'information doit être appréhendé dans sa globalité. La circulation, la qualité et les échanges d'informations nécessaires à la pratique de l'ambulatoire entre les différents partenaires sont une condition indispensable de la pérennité d'une telle activité en milieu hospitalier. On peut citer à titre d'exemple le dossier médical informatisé. Partager, échanger et avoir une bonne maîtrise de l'information sont les atouts d'une bonne chirurgie ambulatoire dans une structure aussi complexe qu'un hôpital.
4. La recherche de la satisfaction de la clientèle. Répondre à la clientèle est un des éléments moteurs de toute réflexion sur l'ambulatoire. Il faut donc promouvoir cette chirurgie et informer les patients des possibilités existantes.
5. L'ouverture sur l'extérieur. Les médecins traitants jouent un rôle essentiel et notamment dans la surveillance postopératoire, ce qui exige une coordination entre les différents partenaires. L'hôpital doit informer le médecin traitant qui doit recevoir les rapports opératoires dans les plus brefs délais.

Il ne suffit donc pas de décréter tout simplement la création d'une unité de chirurgie ambulatoire, mais au contraire elle doit être l'aboutissement d'une réflexion stratégique prenant notamment en compte la satisfaction des patients ainsi que des considérations économiques, organisationnelles et de santé publique.

5. CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE AU SEIN DU RESEAU SANTE VALAIS : L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL DE SIERRE

5.1 INTRODUCTION

Ce chapitre va aborder le cas de création d'un centre de chirurgie ambulatoire valaisan et montrer quels peuvent être les enjeux et perspectives liés à ce projet, notamment au niveau des incitatifs financiers.

Afin de bien comprendre l'implantation et le développement de la chirurgie ambulatoire en terre valaisanne, il est nécessaire de situer le contexte hospitalier, qui a subi quelques bouleversements importants depuis 2 ans maintenant.

5.1.1 *Qu'est-ce que le Réseau Santé Valais ?*

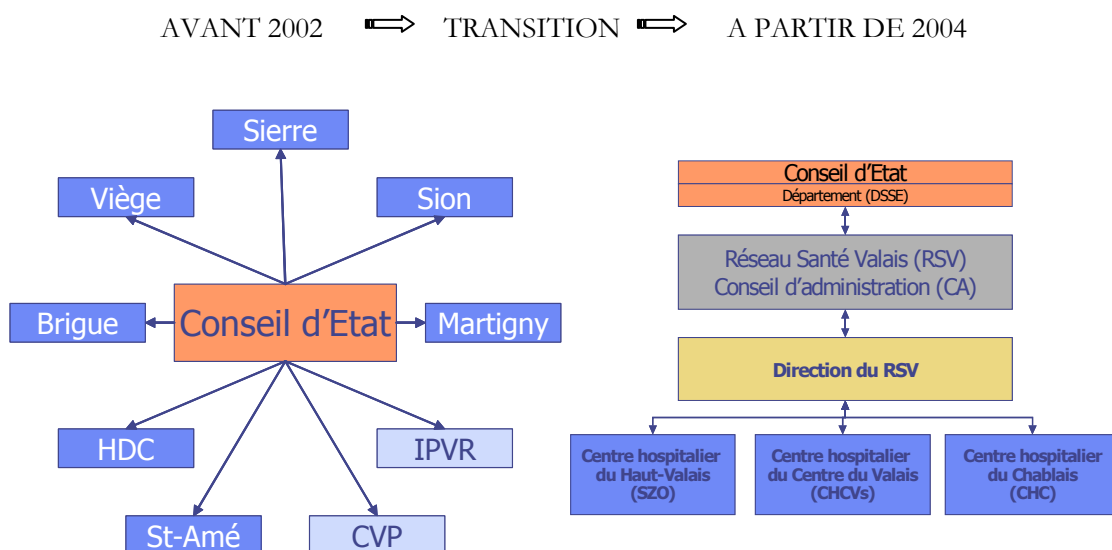
Le Réseau Santé Valais (RSV) est un établissement public de droit autonome placé sous la haute surveillance du Grand Conseil. Il a été créé par décret le 1^{er} février 2002, ce dernier est ensuite remplacé par un nouveau décret voté le 4 septembre 2003. Ce décret devrait être lui-même prochainement remplacé par une nouvelle loi cantonale sur les établissements et institutions sanitaires, début 2007.

Le RSV a notamment pour but d'assurer la mise en œuvre de la planification hospitalière et de coordonner les activités des établissements hospitaliers et des instituts médico-techniques du Canton du Valais et du Chablais Vaudois (dans le cadre de l'accord avec le Canton de Vaud).

Les compétences de l'Etat et du RSV se répartissent de la manière suivante :

- Le Conseil d'Etat par le Département de la Santé assume des tâches de planification, d'allocation de ressources et de surveillance.
- Le RSV, entre autres, dirige et gère les hôpitaux qui relèvent de sa compétence, mène des négociations avec le Conseil d'Etat concernant la participation financière de l'Etat, négocie les conventions hospitalières avec les assureurs, détermine la politique salariale et budgétaire des établissements hospitaliers.

FIGURE 11 : LA REPARTITION DES COMPETENCES

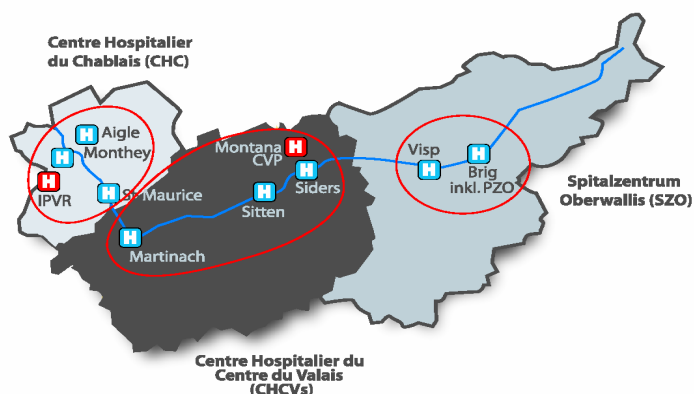


Le RSV a fonctionnellement repris la gestion des hôpitaux valaisans au 1er janvier 2004 en mettant en place une Direction Générale et en créant 3 centres hospitaliers :

- Le centre hospitalier du Haut – Valais (SZO) regroupant les hôpitaux de Brigue et de Viège
- Le centre hospitalier du Centre du Valais (CHCVs) regroupant les hôpitaux de Sierre-Sion-Martigny ainsi que le Centre Valaisan de Pneumologie
- Le centre hospitalier du Chablais (CHC) regroupant les établissements de St-Amé, les Instituts psychiatriques du Valais romand ainsi que la partie valaisanne de l'hôpital du Chablais.

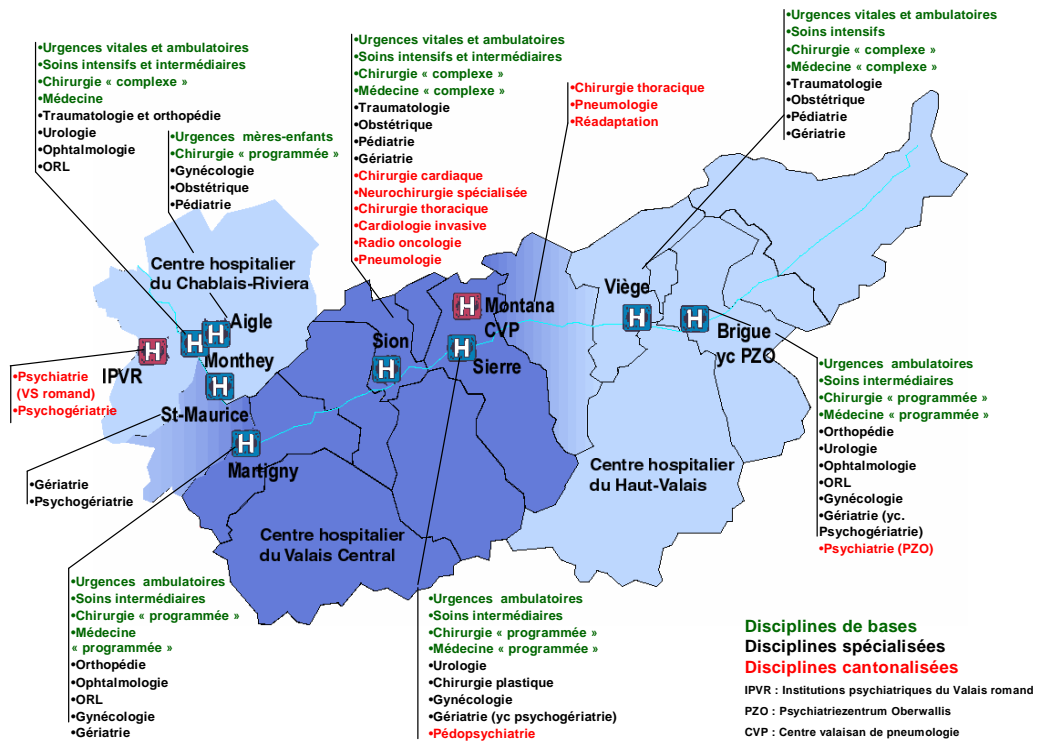
Une région hospitalière unique est créée au niveau cantonal. Les trois centres hospitaliers offrent un spectre étendu de prestations médicales tout en assurant une qualité de haut niveau. De plus une nouvelle organisation en départements médicaux intersites permet une prise en charge spécialisée.

FIGURE 12 : LE PAYSAGE HOSPITALIER VALAISAN



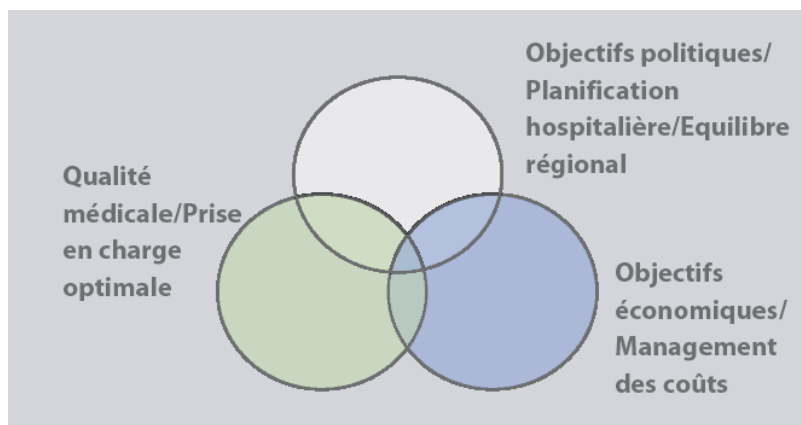
En séance du 28 janvier 2004, le Conseil d'Etat a pris d'importantes décisions en matière de planification hospitalière notamment par la répartition des différentes disciplines médicales entre les différents établissements hospitaliers que l'on peut lire ci-dessous :

FIGURE 13 : PLANIFICATION HOSPITALIERE VALAISANNE DU 28 JANVIER 2004



La nouvelle répartition des disciplines permet des prestations médicales individuelles adaptées de manière optimale aux besoins des patients avec un niveau élevé de qualité. La concentration des disciplines améliore, sur le plan professionnel, l'attractivité des services pour les collaborateurs. La création, quant à elle, de départements médicaux intersites augmente la masse critique des patients et le personnel gagne en expérience dans des domaines spécialisés. La planification hospitalière doit répondre à de multiples défis :

FIGURE 14 : LES DEFIS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION HOSPITALIERE



5.1.2 Le Centre de chirurgie ambulatoire - CCA

Etant donné l'évolution en matière de chirurgie ambulatoire, de nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales et dans le but de réduire les coûts, d'augmenter l'efficacité et de répondre aux besoins de la population le Conseil d'Administration du Réseau Santé Valais a décidé le 1^{er} décembre 2004 l'étude d'un concept de chirurgie ambulatoire et a confirmé le 31 janvier 2005 la création d'un centre de chirurgie ambulatoire au sein du Réseau Santé Valais.

A ce propos, un groupe de travail a été nommé afin de mener à bien cet ambitieux projet. Ce groupe de travail, représentant les différents acteurs d'une structure hospitalière, est composé de :

- Madame Regula Jenzer – Directrice des soins infirmiers du RSV
- Monsieur Rico Meyer – Membre du Conseil d'Administration du Réseau Santé Valais
- Professeur Patrick Ravussin – Chef du département d'anesthésiologie du Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVS)
- Docteur Pierre Schertenleib – chirurgien plasticien du CHCVS
- Monsieur Reinhard Venetz – Responsable de la division contrôle de gestion et qualité du CHCVS
- Monsieur Beat Petrig – Chef des investissements et infrastructures du Centre Hospitalier du Haut-Valais (SZO)
- Monsieur Peter Urben – Directeur des soins infirmiers du SZO
- Monsieur Samuel Buchard – Directeur administratif et financier adjoint du CHCVS et administrateur de l'hôpital de Martigny

Le 5 août 2005, le CCA a officiellement ouvert ses portes à l'hôpital de Sierre et a commencé sa phase pilote !

Mais que s'est-il passé entre le 1^{er} décembre 2004 et le 5 août 2005 ?

5.2 LE PLAN DE DEVELOPPEMENT ²⁷

5.2.1 Introduction

La chirurgie ambulatoire est une réalité dont le développement croissant ne fait que confirmer cet état de fait. Dans un souci de répondre aux besoins de la population et d'adapter l'offre hospitalière, la stratégie voulue est un transfert durable des traitements stationnaires au secteur de l'ambulatoire à l'aide de nouvelles technologies, avec efficacité et efficacité, tout en assurant une excellente qualité.

5.2.2 Objectifs de l'entreprise : prestations de service

Les développements de la technologie dans le domaine de la chirurgie et les progrès de l'anesthésie permettent de procéder à des opérations qui ménagent nettement plus les patients qu'il y a seulement quelques années encore. Les patients subissent beaucoup moins de contraintes et nécessitent dans bien des cas moins de soins et/ou des soins différents avec d'excellents résultats qualitatifs.

Cette évolution a permis de générer un transfert du secteur stationnaire au secteur ambulatoire. Le RSV entend ainsi mettre sur pied une structure dédiée à la chirurgie ambulatoire sur les sites de Sierre et de Brigue, afin d'assurer un traitement médical efficace et approprié ainsi qu'un suivi en matière de soins. Les différentes disciplines devront être intégrées à ce centre de compétence par étapes et non en une seule fois.

Ce centre doit servir à toutes les interventions de chirurgie ambulatoire, pour des patients qui pourront être renvoyés à la maison le jour même, voire souvent au bout de quelques heures seulement. Les patients bénéficieront dans ce centre d'un suivi aux mêmes normes de qualité en vigueur au sein du Réseau Santé Valais.

Concernant les offres de prestations, le groupe de travail a pris comme base de travail la liste des interventions ambulatoires mises à disposition par le CHUV. Cette liste est utilisée comme point de départ mais ne doit pas être considérée comme référence absolue, car ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. De plus elle n'est pas exhaustive et doit permettre par la suite de nouveaux transferts de l'hospitalier vers l'ambulatoire.

FIGURE 15 : EXEMPLES D'ACTES POUVANT ETRE FAIT EN AMBULATOIRE – LISTE DU CHUV

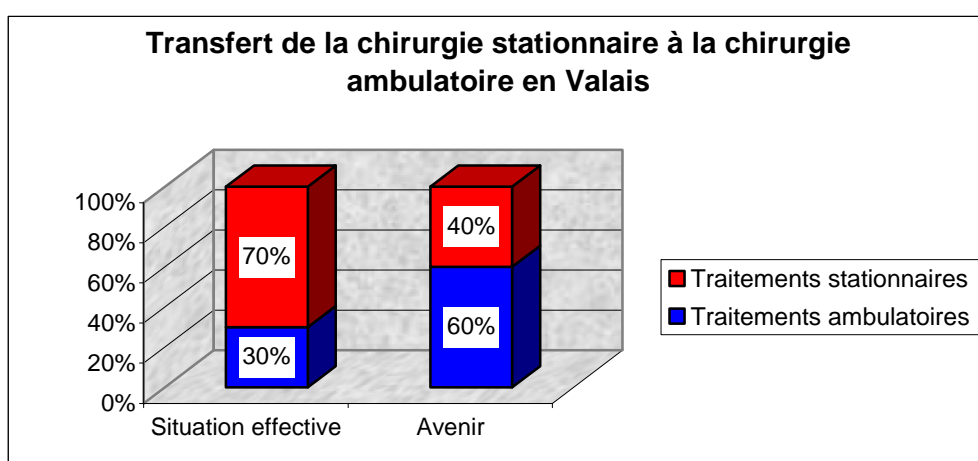
CHIRURGIE GÉNÉRALE	CPR
ABL. DRAIN, CATH	FERM. PLAIE
ABL. IMPLANT CAPSULAIRE	GREFFE PEAU
ABLATION P A C	GREFFE THIERSCH
ABLATION CORPS ETRANGER	INFILTRATION CORTISONE
ADHESIOLYSE	INJECTION COLLAGENE/GRAISSE
BIOPS. ART. TEMP.	LAMBEAU ROTATION
BIOPS. GANGLION / NODULE	LAVAGE PLAIE
BIOPS. MUSCULAIRE	LIGATURE EPIGASTRIQUE
BIOPSIE CUTANEE	LIPO-FILLING
BIOPSIE FOIE	LIPOSUCCION
BOURSECTOMIE	MAMMOPEXIE
CHG. BATTERIE STIM. NEURO-SACRE	MISE EN PLACE EXPANSEUR
CONFECTION. FISTULE AV	MOBILISATION IPP
CORRECTION CICATRICE	NEUROLYSE
EXC. KYSTE / NODULE / ...	OSTEOSYNTHESE
EXC. CONDYLOME	OTOPLASTIE
EXC. FIBROME	PLASTIE EN Z
EXC. HEMATOME	POSE CULTURE DE PEAU
EXC. NAEVI	RECONSTRUCTION MAMELONS
EXC. TUMEUR	RECONSTRUCTION SEIN
EXC. ULCERE	REDUCTION MAMMAIRE
FERMETURE PLAIE	REFECTION

5.2.3 Analyse de marché et de la concurrence

5.2.3.1 Analyse quantitative du marché valaisan

Le Valais, comme la Suisse et voire de l'Europe, a un fort potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Le taux actuel de chirurgie ambulatoire est d'environ 30% et le groupe de travail estime légitime de pouvoir attendre à court et moyen terme un taux de 60%, qui est déjà celui de pays comme les Etats-Unis ou le Canada.

FIGURE 16 : ESTIMATION DU POTENTIEL VALAISAN DE CHIRURGIE AMBULATOIRE



Quoiqu'on puisse penser le Valais n'échappe pas la règle pour laquelle il est difficile à partir des données 2004 et antérieures d'avoir une vision précise des opérations qui se faisaient en ambulatoire. La raison vient d'un problème de définition de ce qu'est précisément la chirurgie ambulatoire et chaque établissement, ou presque, avait sa propre définition. Toutefois le groupe de travail a considéré comme base de départ, en attendant les données 2005 qui seront plus précises, les données 2004 pour le Haut-Valais ainsi que le Valais Central avec les critères suivants :

- Uniquement des cas avec la position Tarmed – prestation de base technique pour salle d'opération reconnue 35.01 – uniquement des patients avec une prestation OP
- Les cas de chirurgie ambulatoires pédiatriques ont été exclus
- Type d'entrée : interventions annoncées et planifiables
- Les cas uniquement pris en compte sont ceux présent de 06h00 à 19h00

Le tri selon les critères ainsi définis a donné les résultats suivants :

FIGURE 17 : NOMBRE DE CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE 2004 SELON CRITÈRES PRÉDÉFINIS

	<i>Chirurgie</i>	<i>Gynécologie</i>	<i>Médecine</i>	<i>Autre</i>	<i>Totaux</i>
Brigue					
<i>Chirurgie ambulatoire</i>	983	95	61	0	1139
Viège					
<i>Chirurgie ambulatoire</i>	1066	116	124	0	1306
Total Haut-Valais	2049	211	185	0	2445
Sierre					
<i>Chirurgie ambulatoire</i>	628	307	187	0	1122
Sion					
<i>Chirurgie ambulatoire</i>	1934	167	80	1	2182
Martigny					
<i>Chirurgie ambulatoire</i>	758	292	19	15	1084
Total Valais central	3320	766	286	16	4388
Total Haut-Valais et Valais central	5369	977	471	16	6833

A relever qu'étant donné la situation géographique plus éloignée, les données du Centre Hospitalier du Chablais n'ont pas été prises en comptes.

Ainsi pour 2004, nous pouvons raisonnablement estimer le nombre de 2'445 pour le Haut-Valais et de 4'380 cas pour le Valais Central. Etant donné le départ des ophtalmologues en pratique privée chez ARTeMED, il faut déduire les cas concernés aux précédents totaux. La situation corrigée donne ainsi environ 2'080 cas pour le Haut-Valais et 3'060 cas pour le Valais Central.

Afin d'estimer le volume total du marché valaisan, il faut ajouter les cas qui ont été faits à la clinique de Valère, seule concurrence valaisanne jusqu'à ce jour. Pour 2001, 1'240 interventions ont été pratiquées, données prises à partir du site internet de la clinique.

Toute chose restant égale par ailleurs, le groupe de travail considère dans un premier temps que le volume va rester stable. Par la suite il faudra estimer d'une part le potentiel de transfert de l'hospitalier à la chirurgie ambulatoire et d'autre part les effets de la concurrence dans le nouveau contexte valaisan de la santé.

5.2.3.2 Analyse de la concurrence

Jusqu'à aujourd'hui, le marché valaisan était assez hermétique en terme de concurrence au niveau de la chirurgie ambulatoire. Le principal concurrent direct est la Clinique de Valère, située à Sion qui regroupe les disciplines suivantes : chirurgie esthétique, chirurgie de la colonne, orthopédie, urologie, médecine interne, clinique de la douleur, chirurgie générale, neurochirurgie, chirurgie de la main, oncologie, ophtalmologie, o.r.l. et gynécologie.

Il s'agit d'une clinique privée non soumise à la planification hospitalière mais reconnue dans le remboursement de l'assurance de base.

Puis nouvel événement dans le paysage valaisan, la société ARTeMED ouvre ses portes début juin 2005 en ville de Sion et met à disposition des chirurgiens une infrastructure permettant des opérations en clinique de jour. Cette concurrence est considérée comme non négligeable étant donné que la majeure partie des ophtalmologues valaisans a décidé d'opérer l'ensemble des cas ambulatoires dans cette nouvelle structure.

Au niveau des conditions tarifaires pratiquées dans le domaine ambulatoire par les différents organismes médicaux en Valais, la situation au 1^{er} juillet 2005 est la suivante :

FIGURE 18 : TARMED – VALEUR DU POINT AU 1^{ER} JUILLET 2005 APRES LA PHASE DE NEUTRALITE DES COUTS

Etablissements	Valeur du point
Hôpitaux du Réseau Santé Valais	0.77
Cliniques privées	0.92
Médecins (cabinets privés)	0.78

Dans une perspective d'avenir, il est nécessaire de prendre en considération le possible développement des concurrents existants et la venue de nouveaux concurrents.

Au vu de l'expérience de pays telle que la France ou d'autres cantons suisses comme celui de Vaud, le groupe estime indispensable que la collaboration avec les médecins traitants doit être renforcées et que ces derniers ne doivent pas être considérés comme concurrents mais comme partenaires.

5.2.4 Communication

Ce n'est un secret pour personne que tout ce qui touche au domaine de la santé est un sujet dit sensible et où les a priori sont légendes. C'est pourquoi le groupe de travail en collaboration avec la responsable de la communication du Réseau Santé Valais, Mme Nicole Bayard, a porté une attention toute particulière à la communication. Cependant la communication n'est pas suffisante pour induire des changements, il faudrait adopter une approche de type marketing social, approche développée ci-après au chapitre « enjeux et perspective ».

Le groupe de travail a listé les groupes cibles que doit atteindre la communication, les principaux messages que doit véhiculer la communication et les différents canaux de diffusion que doit emprunter la communication.

Les groupes cibles sont les suivants :

- Les habitants du Canton du Valais
- Les médecins du Réseau Santé Valais

- Les collaborateurs du RSV
- Les médecins traitants, de famille
- Santé Suisse
- Les assurances privées
- Le Département de la Santé
- Le Grand Conseil

Les principaux messages à faire passer :

- Les patients subissent moins de contraintes
- Le traitement médical est efficace et approprié, suivi au niveau des soins
- L'utilisation de technologies ultramodernes
- En cas de complication le patient peut rester à l'Hôpital
- Leader du marché de la chirurgie ambulatoire dans le canton du Valais
- Planification optimale au niveau des ressources
- Unité autonome indépendante fonctionnellement

Les différents canaux de diffusions sont :

- La presse (écrite, radio et TV) via une conférence de presse
- Divers colloques internes RSV au niveau administratif, médical et infirmier
- Informations écrites internes au RSV
- Informations écrites externes aux assureurs, aux médecins traitants
- Inauguration officielle avec visite du CCA
- Journée nationale porte ouverte des hôpitaux du 10 septembre 2005

Une fois définis le public cible, les messages ainsi que les canaux de diffusions, les procédures de communication ont été mises en place par la responsable de communication du RSV en collaboration étroite avec le groupe de travail.

A ce niveau, la stratégie souhaitée est de parvenir à un transfert durable des traitements stationnaires au secteur ambulatoire à l'aide de technologies ultramodernes, avec efficacité et efficacité, tout en assurant une excellente qualité.

5.2.5 Ressources productives et administratives

Le centre de chirurgie ambulatoire fait appel à des ressources et compétences multidisciplinaires qu'il s'agit maintenant de faire travailler ensemble toutes ces personnes de manière efficace et efficiente. L'approche organisationnelle a été faite sur plusieurs niveaux :

1. L'organisation procédurale. Les processus du centre de chirurgie ambulatoire (CCA) doivent être simples, efficaces et transparents.
2. L'organisation structurelle. Comme vu à la figure 7 de la page 22, le CCA sera un centre dédié, c'est-à-dire qu'il sera séparé, mais rattaché physiquement à l'hôpital de Sierre.

FIGURE 19 : NIVEAU D'INTEGRATION DU CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (CCA)

Critères	Caractéristiques
Locaux	Séparés du secteur stationnaire
Possibilité d'hospitalisation	Possible
Personnel	Personnel exclusivement rattaché au CCA
Consultations	Minimum absolu, seulement si nécessaire
Laboratoire / RX	A disposition sur site
Annulation d'interventions planifiées	Exception

3. L'organisation spatiale. L'exploitation du CCA nécessite divers locaux et équipements qui sont disponibles à l'hôpital de Sierre.

FIGURE 20 : LOCAUX NECESSAIRES POUR LE CCA

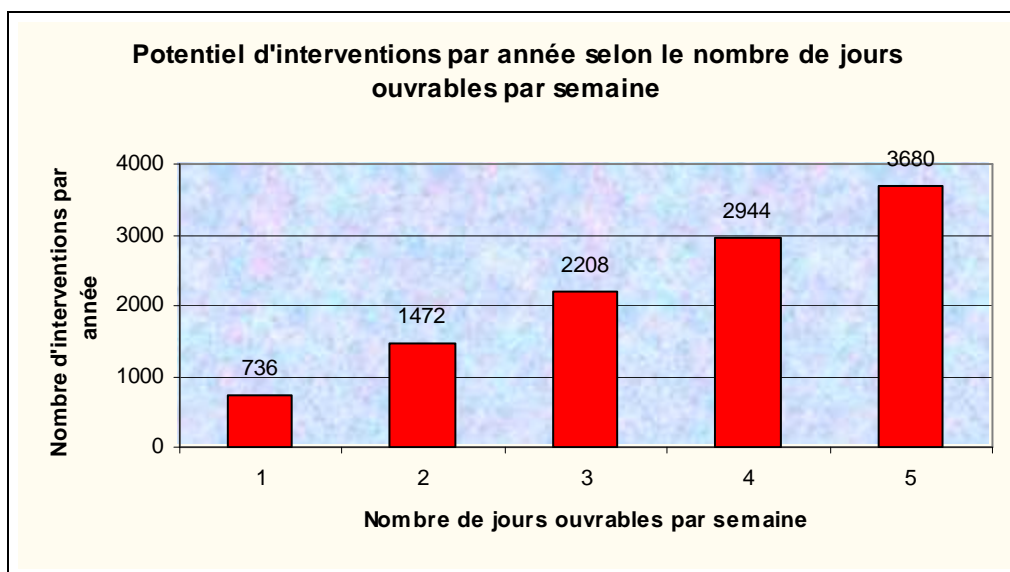
Désignation du local	Nombre
Salles d'opération (OPI / II)	2
Salle de réveil pour 4 lits	1
Stérilisation	1
Salle de dépôt	2
Vestiaires patients	2
Salle d'attente	1
« Chambres » patients	4
Réception	1
Bureau	1

4. Planification des capacités. Comme il a été mentionné à plusieurs reprises, l'organisation doit être la plus optimale possible et la structure dans son ensemble doit être utilisée au maximum de ses capacités. Un premier calcul de capacités a été fait et est bien entendu basé sur des estimations. Les hypothèses de travail sont les suivantes :

- Nombre de salles d'opération à exploiter : 2
- Nombre d'intervention par jour ouvrable : 16
- Nombre de jours ouvrables par année : 230 (5 jours ouvrables par semaine)
- Fermeture des salles : 4 semaines par années

La capacité serait donc de 3'680 interventions par année, mais il est prévu d'augmenter progressivement la charge et de commencer ainsi la première année avec 2 jours par semaine, qui seraient le jeudi et le vendredi. Avec un potentiel d'accueil de 3'680 interventions par année et un potentiel de marché de 3'060 cas on aurait donc un remplissage théorique de 83%, qui faudrait bien entendu améliorer par le potentiel de transfert de l'hospitalier vers l'ambulatoire.

FIGURE 21 : CAPACITE D'INTERVENTION EN FONCTION DU NOMBRE DE JOURS OUVRABLES



5. Planification du personnel. A partir des hypothèses formulées au point 4, il a été calculé un nombre de collaborateurs en équivalent plein temps (EPT) qui permettra de faire fonctionner la structure.

FIGURE 22 : NOMBRE D'EPT NECESSAIRES AU FONCTIONNEMENT DU CCA

Nombre	Libellé
2	Instrumentistes
2	Infirmières auxiliaires OP
1	Infirmière en salle de réveil
3	Personnel qualifié pour les soins
1	Infirmière anesthésiste
1	Infirmière auxiliaire
Env. 2	Administratifs

6. Planification financière. Pour des raisons évidentes de confidentialités les chiffres financiers ne sont pas abordés dans ce travail. Toutefois il est à relever que l'objectif d'équilibrer les comptes du CCA est indispensable, ce centre de chirurgie ambulatoire doit fonctionner à l'instar d'une business unit. A titre d'information, le tableau de l'évaluation approximative du chiffre d'affaire est mentionné ci-après avec une valeur de point de fr 0.76 et un revenu moyen supplémentaire de fr. 100 par patient pour le matériel et médicament :

FIGURE 23 : PLANIFICATION PROVISOIRE DU CHIFFRE D'AFFAIRE 2005

Disciplines	Nombre d'interventions	Revenu moyen estimé par intervention en CHF	Totaux en CHF
Chirurgie plastique	330	1'500	495'000
Urologie	70	850	59'500
Chirurgie générale	200	950	190'000
Gynécologie	100	1'160	116'000
Totaux	700	1'229	860'500

FIGURE 24 : PLANIFICATION PROVISOIRE DU CHIFFRE D'AFFAIRE 2005-2009

Année	Nombre d'interventions	Chiffre d'affaire planifié en CHF
2005	700	860'500
2006	2'000	2'440'000
2007	3'680	4'235'000
2008	3'680	4'350'000
2009	3'680	4'4'475'000

Au vu des premières estimations ci-dessous, deux remarques sont à formuler :

- Sur une base d'environ 4,5 millions, le CCA va représenter environ le 2 % des recettes du Centre Hospitalier du Centre du Valais, donc le détachement de cette activité en business unit n'aura pas de lourdes conséquences au niveau du Valais central en terme de chiffre d'affaire, mais en terme de résultat, le semi-hospitalier est en général fortement déficitaire comme nous le verrons au chapitre 5.4.3.
- Le point Tarmed étant sous-évalué pour l'activité hospitalière (fr. 0.77), il sera particulièrement difficile d'avoir une activité rentable à terme, doit-on dès lors continuer dans cette voie de la chirurgie ambulatoire ? Cette question sera plus approfondie au chapitre « enjeux et perspectives » pour le secteur semi-hospitalier en général.

5.3 ORGANISATION DU PROJET

Une fois le plan de développement ou business plan approuvé respectivement par la Direction Générale du Réseau Santé Valais et le Conseil d'Administration, la phase d'organisation et de mise en place peut débuter.

Le centre de chirurgie ambulatoire prend dès lors une dimension de réalisation concrète notamment par la désignation et mise en place de groupe de travail sous la coordination de M. Reinhard Venetz.

Ces groupes de travail sont au nombre de 8 et sont composés des spécialistes du terrain et d'un ou de plusieurs membres du comité de pilotage ainsi qu'un membre de la Direction Générale qui est chargé de donner une ligne directrice et de conserver une cohésion globale du projet.

FIGURE 25 : GROUPES DE TRAVAIL

Groupes	Buts à atteindre
Direction	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etablir les bases de négociation avec Santé Suisse pour les tarifs ✓ Etablir le concept de marketing et de communication ✓ Définir la procédure de gestion, mise en œuvre de la stratégie et des directives
Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fixer les bases pour les contrats et les cahiers de charge ✓ Définir les effectifs ✓ Définir les horaires de travail ✓ Etablir les procédures RH
Informatique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fournir et installer le hardware et le software nécessaire au fonctionnement du dossier médical informatisé, du dossier administratif informatisé, de la gestion du personnel, de la gestion des salles ✓ Assurer la formation du personnel
Suivi du patient et assurance qualité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir les procédures pour les patients : pré-admission, admission, salle d'opération, salle de réveil, sortie, suivi ✓ Assurer l'interface avec le laboratoire, la radiologie, ... ✓ Mettre sur pied les indicateurs qualité ✓ Mettre sur pied une enquête téléphonique de la satisfaction des patients
Planification des ressources & gestion des patients	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer une planification optimale des ressources (personnel, salle d'opération, matériel, ...) ✓ Assurer l'information patient ✓ Définir les documents médicaux nécessaires ✓ Assurer la facturation et le suivi du contentieux ✓ Etablir les feuilles de prestations ✓ Assurer le secrétariat médical
Finances	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre sur pied une comptabilité financière et analytique ✓ Définir les diverses procédures administratives ✓ Définir les règles de facturation ✓ Etablir les budgets financiers et analytiques
Hôtellerie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer la fourniture des repas ✓ Définir les procédures de nettoyage
Infrastructure et équipement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre à disposition les locaux nécessaires ✓ Etablir les budgets d'investissements

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place la nouvelle signalétique ✓ Mettre à disposition les divers moyens de communication (téléphone, fax, ...)
--	---

En fait, il ne faut réinventer l'existant, mais de tirer à profit les compétences et expérience des collaborateurs tout en repensant les processus en terme du chirurgie ambulatoire, donc centrée autour du patient.

5.4 ENJEUX ET PERPESCTIVES

En complément et en soutien de ce qui a notamment été développé et mis en place par le groupe de travail, quelques axes socio-économiques importants doivent être encore pris en considération, analysés et développés afin de se poser les questions stratégiques concernant les enjeux et perspectives de la chirurgie ambulatoire en Valais et la pérennité à terme du CCA.

5.4.1 Les considérations légales

Au niveau suisse, l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP) du 3 juillet 2002 apporte les définitions suivantes :

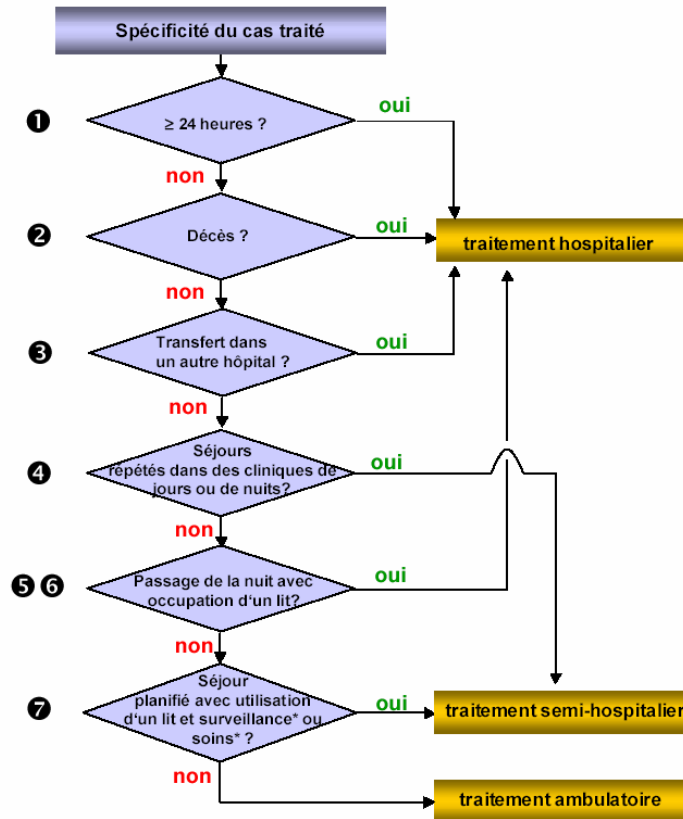
- **Traitement hospitalier** : sont réputés traitements hospitaliers au sens de l'art. 49 al 1 de la loi, les séjours à l'hôpital d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Les séjours à l'hôpital de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé durant une nuit, ainsi que les séjours à l'hôpital en cas de transferts dans un autre hôpital ou en cas de décès, sont également réputés traitements hospitaliers.
- **Traitement semi-hospitalier** : sont réputés traitements semi-hospitaliers, les séjours planifiés pour des examens, des traitements et des soins qui nécessitent une surveillance ou des soins immédiatement consécutifs au traitement, ainsi que l'utilisation d'un lit. Sont également réputés traitements semi-hospitaliers les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit.
- **Traitement ambulatoire** : sont réputés traitements ambulatoires, les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers ou semi-hospitaliers.

En regard des définitions légales apportées ci-dessus, les traitements de la chirurgie ambulatoire sont considérés comme des traitements semi-hospitaliers, mais ne sont pas spécifiquement concernés par des interventions de type chirurgicales utilisant un bloc opératoire et planifiées, car il y a également tous les autres traitements planifiés utilisant un lit et nécessitant une surveillance ou soins, comme par exemple des cas de médecine ou de gastroentérologie. En Suisse, nous manquons de données précises et comparables sur les cas concernés par la chirurgie ambulatoire.

De plus comme l'OCP laisse une trop grande liberté d'interprétation, l'Office fédéral de la statistique, en collaboration avec Hplus, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et l'Office fédérale des assurances sociales (OFAS), a émis en août 2003 des instructions et informations, destinées aux offices cantonaux responsables du relevé des données pour tous les cas traités dès le 1^{er} janvier 2004, qui sont résumées ci-après ²⁸ :

FIGURE 26 : OFS – STATISTIQUES DES HOPITAUX – PROPRIETES DU CAS TRAITÉ

Diagramme de flux



Il faut encore ajouter au fait qu'il y a des différences entre les définitions OFS 1997 et OCP 2003²⁸ :

FIGURE 27 : DEFINITIONS ET APPLICATION DE L'OCP

		< 24 heures		>= 24 heures	
		planifié	Non planifié	planifié	Non planifié
Avec lit	Jour	SH	H → A	H	H
	Nuit	SH → H	H	H	H
Sans lit	Jour	A	A	H	H
	Nuit	A	A	H	H

H = Hospitalisation, SH = Semi-hospitalisation, A = Ambulatoire, → effet de l'application de l'OCP

5.4.2 L'analyse stratégique

Il est nécessaire de mettre à jour les éléments d'analyses internes et externes dès maintenant, d'autant plus que la phase pilote du Centre de chirurgie ambulatoire a commencé au 5 août 2005. L'analyse externe et interne du CCA permet d'identifier les clés stratégiques.

FIGURE 28 : ANALYSE INTERNE ET EXTERNE DE L'ENVIRONNEMENT

Analyse interne	
Points forts	Points faibles :
Large couverture des disciplines médicales	Absence de l'ophtalmologie
Structures modernes et équipées	Utilisation non optimale de l'infrastructure
Offre d'une chirurgie ambulatoire au sein d'un hôpital aigu (sécurité)	Déplacement des opérateurs sur plusieurs sites
Dossier patient informatisé	Rentabilité
Consolidation du développement du CCA	Masse planifiée non atteinte
Compétence et expérience des collaborateurs	

Analyse externe	
Opportunité	Menaces
Centre de compétence avec masse critique	Point Tarmed insuffisant
Potentiel significatif de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire	Perte de part de marché au profit de la concurrence
	Perte de discipline ambulatoire au profit de la concurrence
	Manque d'informations auprès des patients potentiels
	Compatibilité avec la planification hospitalière

5.4.3 Le financement

Il s'agit d'une composante incontournable et fondamentale à prendre en compte. Un exemple illustrant cette composante est celui du Royaume-Uni dont le long développement de la chirurgie ambulatoire était dû au départ au financement par budget annuel.

Dans notre situation, à ce jour l'activité semi-hospitalière est financée sur la base du catalogue Tarmed et donc financée à 100% par les caisses maladies. Il faut que le système de financement soit suffisamment incitatif pour que les hôpitaux en particulier, tendent à augmenter le transfert de l'hospitalier vers le semi-hospitalier.

Alors pourquoi vouloir développer à tout prix le concept de centre de chirurgie ambulatoire ? Pour répondre à cette question, nous avons fait une étude permettant de comparer les résultats analytiques des semi-hospitalisations LAMal Valais, dont le 92% ont passé au bloc opératoire, des 6 premiers mois 2005 des hôpitaux de Martigny, Sion et Sierre. Pour mémoire, les cas qui ne sont pas passés au bloc opératoire concernent notamment les disciplines de gynécologie, pédiatrie et urologie. Néanmoins ces cas sont inclus dans l'étude afin d'inclure l'ensemble des semi-hospitalisations LAMal VS des disciplines considérées.

L'étude ne prend pas strictement les mêmes cas que ceux traités dans le plan de développement du centre de chirurgie ambulatoire mais prend en compte une sélection de cas semi-hospitaliers LAMal VS en y incluant des disciplines supplémentaires, ce qui donne donc 1'724 cas LAMal VS sur 6 mois.

Etant donné que le résultat est déficitaire, nous avons estimé quel aurait été le résultat si nous avions traité ces cas en stationnaire et non en semi-hospitalier. Ceci nous permettra également d'apprécier si le potentiel de transfert du stationnaire vers la chirurgie ambulatoire vaut actuellement la peine du point de vue du résultat financier.

FIGURE 29 : HYPOTHESES DE TRAVAIL

Description	Données
Cas	1'724 cas semi-hospitalisation avec passage au bloc opératoire dans 92% des situations Sont exclus : la chirurgie cardiaque, neurochirurgie générale médecine, antalgie, gastroentérologie, maternité-obstétrique et radiologie
Garant	Cas LAMal valaisans qui représentent le 88 % des garants sur 6 mois
Durée	Cas facturés et codés du 01.01.2005 au 31.06.2005
Hôpitaux	Sierre – Sion – Martigny

Les données ont été extraites du logiciel OPALE et ont été traitées en fonction des hypothèses de travail retenues. Les cas LAMal VS des différentes disciplines suivantes ont été pris en comptes :

FIGURE 30 : NOMBRE DE CAS CODES ET FACTURES PRIS EN COMPTES

Cas			LAMal VS		Autres
Cardiologie			7		0
Chirurgie			424		52
dont	Chirurgie générale	113			7
	Chirurgie maxillo-faciale	4			3
	Chirurgie pédiatrique	1			
	Chirurgie plastique/reconstr.	297			39
	Chirurgie vasculaire	3			
	Chirurgie	5			3
	Chirurgie du dos	1			0
Chirurgie esthétique			10		15
Gynécologie			454		17
Ophtalmologie			406		28
ORL			41		8
Orthopédie			169		67
Pédiatrie			130		36
Urologie			83		12
TOTAL		88%	1'724		12% 235

Puis à partir de ce nombre de cas, nous avons comparés les recettes effectivement facturées via les prestations Tarmed avec les recettes qu'aurait engendrés une facturation via les APDRG.

Cette dernière facturation a été rendue possible par le fait que chaque dossier de semi-hospitalisation est codé à l'instar des dossiers stationnaires, avec la même rigueur et précision. Les recettes APDRG ont été calculées de la façon suivante : pour chaque cas nous avons appliqué le tarif (valeur du point APDRG de base) LAMal VS, soit fr. 6'835 par cas en tenant compte du cost-weight de base pour l'APDRG du cas considéré.

FIGURE 31 : COST-WEIGHT MOYEN

Cas	Nombre de cas	Recettes APDRG en francs	CW moyen
Cardiologie	7	33'457	0.699
Chirurgie	424	1'788'084	0.617
Chirurgie esthétique	10	41'639	0.609
Gynécologie	454	1'875'189	0.604
Ophtalmologie	406	1'835'268	0.661
ORL	41	191'865	0.685
Orthopédie	169	731'100	0.633
Pédiatrie	130	510'417	0.574
Urologie	83	310'200	0.547
TOTAL	1'724	7'317'220	0.621

FIGURE 32 - 33 : COMPARAISON DU CHIFFRE D'AFFAIRE (CA) ENTRE FACTURATION TarMED ET APDRG

Cas	Nombre de cas	CA à l'acte selon TarMed	CA selon APDRG	Ecart	
Cardiologie	7	15'930	33'457	17'527	110%
Chirurgie	424	604'917	1'788'084	1'183'167	196%
Chirurgie esthétique	10	13'108	41'639	28'531	218%
Gynécologie	454	561'396	1'875'189	1'313'794	234%
Ophtalmologie	406	809'086	1'835'268	1'026'182	127%
ORL	41	72'376	191'865	119'489	165%
Orthopédie	169	197'328	731'100	533'772	270%
Pédiatrie	130	149'920	510'417	360'497	240%
Urologie	83	59'673	310'200	250'527	420%
TOTAL	1'724	2'483'733	7'317'220	4'833'486	197%

En recettes moyennes :

Cas	Nombre de cas	CA à l'acte selon TarMed	CA selon APDRG	Ecart
Cardiologie	7	2'276	4'780	2'504
Chirurgie	424	1'427	4'217	2'790
Chirurgie esthétique	10	1'311	4'164	2'853
Gynécologie	454	1'237	4'130	2'894
Ophtalmologie	406	1'993	4'520	2'528
ORL	41	1'765	4'680	2'914
Orthopédie	169	1'168	4'326	3'158
Pédiatrie	130	1'153	3'926	2'773
Urologie	83	719	3'737	3'018
TOTAL	1'724	1'441	4'244	2'804

Après un rapide constat, nous pouvons constater qu'une facturation APDRG rapporterait fr. 4,8 millions de recettes supplémentaires. En recettes moyennes, il y aurait environ fr. 2'800 de plus par cas.

Après le premier bouclage semestriel 2005, en terme de résultats selon une facturation ordinaire à l'acte et les coûts étant calculés en fonction du coût moyen par cas pour les LAMal VS, nous obtenons les données suivantes :

FIGURE 34 : RESULTATS 1^{ER} SEMESTRE EN FACTURATION A L'ACTE - ETUDE SEMI-HOSPITALISATION

Cas	Coût moyen/cas	Coûts totaux	Recettes TarMed	Résultat
Cardiologie	2'116	14'815	15'930	1'115
Chirurgie	2'061	873'907	604'917	-268'990
Chirurgie esthétique	1'513	15'126	13'108	-2'018
Gynécologie	2'063	936'384	561'396	-374'988
Ophtalmologie	3'257	1'322'492	809'086	-513'406
ORL	1'709	70'067	72'376	2'310
Orthopédie	2'371	400'743	197'328	-203'415
Pédiatrie	1'786	232'232	149'920	-82'312
Urologie	964	80'017	59'673	-20'344
TOTAL	2'289	3'945'782	2'483'733	-1'462'049

Pratiquement toutes les disciplines ont un résultat fortement déficitaire, sauf la cardiologie et l'ORL qui ont un résultat quasi-nul. Pour 3.9 millions de coûts engendrés pour les cas semi-hospitalisés considérés, il y a plus de 1.4 millions de pertes !

Si nous devons dès lors comparer un résultat avec une facturation APDRG, il faut que nous estimions les coûts qu'auraient engendrés si ces patients avaient été hospitalisés à la place de la semi-hospitalisation. Il faut donc inclure le coût supplémentaire dû à l'hospitalisation, notamment le surcoût journalier.

Les données nécessaires ont été pris dans le module analytique *Coût par cas* pour uniquement pour les patients LAMal VS. Nous avons ensuite travaillé avec l'hypothèse que le coût du premier jour du patient hospitalisé est le même que pour le patient semi-hospitalisé.

FIGURE 35 : CALCUL DU COUT SUPPLEMENTAIRE PAR JOUR D'HOSPITALISATION

Cas	Nbre cas hosp	Nbre de jours	DMS	Coûts totaux hosp	Coût moyen cas hosp	Coût moyen cas SH	Coût supp.	Coût supp par jour d'hosp
Cardiologie	424	1 900	4.48	3'386'980	7'988	2'116	5'872	1'687
Chirurgie & chir. esthétique	1 260	9 594	7.61	11'399'817	9'047	2'061	6'986	1'056
Gynécologie	420	2 351	5.60	2'871'711	6'837	2'063	4'775	1'039
Ophthalmologie	2	17	8.50	12'686	6'343	3'257	3'086	411
ORL	114	390	3.42	494'850	4'341	1'709	2'632	1'087
Orthopédie	625	6 237	9.98	6'487'137	10'379	2'371	8'008	892
Pédiatrie	418	1 690	4.04	2'063'066	4'936	1'786	3'149	1'035
Urologie	408	2 506	6.14	2'650'493	6'496	964	5'532	1'076
TOTAL	3'671	24'685	6.72	29'366'741	8'000	2'289	5'711	998

1 coût moyen cas hosp = coûts hosp / nbre cas hosp

2 coût supp. = coûts moyen cas hosp – coût moyen cas SH

3 coûts supp. Par d'hosp = coût supp. / (DMS – 1 jour)

Nous obtenons ainsi un coût supplémentaire par jour d'hospitalisation par discipline, dont la moyenne est d'environ fr. 1'000. A partir de ces informations, nous allons pouvoir calculer le résultat qu'auraient engendré ces cas s'ils avaient été hospitalisés au lieu d'être semi-hospitalisés.

Dans le même temps, nous calculons une DMS supplémentaire globale (durée moyenne de séjour) qui permettrait de couvrir les charges. Il s'agit en fait d'une DMS point mort en plus du premier jour de traitement.

FIGURE 36 : RESULTATS 1^{ER} SEMESTRE EN FACTURATION APDRG

Cas	Nbre de cas	DMS supp.	Coût SH	Coût par jour supp.	Coût supp.	Coûts totaux	Recettes APDRG	Résultat
Cardiologie	7	2.21	14'815	1'687	26'054	40'868	33'457	-7'411
Chirurgie	424	2.21	873'907	1'056	998'229	1'862'136	1'788'084	-74'052
Chirurgie esthétique	10	2.21	15'126	1'056	23'307	38'433	41'639	3'206
Gynécologie	454	2.21	936'384	1'039	1'040'421	1'976'805	1'875'189	-101'615
Ophthalmologie	406	2.21	1'322'492	411	368'591	1'691'083	1'835'268	144'184
ORL	41	2.21	70'067	1'087	98'348	168'414	191'865	23'451
Orthopédie	169	2.21	400'743	892	332'587	733'330	731'100	-2'229
Pédiatrie	130	2.21	232'232	1'035	296'860	529'092	510'417	-18'674
Urologie	83	2.21	80'017	1'076	197'041	277'058	310'200	33'141
TOTAL	1'724	2.21	3'945'78	2	3'371'43	7'317'220	7'317'22	0

¹ DMS supplémentaire en plus du premier jour du traitement = DMS point mort

² coût supplémentaire = nombre de cas * 2.21 jours * coût par jour supplémentaire

³ coûts totaux = coût supplémentaire + coût SH

Nous avons donc fait un calcul avec une durée moyenne de séjour supplémentaire (DMS) de 2.21 jours en plus du jour de traitement qui serait en fait une durée qui permettrait d'équilibrer les résultats avec une facturation APDRG.

En bref cela veut dire qu'au lieu d'opérer en clinique de jour et de perdre environ 1.5 millions sur 6 mois, il faudrait opérer ces cas en stationnaires et les garder 1 jour de l'opération + 2.21 jours = 3.21 jours d'hospitalisation pour avoir un résultat équilibré. Ce qui a été calculé ci-dessus.

Puis à partir de ce tableau nous pouvons faire des simulations avec des DMS supplémentaires différentes, comme par exemple :

- DMS supplémentaire de 2 jours, soit 1 jour pour l'opération et 2 jours d'hospitalisation, nous obtiendrions un résultat bénéficiaire de fr. 315'000 au lieu des 1.5 millions de perte sur 6 mois
- DMS supplémentaire de 1 jour, soit 1 jour pour l'opération et 1 jour d'hospitalisation, le résultat serait bénéficiaire de 1.85 millions au lieu des 1.5 millions de perte.

Au vu de ces résultats, il est légitime de se poser la question pourquoi continuer vers la chirurgie ambulatoire, alors que l'hospitalisation permettrait de couvrir les charges moyennant une DMS supplémentaire de 2.21 jours. Afin de couvrir les pertes engendrées par ces cas de semi-hospitalisation, le Centre Hospitalier du Centre du Valais devrait dégager des bénéfices dans d'autres secteurs, notamment sur l'hospitalier.

Cependant en fonction de qui on se place, la situation est différente que l'on fasse de la chirurgie ambulatoire ou que l'on fasse de la chirurgie traditionnelle. Les assureurs, l'Etat et le Réseau Santé Valais supportent des montants différents qu'il s'agisse de semi-hospitalisation ou bien d'hospitalisation.

FIGURE 37 : QUI SUPPORTE QUOI POUR 6 MOIS ?

	Semi-hospitalisation facturation TarMed	Hospitalisation facturation APRDG	Ecart	Avantage à la semi-hospitalisation
MONTANTS SUPPORTES PAR LES ACTEURS				
Etat du Valais	SFr. 0	SFr. 3'907'395	-SFr. 3'907'395	OUI
Assureurs	SFr. 2'483'733	SFr. 3'409'824	-SFr. 926'091	OUI
RESULTAT POUR LE PRESTATAIRE				
Réseau Santé Valais	-SFr. 1'462'049	SFr. 315'000	-SFr. 1'777'049	NON

¹ L'Etat paie 53.4 % du forfait APDRG et les assureurs 46.6%

² Simulation avec une DMS supplémentaire de 2 jours, soit 3 jours en tout

Suite à ces résultats, il est important de s'orienter sur 2 axes :

1. maîtrise et réduction des coûts du semi-hospitalier
2. négociation avec assureurs pour avoir un point TarMed qui financent correctement le semi-hospitalier, car à ce jour avec un point à 0.77 fr. il est impossible d'avoir une activité non déficitaire dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Un axe 2bis serait envisageable par le financement du semi-hospitalier via un APDRG, financement prospectif, pour ce type d'activité.

La voie de la chirurgie ambulatoire est à poursuivre simplement au vu des résultats pour les coûts directs hospitaliers pour le système de santé qui seraient environ de 40% à 45% moins élevés en chirurgie ambulatoire au lieu d'une chirurgie stationnaire avec une DMS supplémentaire de 2 à 2.21 jours. Bien entendu, il faut que les incitatifs financiers soient suffisants pour continuer dans cette voie prometteuse.

Le financement est une composante essentielle des relations contractuelles et des comportements qui lient les agents d'un système de santé. Ces comportements façonnent le système à long terme.

5.4.4 L'offre hospitalière

Il faut maintenant se poser la question de la redéfinition de l'offre hospitalière. Selon le plan de développement, le nombre de cas traités dans le CCA pourra atteindre rapidement 3'000. Il s'agit pour l'instant de cas qui étaient déjà considérés comme semi-hospitaliers. Ce nombre reste faible en regard du total des cas aigus traités dans le Valais Central environ 20'000 cas par année.

En mars 2005, le Conseil d'Etat a fixé le nouveau nombre de lits au sein du Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVS), soit 416 lits aigus au total. En fonction du futur développement de la chirurgie ambulatoire et du potentiel de transfert, il faudra redéfinir un nombre de lits aigus à la baisse, mais à l'heure actuelle il est encore trop tôt pour le faire.

5.4.5 L'organisation

Comme nous l'avons vu, le patient est au centre de l'organisation et à ce titre la chirurgie ambulatoire nécessite une organisation optimale. C'est ici que la multidisciplinarité prend tout son sens, il s'agit de décloisonner les services et d'avoir des processus transversaux. Les ressources doivent être utilisées de manière efficiente et l'échange d'information doit être permanent.

L'organisation mise en place dans ce centre à l'hôpital de Sierre est ainsi profitable au niveau organisationnel au Réseau Santé Valais pour plusieurs raisons :

- Application des enseignements de la chirurgie ambulatoire au domaine hospitalier. On optimise la multidisciplinarité et les procédures de la chirurgie ambulatoire sur l'activité normale du département de chirurgie de l'hôpital, avec une augmentation de la productivité. Le centre est organisé en processus.
- Duplication future du centre de Sierre au Haut-Valais ?
- Duplication future de la méthodologie à d'autres hôpitaux pratiquant la chirurgie ambulatoire comme l'orthopédie à Martigny ?
- Remise en question et stimulation face à une concurrence croissante dans le domaine de la chirurgie ambulatoire (ARTEMED, Clinique de Valère, autres). Existence un benchmarking compétitif continu.

5.4.6 Considération de santé publique

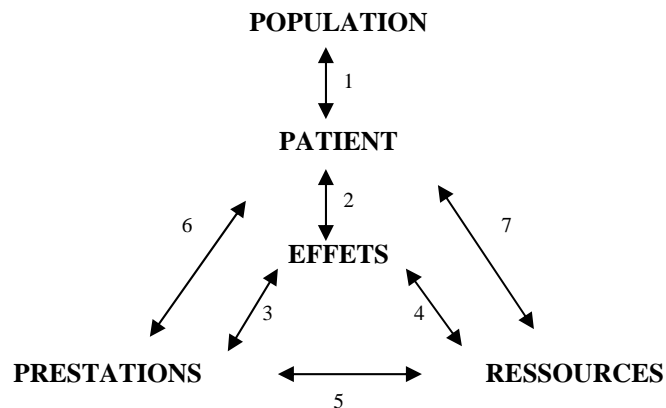
Il est important de définir la clientèle qui peut être prise en charge dans le contexte de la chirurgie ambulatoire et ne pas négliger les facteurs socio-économiques comme l'éloignement géographique de certaines vallées valaisannes. Autant le chirurgien que l'anesthésiste lors de la consultation préopératoire seront à même de prendre en compte tous les éléments nécessaires permettant une intervention ambulatoire dans les conditions optimales. A ce propos, la consultation préopératoire est légalement devenue indispensable et est un élément essentiel pour le consentement éclairé du patient.

Dans un contexte plus large, il faut également voir des notions de santé publique comme le confort du patient, la réduction de la durée de séjour, la diminution des coûts hospitaliers, la réduction de structure (lits aigus).

5.4.7 Mise en place d'indicateurs de performances

Une fois les missions et objectifs définis, il est nécessaire de mettre en place des indicateurs en fonction des objectifs tout en ne perdant pas de vue la mission du centre de chirurgie ambulatoire à long terme. Ces indicateurs sont des outils d'évaluation qui doivent permettre une amélioration continue des processus. Dans le schéma ci-après sont représentés les différentes entités concernées par la mesure de performance dans le domaine de la santé et pour lesquels des indicateurs (mesure impliquant une relation entre deux entités) permettent des mesures de performances.

FIGURE 38 : MESURE DE PERFORMANCES ²⁹



A partir de ce schéma, on va prendre des indicateurs permettant de mesurer ce que l'on veut piloter :

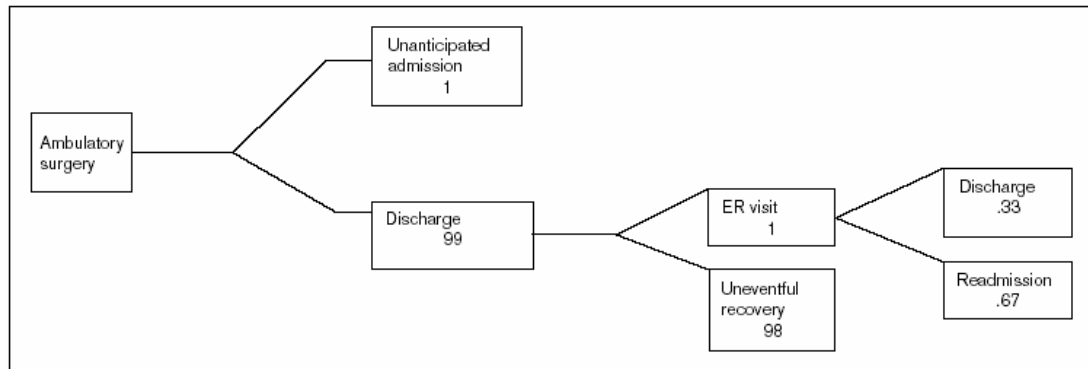
1. accessibilité : durée moyenne des attentes, attractivité
2. efficacité : satisfaction des patients
3. effectivité : taux d'infection nosocomial, taux réadmission potentiellement évitable
4. efficience : satisfaction du personnel
5. productivité : taux d'occupation des salles d'opération, coût moyen patient
6. pertinence : taux de cancer dépisté
7. adéquation : ratio EPT personnel par patient

Les indicateurs sont cités à titre d'exemple, il faut bien sûr en ajouter selon la mesure que l'on souhaite suivre.

Il faut profiter de l'expérience amorcée dans ce domaine au niveau international et comparer des indicateurs de performance. Il est important de pouvoir faire du benchmarking auprès d'établissements qui se sont lancés dans la chirurgie ambulatoire, ceci afin de pouvoir s'évaluer. A ce propos on peut citer 3 études intéressantes qui donnent quelques pistes concernant les indicateurs à prendre en compte lors d'une activité chirurgicale ambulatoire et qui donnent également des chiffres de comparaison possible afin de savoir si nous sommes dans la *norme* ou non (sous réserve de la méthodologie des indicateurs).

Une étude canadienne effectuée en 2001 ³⁰ a regroupé différents résultats de 6 autres études montrant le taux d'admission à l'hôpital après des actes de chirurgies ambulatoires. En général le taux d'admission imprévue à l'hôpital avoisine le 1% et le taux de réadmission est également de 1%. Ce qui tend à prouver que la chirurgie ambulatoire est un processus de qualité, mais il faut néanmoins pouvoir analyser les causes d'admission afin de pouvoir agir en conséquence.

FIGURE 39 : DIAGRAMME DES RESULTATS POSSIBLES DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE



One percent unanticipated admissions occurred. Another 1% returned to the hospital, a third of which required readmission. A total of 98% had an uneventful recovery.

Les catégories des admissions imprévues à l'hôpital (unanticipated admission) sont d'origines diverses et nécessitent une analyse plus affinée. Il en ressort 4 grandes catégories d'admissions imprévues, chirurgicales – anesthésiques – médicales – sociales, dont les proportions sont représentées ci-après.

FIGURE 40 : CATEGORIES DES ADMISSIONS IMPREVUES

Table 2. Categories of unanticipated admission (%)

Authors	Surgery	Anesthesia	Medical	Social
Fortier et al. (1998) [10]	38.1	25.1	17.2	19.5
Osborne and Rudkin (1993) [8]	70	9.8	6.1	8.6
Gold et al. (1989) [12]	62	29	6	0
Biswas and Leary (1992) [1]	49.3	8.8	9.3	5.7
Greenburg et al. (1996) [9]	58.1	17	20.1	0
Francourt-Smith et al. (1990) [11]	79	31	0	4.8
Weighted overall % ^a	58.4	21	9.4	7.4

^aWeighted overall % = $(\%_1 \times n_1 + \%_2 \times n_2 + \dots) / (n_1 + n_2 + \dots)$.

Puis en entrant plus en détail, les causes de ces admissions imprévues sont les suivantes :

FIGURE 41 : CAUSES DES ADMISSIONS IMPREVUES

Table 3. Causes of unanticipated admission (%)

Authors	Bleeding	Pain	Other direct surgical complication	More extensive surgery	Somnolence	Aspiration	Nausea/vomiting	Urinary retention	Cardiac/pulmonary	Fever/infection/antibiotics	Social admissions
Fortier et al. (1998) [10]	7.4	12.1	6	3.3	2.3	1.86	14.4	ND	6.5	ND	19.5
Osborne and Rudkin (1993) [8]	23.4	11.1	27	18.6	4.9	1.2	ND	ND	ND	ND	8.6
Gold et al. (1989) [12]	18	18	7	6	3	3	17	5	9	ND	ND
Biswas and Leary (1992) [1]	13.3	7.1	7.5	21.5	3.5	0.4	2.6	0.8	ND	4.8	5.7
Greenburg et al. (1996) [9]	14.7	24.4	ND	13.9	ND	ND	11.6	4.6	20.9	ND	ND
Francourt-Smith et al. (1990) [11]	26	8.8	17.6	9.6	ND	2.4	0.08	ND	21	ND	4.8
Weighted overall % ^a	16.7	12.2	10.3	11.8	1.9	1.5	6.8	1.3	10.2	N/A	7.4

^aWeighted overall % = $(\%_1 \times n_1 + \%_2 \times n_2 + \dots) / (n_1 + n_2 + \dots)$.
ND, no data.

Au vu de ce qui précède, il est donc important d'avoir des indicateurs afin de pouvoir prévenir et agir en conséquence. Le nouveau centre de chirurgie ambulatoire valaisan doit donc mettre en œuvre rapidement des indicateurs de performances qui peuvent s'avérer très utiles, notamment pour la qualité et la sécurité des prestations et également dans un but d'économie de coûts d'admission imprévue et/ou de réadmission.

Les deux exemples suivants sont intéressants car ils concernent deux cas de création d'unité de chirurgie ambulatoire en Espagne et peuvent fournir, sous réserve, des indicateurs de comparaison.

Une étude publiée ³¹ à propos de l'organisation de la chirurgie de jour dans une unité récemment ouverte dans l'Hôpital de Poniente, Almreia en Espagne. Le modèle mis en place a réduit le nombre d'admission et les coûts hospitaliers sans diminuer la qualité des soins. Les patients ont tous eu une consultation préopératoire et les résultats sont les suivants après 5 mois de fonctionnement :

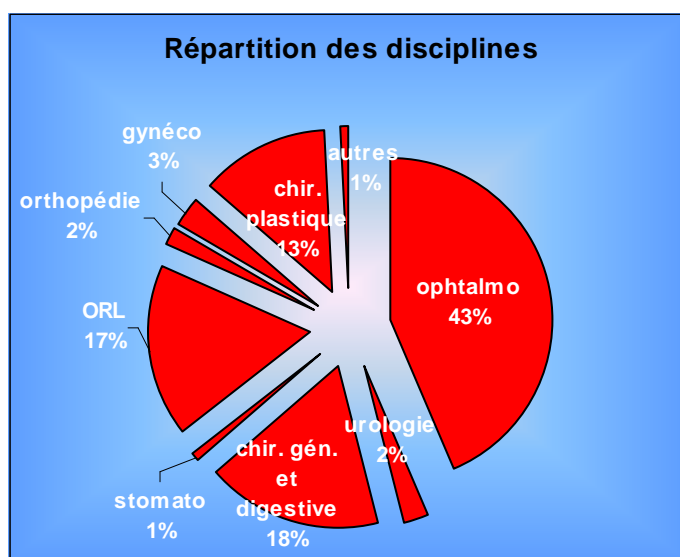
FIGURE 42 : CHIFFRES CLES

Description	Données
Nombres d'opérations	183
Proportion ambulatoire / stationnaire	55.8 %
Admissions non prévues	2.7%
Réadmission pour infection chirurgicale	0.54 %
Réexamen du patient	4 jours après la sortie

Un autre exemple ³² est celui de la clinique de la Conception à Reyes en Espagne après 1 année d'expérience. Les buts recherchés étaient de réduire les listes d'attentes, de réduire les coûts et le tout sans diminution de la qualité des soins. Les résultats sont les suivants :

FIGURE 43 : CHIFFRES CLES ET REPARTION DES CAS PAR DISCIPLINES

Description	Données
Nombres d'opérations	2'241 (voir ci-dessous la répartition)
Durée moyenne d'intervention	54 minutes
Admission stationnaire	2%
Réadmission	0%
Urgences	3%
Demandes téléphoniques	4%
Degré satisfaction patient	Très bon 55% et bon 35%



5.4.8 L'analyse de marché – approche de type marketing social

La chirurgie ambulatoire étant organisée pour et autour du patient, il devient nécessaire, en parallèle d'une analyse de la concurrence, d'approfondir les connaissances quant aux comportements des patients. On croit connaître les besoins et désirs des patients et bien souvent il y a un certain décalage. Il faut donc répondre à la clientèle, promouvoir et informer les patients sur les possibilités de la chirurgie ambulatoire. Par exemple des enquêtes régulières de satisfaction sont nécessaires afin de « coller » au mieux aux besoins des patients.

Comme abordé dans le chapitre consacré à la communication, l'information ne suffit pas à induire le changement. Les groupes cibles, les messages ainsi que les canaux de diffusion ont été définis. Etant donné le contexte croissant de la concurrence privée, il faut pouvoir affiner les groupes cibles des patients ainsi que des médecins traitants. Il faut emprunter des méthodologies de marketing social ³³ qui se définit comme suit « *Le marketing social se définit par le recours aux principes et techniques du marketing dans le but d'amener un public cible à accepter, rejeter, modifier ou délaissé volontairement un comportement, dans son intérêt, dans l'intérêt d'un groupe ou de l'ensemble de la société.* » Le marketing social exige que l'on mette l'accent sur le public cible plutôt que sur le message. Les réflexions doivent porter sur les points suivants :

- Données démographiques
- Pourquoi le feraient-ils ? Besoins – attentes - avantages
- Pourquoi pas ? Freins réels ou perçus
- Confiance en leurs aptitudes ?
- Influences interpersonnelles et normes sociales
- Milieux et canaux pour les rejoindre
- Étapes d'un changement comportemental

Il est important d'établir des grilles d'analyses de publics cibles pour pouvoir ensuite procéder ensuite à des segmentations et agir en conséquence.

FIGURE 44 : EXEMPLE DE GRILLE D'ANALYSE

	Ceux qui ont déjà adopté l'action ou le comportement	Ceux qui ne l'ont pas adopté
Données démographiques (nombre, âge, sexe, scolarité, situation familiale, revenu, occupation, population urbaine ou rurale, langues et autres caractéristiques culturelles)		
Pourquoi le font-ils ou le feraient-ils ? (besoins, obligations, attentes, avantages)		
Pourquoi pas ? (freins réels ou perçus à l'adoption)	(cesseraient-ils?)	
Étape de changement de comportement	(action)	
Personnes ou groupes de personnes qui exercent des influences favorables, neutres ou défavorables		
Habitudes en matière de médias ou de participation à des événements		
Appartenance à des groupes et endroits où le public cible peut être rejoint		

Les autres composantes d'un plan de marketing social ont suffisamment été abordées, comme par exemple les objectifs de changements, l'analyse du contexte interne et externe, établissement d'objectifs mesurables, choix de stratégie, suivi et évaluation.

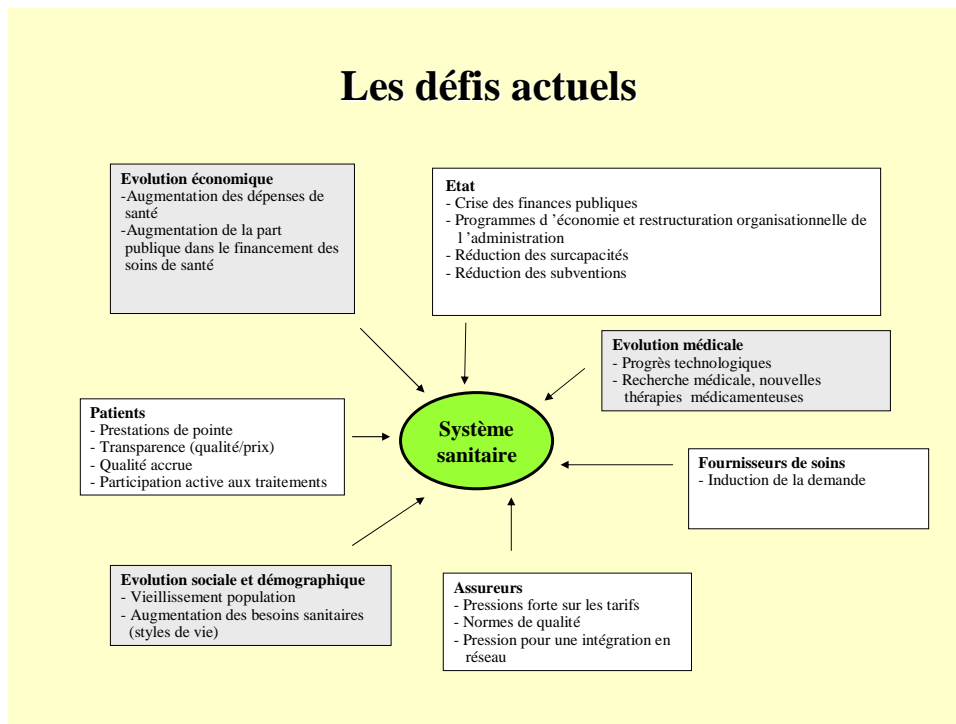
A nouveau le patient est placé au centre des préoccupations et doit, bien évidemment, le rester.

En guise de conclusion du chapitre 5, un centre de chirurgie ambulatoire ne se construit pas simplement avec des déclarations d'intention. Une stratégie doit être mise en place, des composantes essentielles doivent être abordées, comme par exemple le plan de développement, l'organisation à mettre en place, les indicateurs et bien sûr le financement. La chirurgie ambulatoire doit continuer à être développée, mais avec des incitatifs financiers qui le permettent, sinon qui va supporter les pertes d'une telle activité ?

6. CONCLUSION

Le système sanitaire suisse fait actuellement face à de multiples défis (augmentation des dépenses de santé, progrès technologique, surcapacités, vieillissement de la population, ...) ayant des origines diverses (évolution économique, évolution démographique, assureurs, patients, ...). Il est devenu indispensable de trouver non pas la solution miracle mais DES SOLUTIONS afin de pouvoir maîtriser les coûts, puis éventuellement les diminuer, sans diminuer la qualité et l'efficacité des prestations et sans réduire l'accès aux soins.

FIGURE 45 : LES DEFIS ACTUELS DU SYSTEME SANITAIRE ³⁴



Le développement de la chirurgie ambulatoire est une de ces solutions, car elle peut, pour autant que les incitatifs soient significatifs, aider notamment à :

- Réduire les coûts de santé, notamment les coûts d'hospitalisation supplémentaire
- Réduire les surcapacités des lits aigus
- Réduire les journées-malades
- Augmenter la prise en charge et la satisfaction des patients, le patient est au centre des intérêts
- Améliorer la qualité des interventions chirurgicales
- Fonder l'activité sur l'efficience économique et l'efficacité sanitaire ³⁴
- Améliorer l'organisation interne des hôpitaux en décloisonnant les services

- Repenser les structures hospitalières
- Réduire les « listes d'attentes »
- Augmenter l'économicité des interventions
- Améliorer l'information entre l'Hôpital et la Ville

La création et le développement du Centre de Chirurgie Ambulatoire (CCA) au sein du Réseau Santé Valais doit pouvoir bénéficier de toute ou partie des avantages énumérés ci-dessus. Le patient, à juste titre, est au centre des préoccupations ce qui ne peut être que bénéfique en terme de santé publique. Le CCA répond à un besoin de la population et permet le retour à domicile le jour même, il n'y a par exemple plus de rupture avec le milieu familial.

A l'instar de la planification hospitalière voulue par le Conseil d'Etat, le CCA se veut un centre de compétences. La concentration d'une grande partie des opérations ambulatoire à Sierre offre une prise en charge spécialisée. Les médecins et le personnel soignant gagnant en pratique et expérience, la chirurgie ambulatoire atteint un niveau de qualité élevé et favorise la diminution des coûts de la santé.

Les démarches qualité au sein des établissements avaient déjà commencé à instaurer une réflexion d'organisation par processus et non plus par secteur. L'expérience du CCA, dont l'organisation qui se doit être transversale, va bénéficier à l'ensemble des structures hospitalières du Réseau Santé Valais et va permettre de décloisonner certains services et/ou certaines méthodes de travailler. De plus, les relations Ville-Hôpital se verront renforcées par un partenariat et une coopération accrue entre les 2 acteurs, et ce, bien entendu, toujours dans l'intérêt du patient et non du « client ».

La création du CCA permet également, aux structures hospitalières, de rester compétitives par rapport à de nouveaux prestataires de soins sur le marché de la santé pour ce type de prestations. Il est indispensable de faire du benchmarking avec les prestataires de soins offrant le même type de prestations.

Toutefois les raisons évoquées précédemment ne suffisent pas assurer la pérennité d'une chirurgie ambulatoire. Au travers de l'étude du mémoire, avec le point actuel Tarmed à 77 centimes, il est démontré que le Réseau Santé Valais a intérêt en terme financier d'hospitaliser 1 ou 2 jours les patients au lieu de pratiquer une opération de chirurgie ambulatoire. Il doit donc y avoir des incitatifs au développement de ce type de chirurgie et notamment des incitatifs financiers afin que les coûts ne soient pas supportés par un seul acteur du système de santé. A ce titre, l'objectif du mémoire, mentionné en page 6, peut être considéré comme atteint.

A propos de coûts, ce type de chirurgie peut et doit amener des réductions par rapport à une intervention dite traditionnelle qui se déroule sur plusieurs jours d'hospitalisation. Le financement doit être certes incitatif, mais cela ne suffit pas car l'institution qui pratique la chirurgie ambulatoire doit parallèlement maîtriser les coûts d'une telle structure, c'est-à-dire fonder l'activité sur l'efficacité économique et l'efficacité sanitaire.³⁴

Néanmoins au niveau cantonal, ces centres ne devraient pas pousser comme des champignons et être soumis ensuite uniquement à la loi du marché. Ils devraient être soumis à une planification au niveau cantonal afin d'éviter des surcapacités, une concurrence trop accrue pouvant se faire au détriment de la qualité des prestations et ensuite des fermetures pourraient et/ou devraient intervenir. La planification permettrait ainsi d'éviter des investissements coûteux qu'il faudrait « rentabiliser », l'induction de la demande par l'offre n'étant pas un phénomène totalement étranger dans le secteur de la santé.

En regard des avantages énumérés au début la conclusion, les assureurs et l'Etat devraient être intéressés à développer la chirurgie ambulatoire, ors comme vu dans la figure 37 à la page 49 « Qui supporte quoi », il n'y pas d'intérêts financiers à ce jour de pousser vers ce type de chirurgie. Comme abordé dans le chapitre 3.6 « la chirurgie ambulatoire en Suisse », il faudrait donc planifier le secteur de l'ambulatoire hospitalier public tout en garantissant un financement par exemple de 50% Etat et 50% assureurs.

In fine, il faut que les acteurs du système de santé, prestataires de soins – patients – Etat - assureurs, trouvent leurs intérêts respectifs et convergents dans ce transfert de la chirurgie hospitalière à la chirurgie ambulatoire. Les expériences internationales faites en la matière montrent que cette chirurgie semble des plus prometteuses.

7. BIBLIOGRAPHIE

7.1 REFERENCES

1. « Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire », *PRNIR Programmation nationale inter-régimes en France : Assurance maladie des salariés – Mutualité sociale agricole – Assurance maladie des professions indépendante*, (septembre 2003).
2. « Ambulatory surgery : an organisational and cultural revolution, a social and political challenge », De Lathouwer, 3^{ème} congrès international de chirurgie ambulatoire 1999
3. « La chirurgie ambulatoire », *ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*, mai 1997
4. DE LATHOUWER, C & POUILLIER, J.P. (1996). *Ambulatory surgery in 1994-1995, The state of the art in 29 OECD countries*. *Ambulatory surgery* 6 : 43-55
5. « La chirurgie ambulatoire », *ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*, mai 1997
6. « La chirurgie ambulatoire », *ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*, mai 1997
7. « E-Hospital, journal de l'association européenne des directeurs d'hôpitaux », Imre Varga (mars 2005)
8. « Le Temps », Robert P. Meier, article du 18 janvier 2005
9. « Hplus, Palais Fédéral », n°3, septembre 2005
10. PARMENTIER Gérard (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p. 17-24
11. BROUQSAULT Michel (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p. 89-100
12. PARKINSON C.N (1983). *Les lois de Parkinson*. France : Robert Laffont.
13. SALES Jean-Patrick (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p. 101-107
14. « Le consentement éclairé du patient », Guillod Olivier (1986), Neuchâtel
15. « Le droit de la santé », Guillod Olivier, cours MHEM 2003-2004
16. LANGLOYS Joel (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p. 109-120
17. « The role of anaesthesia in surgical mortality », Dripp Rd et al (1961), *JAMA* 178 : 261-266
18. « Aging, medical disease and outcome of ambulatory surgery », Kortilla K. (1993), *Current opinion in anesthesiology*
19. BERTAND Agnès (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p. 121-129
20. SOULIE Anne-Marie (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p. 141-151

21. « Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec », CREDES, *Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé*, novembre 1997
22. GELLUSSEAU Yves (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p. 161-162
23. PARMENTIER Gérard (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p 171-190
24. « La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs » Sourty Le Guellec Marie-Jo, CREDES, *Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé*. N° 50 – avril 2002
25. JOUFFROY Laurent, RICOUR Loïc (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p 203
26. TRAZZINI Jean-Xavier (2000). *La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie*. Montpellier : éditions Sauramps Médical ; p 295-302
27. « Projet Centre de chirurgie ambulatoire, Plan de développement », RESEAU SANTE VALAIS, 2005
28. OFFICE FEDERALE DE LA STATISTIQUE, statistiques des hôpitaux, feuille 02-KS-2003.
29. EGGLI Yves (2002). *Un hôpital sous le régime de la transparence*. Lausanne : éditions Payot. Et également : « Evaluation et gestion de la qualité », Eggly Yves, cours MHEM 2004/2005
30. “Effect of return hospital visits on economics of ambulatory surgery”, Ngozi Imasogie & Frances Chung, *Current Opinion in Anaesthesiology* 2001, 14 : 573-587
31. Narbona, B ; Fuentes, O. ; Exposito, F. ; Ochoa, L. ; Caparros, R. ; Delgado, M. – *The British Journal of Surgery*, volume 84 Supplement2, June 1997
32. Martinez, M. Vilches; Alvarez, D. Huerga ; de Orive, A. Payno – *The British Journal of Surgery*, volume 85, July 1998, p91
33. « Marketing social », Lagarde François , Université d'été en administration et gestion des services sanitaires, Ascona, été 2004
34. « Partenariats et concurrence dans la fourniture des soins de santé », Bolgiani Iva, cours MHEM 2004/2005

7.2 SITES INTERNET

<http://www.rsv-gnw.ch> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.bullmed.ch/> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.anaes.fr> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.chu-rouen.fr> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.irdes.fr/> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.sanimedia.ch> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.uptodate.com> ; consulté en juillet-août 2005
<http://gateway.ut.ovid.com> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.iaas-med.org> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.hirslanden.ch> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.cliniquevalere.ch> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.artemed.ch> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.aaasc.org> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.sgc-ssc.ch> ; consulté en juillet-août 2005
<http://www.hplus.ch> ; consulté en juillet-août 2005