

Virginie LUCAS

Mémoire de fin d'études de la 2<sup>ème</sup> année de Master

**La restructuration des Centres d'Evaluation et de Traitement  
de la Douleur (CETD) à l'ère du passage à l'ambulatoire**  
Etat des lieux, analyse et perspectives

Sous la direction du Dr. Romain CHIQUET

**Composition de jury :**

- Président de jury : **M. Stanislas WOCH**, maître de conférence
- 2<sup>ème</sup> membre de jury : **Dr. Romain CHIQUET**, Praticien Hospitalier, Coordonnateur Consultation Douleur Chronique et Chef de Service de l'Unité de Soins Palliatifs du GHICL de Lille
- 3<sup>ème</sup> membre de jury : **Dr. Jean Charles NEU**, Médecin généraliste spécialisé dans l'évaluation et le traitement de la douleur et les soins palliatifs

**Date de soutenance :** Mercredi 18 octobre 2017 à 17h

## Remerciements

---

Avant toute chose, il me semble indispensable de remercier toutes les personnes qui m'ont aidée pour la rédaction de ce mémoire.

Tout d'abord je souhaiterais remercier Monsieur Stanislas WOCH, président de jury, pour son aide méthodologique,

Je tiens ensuite, particulièrement, à remercier Monsieur le Docteur Romain CHIQUET, mon directeur de mémoire, pour tous ses conseils, son soutien et sa disponibilité,

Je souhaite également remercier Monsieur le Docteur Jean Charles NEU, pour avoir accepté d'être mon 3<sup>ème</sup> membre du jury,

Je tiens également à remercier mon père, le Docteur Christian LUCAS, pour m'avoir épaulée dans ce projet et m'avoir transmis ses connaissances,

Pour finir, je remercie l'ensemble des professionnels de santé qui m'ont aidé à réaliser mon enquête.

« Le futur appartient à ceux qui voient les possibilités avant qu'elles  
ne deviennent évidentes. »  
Théodore Levitt

# Sommaire

---

Remerciements .....	2
Sommaire .....	4
Introduction .....	5
Chapitre I/ La démarche ambulatoire dans les établissements de santé.....	9
A. Le contexte hospitalier actuel .....	9
1) Recherche du gain de productivité.....	9
2) Optimisation des ressources .....	11
a. Les ressources humaines .....	11
b. Les ressources techniques .....	12
B. Les évolutions.....	13
1) Les attentes des patients .....	13
2) Les avancées technologiques .....	14
3) Les limites de l'hospitalisation conventionnelle.....	15
C. Le développement de la démarche ambulatoire.....	15
1) Définitions.....	15
2) Les avantages de la démarche ambulatoire constatés à ce jour .....	18
a. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.....	18
b. L'amélioration des conditions de vie au travail .....	19
c. L'optimisation des ressources .....	20
3) Les contraintes d'organisation en hôpital de jour .....	21
a. Des freins culturels et organisationnels .....	21
b. Des freins exogènes .....	23
4) Les limites de la démarche ambulatoire.....	24
a. Le type d'activité .....	24
b. La pathologie .....	25
c. Les personnes soignées et leur environnement .....	25
Chapitre II/ Analyse de la démarche ambulatoire dans les CETD de France.....	26
A. Définitions .....	26
B. Le cahier des charges .....	28
C. Le questionnaire .....	29

D. Les résultats .....	30
E. Discussion des résultats .....	39
1) Restructuration de l'établissement pour un passage au tout ambulatoire.....	39
2) L'ambulatoire : un avantage pour le patient ? .....	40
3) L'ambulatoire : un avantage pour les professionnels de santé ? .....	41
4) L'ambulatoire : un avantage pour l'établissement ? .....	41
5) L'ambulatoire : quelles contraintes pour les CETD ? .....	43
F. Perspectives .....	45
Conclusion .....	49
Glossaire .....	51
Bibliographie .....	52
Table des Figures .....	54
Table des Annexes .....	55
Annexes .....	I
Résumé.....	

## Introduction

---

Le monde de la santé est en constante évolution : les hôpitaux, confrontés à des situations de plus en plus compliquées et à une réglementation de plus en plus précise et exigeante, sont poussés à effectuer des modifications et à innover. Les professionnels qui les composent, qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou administratifs s'investissent dans des projets de restructuration de leurs activités. Ces projets les amènent à préciser leurs missions, à redéfinir leurs stratégies et leurs organisations afin de mieux répondre aux besoins réels des patients, tout en améliorant leurs performances économiques.

Ces projets de restructuration, se traduisent par la transformation d'établissements existants ou par la construction de nouveaux établissements. Ces restructurations concernent l'évolution architecturale et le niveau d'équipement des établissements mais elles entraînent également une évolution des modes de prise en charge des patients et de l'organisation fonctionnelle des activités.

C'est ainsi qu'est apparue l'hospitalisation ambulatoire. Du latin "ambulare" qui signifie "marcher", l'hospitalisation ambulatoire, anciennement appelée "hospitalisation de jour", désigne un nouveau mode d'hospitalisation qui permet au patient d'être pris en charge dans la journée, pour une intervention chirurgicale, une procédure diagnostique ou interventionnelle sous anesthésie, et de regagner le soir même son domicile.

Etant perçue comme un moyen d'améliorer l'efficacité des établissements de santé, elle est de plus en plus encouragée au niveau national. Deux attentes sont à l'origine de ce développement : l'une médicale, l'autre économique. Cette prise en charge génère en effet un double intérêt, à travers la diminution des durées de séjour, qui correspond d'une part à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par la réduction des infections nosocomiales, l'amélioration de la maîtrise des risques et l'organisation optimisée de l'activité et, d'autre part, une réduction des coûts associés à la prise en charge médicale pour les établissements et donc pour l'assurance maladie.

La démarche ambulatoire est donc devenue une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Afin d'aboutir fin 2017 à une pratique ambulatoire majoritaire, le gouvernement a établi un programme national. Piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), il comprend plusieurs axes de déploiement, mobilisant plusieurs institutions, notamment la Haute

Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

Dans le cadre de ce programme, plusieurs politiques ont été mises en œuvre telles que le SROS<sup>1</sup>, la politique d'incitation tarifaire, la mise sous accord préalable de la CNAMTS<sup>2</sup> ou encore les outils d'analyse et organisationnels de la MEAH<sup>3</sup>, qui ont permis d'obtenir des résultats encourageants. En effet, grâce à ce programme et aux moyens mis en place, la part des patients pris en charge en ambulatoire, en France, a largement progressé passant de 32% à 51.9% entre 2007 et 2015.<sup>4</sup>

Aujourd'hui, l'hospitalisation ambulatoire s'inscrit également dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS<sup>5</sup> (2012-2017) en tant que nouvelle option face à l'hospitalisation complète.

En parallèle du programme national, une réforme du modèle de financement des établissements de santé visant à sortir du "tout tarification à l'activité (T2A)" a été engagée dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) de 2017 dans le but de soutenir le virage ambulatoire et de favoriser l'égalité d'accès aux soins sur tout le territoire.

Pour répondre à ces attentes gouvernementales, de plus en plus d'établissements et services désirent s'orienter vers une prise en charge ambulatoire, c'est le cas notamment des Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur.

Dans le millier d'établissements hospitaliers français, on dénombre 233 structures douleur, c'est-à-dire qu'à peine un quart des établissements en sont pourvus, pour prendre en charge environ 20 millions de patients qui présentent des douleurs chroniques<sup>6</sup>, soit plus de 30% de la population. Ces structures sont donc très sollicitées et souhaiteraient s'orienter vers une démarche ambulatoire dans le but d'augmenter leur rendement. Mais prendre en charge un patient dans un délai de quelques heures

---

<sup>1</sup> Schéma Régional d'Organisation des Soins

<sup>2</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

<sup>2</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

<sup>3</sup> Mission nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers

<sup>4</sup> [1] ATIH, novembre 2016, « Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire »

<sup>5</sup> Plan Régional de Santé <sup>5</sup>

<sup>6</sup> [2] SFETD, 2015, « La douleur chronique : une maladie, Manifeste pour améliorer l'offre de soins en France »

nécessite une organisation nouvelle, centrée autour du patient, cela impose donc de repenser les locaux et de former les équipes à l'organisation des prises en charge en ambulatoire, tout cela a un coût.

Or, le 03 avril 2017, un nouvel arrêté<sup>7</sup> du ministre de la Santé diminuant les recettes de l'hospitalisation de jour a été publié. La Fédération hospitalière de France (FHF), qui regroupe les directeurs d'hôpitaux, a immédiatement demandé le retrait de cet arrêté qui aurait entraîné un résultat contreproductif et contraire à l'objectif recherché qui est d'inciter à la pratique d'une prise en charge ambulatoire. L'arrêté a finalement été modifié mais si une telle version de l'instruction frontière venait de nouveau à être engagée, cela ralentirait voire mettrait un terme à l'engouement des hôpitaux et des professionnels de santé à utiliser les hospitalisations à temps partiel, en les incitant plutôt à garder les patients en structure d'hospitalisation à temps complet.

Dans ce contexte, la restructuration pour la mise en place d'une prise en charge ambulatoire a-t-elle toujours un intérêt pour les CETD ? Où en est-on actuellement de l'organisation des CETD et quelles sont les perspectives pour la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques ?

Pour répondre à ces interrogations, nous ferons, dans un premier temps, un point sur la situation hospitalière actuelle, avec l'arrivée de l'hospitalisation de jour, ses enjeux et ses contraintes, puis nous passerons à l'analyse des pratiques dans les CETD de France. Enfin nous concluons par les perspectives d'avenir concernant la prise en charge des patients. L'objectif de ce mémoire est de faire un état des lieux sur l'organisation des CETD en 2017.

---

<sup>7</sup> [3] Arrêté du 03 avril 2017 du ministre de la Santé diminuant les recettes de l'hospitalisation de jour



# Chapitre I/ La démarche ambulatoire dans les établissements de santé

Les hôpitaux, aujourd'hui considérés comme des entreprises « productrices de soins », se transforment et évoluent depuis plus de vingt ans sous les effets combinés des restructurations, des regroupements, des accréditations, de l'informatisation, de la tarification à l'activité (T2A) et des objectifs d'équilibre financier. Ces transformations ont pour but de répondre au mieux aux nouvelles attentes des patients et du gouvernement. C'est ainsi qu'on a pu voir apparaître la démarche ambulatoire. Ce mode de prise en charge s'inscrit dans un contexte particulier et présente des enjeux ainsi que des limites.

## A. Le contexte hospitalier actuel

L'hôpital est une organisation complexe qui évolue depuis toujours sous l'influence du contexte économique. En effet, dès la fin des 30 glorieuses, période d'augmentation quantitative des capacités hospitalières et des dépenses de santé, la crise économique et les contraintes budgétaires sont apparues, mettant en évidence la nécessité de rationaliser les établissements de santé.

Cette rationalisation des hôpitaux est toujours d'actualité et se déroule en deux temps, avec d'un côté, **la recherche du gain de productivité** et de l'autre **l'optimisation des ressources**.

### 1) Recherche du gain de productivité

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en France représentait 194,6 milliards d'euros soit 8,9 % du PIB selon l'Insee. L'acteur principal du financement de la CSBM est la Sécurité sociale, avec une prise en charge de 76,8 % de la dépense en 2015.<sup>8</sup>

Bien que les établissements hospitaliers puissent être considérés comme des entreprises « productrices de soins », ils ne fonctionnent pas comme une entreprise classique. En effet, leur mode de financement diffère de la simple formule « activité

---

<sup>8</sup> [4] INSEE, 02 mars 2017, « Tableaux de l'économie française, éditions 2017, Dépenses de santé »

productive = chiffre d'affaire ».

Les hôpitaux sont financés par la "tarification à l'activité" (T2A)<sup>9</sup> qui met en relation l'activité de soins et la rémunération en lien avec l'Assurance Maladie.

Ce mode de financement de l'hôpital fait suite à la réforme de 2004<sup>10</sup> concernant l'Assurance maladie, il diffère du précédent notamment pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour lesquelles il était jusqu'alors assuré par une dotation globale forfaitaire versée à chaque établissement. La grande majorité des ressources hospitalières dépend désormais du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés. Certaines d'entre elles, comme les missions d'intérêt général (MIGAC), les activités d'urgence ou les prélèvements d'organes, continuent cependant de bénéficier d'un financement forfaitaire.

De plus, la notion de budget a été remplacée par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), car ce sont les produits de l'activité qui déterminent les ressources de l'hôpital. Les établissements de santé sont autonomes dans leur gestion, mais soumis aux contrôles exercés par les pouvoirs publics (Agence Régionale de Santé, chambre régionale des comptes...).

Or, aujourd'hui l'Assurance Maladie ainsi que les comptes sociaux sont en déficit. Les remboursements et l'intervention des complémentaires Santé, par l'augmentation du niveau des cotisations de ses adhérents ou par l'augmentation des prélèvements obligatoires des assurés sociaux, ne permettent pas à eux-seuls un retour à l'équilibre financier. Le gouvernement a donc fixé, aux établissements de santé, des objectifs de gains de productivité. En sachant que selon la DREES<sup>11</sup> le budget hospitalier est, en moyenne, consacré<sup>12</sup>:

- pour 67% aux dépenses de personnel,
- pour 15% aux achats de médicaments et de dispositifs médicaux,

---

<sup>9</sup> La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, qui vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé.

<sup>10</sup> [5] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>11</sup> DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

<sup>12</sup> [6] DREES, éditions 2014, « Panorama des établissements de santé »,

- pour 9% aux autres achats,
- pour 9% aux amortissements et aux frais financiers (bâtiments, matériel...).

Les hôpitaux cherchent donc à jouer sur plusieurs facteurs comme l'optimisation des ressources pour limiter les dépenses liées au personnel ou la réduction des durées de séjour pour gagner en productivité et atteindre les objectifs fixés.

## 2) Optimisation des ressources

### a. Les ressources humaines

La masse salariale représente plus de 70% des dépenses globales au sein des établissements de santé.<sup>13</sup> Il est donc vital pour eux d'optimiser la gestion de leurs effectifs, sans oublier d'intégrer les contraintes liées au secteur de la santé: activité saisonnière, fonctionnement 7 jours sur 7, de jour comme de nuit, service continu, sujétions de service (gardes, astreintes, nuits supplémentaires), niveau élevé de temps partiel chez les collaborateurs. Plusieurs solutions à plus ou moins long terme existent pour optimiser la gestion des effectifs en palliant à ces contraintes telles que :

- La « flexibilité interne » via le recours aux heures supplémentaires : Cette solution est loin d'être optimale même si elle permet de répondre facilement à des pics d'activité dans les hôpitaux, cette pratique est soumise à des contraintes légales et peut coûter très cher aux hôpitaux en termes de frais de fonctionnement (majoration des heures supplémentaires, récupération...).
- La « flexibilité externe » via l'intérim ou la vacation : Ce levier permet de répondre rapidement au surcroît d'activité et au remplacement des collaborateurs absents. Bien qu'il permette de s'adapter aux besoins de fonctionnement de l'hôpital, ce levier entraîne des coûts directs et indirects importants (rédaction des contrats par les ressources humaines, gestion des entrées et sorties de personnel sur une courte durée, intégration des ressources dans le poste, gestion des transitions...)
- La « flexibilité interne » via la mutualisation des ressources : De plus en plus d'hôpitaux ont recours à des pools de suppléance permettant d'optimiser les

---

<sup>13</sup> [7] Secteur public et santé, septembre 2011, « Gestion et pilotage des effectifs dans les hôpitaux : quels leviers d'optimisation dans un environnement contraint ? »

ressources en les adaptant aux besoins. Pour créer ces pools il est nécessaire de développer la polyvalence des équipes par le biais de formation sur le temps de travail.

→ A long terme : la planification anticipée des ressources : La mise en place d'une planification anticipée des ressources humaines met en adéquation les besoins et les ressources et optimise l'organisation du temps de travail des collaborateurs. Cela suppose, d'une part, la connaissance des contraintes de fonctionnement des différents services (amplitude d'ouverture du service (jour/nuit, amplitude d'une journée de travail) et sujétions de service (notamment gardes et astreintes) et de l'activité réelle de l'hôpital d'autre part. Le suivi d'indicateurs simples donne une bonne vision de l'activité de l'hôpital et permet d'effectuer des projections sur les besoins à venir (taux d'occupation des lits, nombre d'heures de consultations par spécialité, service...) Une fois le niveau d'activité identifiée, il faut la traduire en ressources humaines, à savoir en termes d'effectifs et de compétences nécessaires au fonctionnement de l'activité. **Cette solution peut se présenter sous la forme de l'hospitalisation de jour aussi appelée hospitalisation ambulatoire.**

Cette optimisation des ressources humaines est accompagnée de la mutualisation des moyens techniques.

### **b. Les ressources techniques**

Pour gagner en productivité, les hôpitaux doivent pouvoir se recentrer prioritairement sur leurs missions de soins. Dans ce but, une restructuration des services fonctionnels et logistiques, tels que les cuisines et les blanchisseries permet de dégager et de redéployer des postes favorisant alors une réorganisation de l'activité de soins.

Cette réorganisation se traduit par des choix stratégiques concernant les activités médicales, les regroupements géographiques, la mise en commun de plateaux médico-techniques et la réorganisation des hébergements dans le but de regrouper les patients plutôt par mode de prise en charge que par discipline médicale.

A ce jour, en fonction du mode d'entrée et/ou de l'activité réalisée, nous pouvons retrouver plusieurs modes de prise en charge qui sont :

- Les entrées en urgence et les hospitalisations non prévues dites conventionnelles

- Les hospitalisations prévues dont la durée et/ou l'activité ne sont pas connues,
- Les hospitalisations prévues dites programmées, dont la durée et l'activité sont parfaitement connues.

Aujourd'hui, on voit se développer fortement ce dernier mode de prise en charge représenté par des unités d'hospitalisation dites « programmées de durée déterminée » : ce sont les hôpitaux de semaine, **les hôpitaux de jour** et les unités de chirurgie ambulatoire.

Ce développement est lié à plusieurs facteurs comme l'évolution des attentes des patients, l'émergence de nouvelles technologies ou encore l'amélioration des connaissances médicales et des traitements.

## B. Les évolutions

### 1) Les attentes des patients

Depuis quelques temps, on a pu noter un changement dans le comportement des patients et leurs relations avec l'hôpital.

Le développement des techniques de communication (téléphonie, réseaux sociaux...), accompagné d'une médiatisation de plus en plus importante des sujets de santé, incitent les patients à ne plus rester des usagers passifs mais au contraire à s'impliquer dans les processus décisionnels concernant les soins qui leur sont prodigués. Les patients se placent désormais comme « clients » ou « consommateurs » de soins avec des attentes particulières auxquelles les établissements de santé s'efforcent de répondre.

Pour certains cas tels qu'une admission en urgence, une prise en charge de pathologie aigüe ou suite à un accident, les patients acceptent encore ce qui peut leur apparaître comme imposé par l'hôpital. En revanche, lorsque le séjour est prévisible, on voit apparaître une demande nouvelle de la part des patients qui n'acceptent plus les contraintes de l'hospitalisation conventionnelle<sup>14</sup> car ils souhaitent perturber au minimum leur vie familiale et professionnelle.

---

<sup>14</sup> L'hospitalisation conventionnelle correspond à un séjour "traditionnel" à l'hôpital, incluant le week-end. Le patient demeure à l'hôpital jour et nuit, selon la durée nécessaire à son rétablissement, prescrite par son médecin ou chirurgien. Il peut ou non y subir une intervention chirurgicale.

La volonté des patients de prendre part aux décisions concernant leur processus de soins, permet d'établir de nouveaux rapports, basés sur le partenariat. Le patient est à présent au centre des préoccupations des établissements de santé et jouit d'une prise en charge globale et personnalisée.

Pour répondre à ces nouvelles attentes, les hospitalisations de jour représentent des situations privilégiées. Le caractère programmé de l'activité permet de disposer de tous les éléments nécessaires à la bonne information du patient, ce qui facilite l'adhésion et la participation du patient à sa propre prise en charge. Mais pour que tout cela soit possible, les établissements de santé doivent pouvoir s'adapter, notamment grâce aux innovations médicales et technologiques.

## **2) Les avancées technologiques**

Ces dernières années, les évolutions médicales et technologiques ont été nombreuses, on peut citer par exemple, les pratiques et procédures chirurgicales de moins en moins invasives et de mieux en mieux maîtrisées, les techniques endoscopiques, qu'elles soient interventionnelles ou exploratoires, les technologies radiographiques et échographiques (numérisation des images), la télémédecine, de nouveaux traitements médicamenteux plus efficaces et mieux tolérés par le patient ainsi que les modalités d'administration de ces traitements qui se caractérisent par une rapidité d'exécution et une sécurité de réalisation accrues. De plus, les progrès pharmaceutiques dans le domaine de l'antalgie permettent une meilleure gestion de la douleur et facilitent ainsi le retour rapide à domicile.

Enfin, dans les années 2000, l'état a lancé une série de plans visant à moderniser l'offre de soins dans le but de lutter contre l'augmentation des dépenses de santé. Le Plan Hôpital 2007 a été l'une de ces mesures. Il permettait de mettre en œuvre la tarification à l'activité au sein des établissements sanitaires avec pour objectif de lier moyens et activités médicales, c'est ainsi qu'est apparue l'informatisation de la production de soins des établissements. Aujourd'hui, la rapidité de la prise en charge est possible grâce à l'augmentation des capacités de traitement et la rapidité d'obtention des résultats par la transmission informatisée.

Grâce à ces évolutions, les délais de prise en charge ainsi que les effets secondaires éventuels des soins peuvent être maîtrisés et réduits, ce qui permet à présent de programmer l'activité et de développer la démarche ambulatoire face à l'hospitalisation conventionnelle.

### 3) Les limites de l'hospitalisation conventionnelle

L'hospitalisation conventionnelle ou « hospitalisation complète » correspond à un séjour "traditionnel" à l'hôpital, incluant le week-end. Le patient demeure à l'hôpital jour et nuit, selon la durée nécessaire à son rétablissement, prescrite par son médecin ou chirurgien. Il peut ou non y subir une intervention chirurgicale. C'est un modèle historique de prise en charge mais qui requiert une organisation très lourde (24h/24, 7j/7) et où l'on rencontre des problèmes tels que l'absentéisme paramédical (10 à 15%), des plannings contraignants ainsi qu'une impossibilité de programmer l'activité (Un patient entre quand une chambre se libère, impossibilité de connaître précisément la date). Cette organisation est très coûteuse et manque de fluidité ce qui ne permet pas d'avoir une activité optimisée.

Cet exposé des limites de l'hospitalisation conventionnelle permet de mettre en évidence les enjeux du développement de l'hospitalisation de jour.

## C. Le développement de la démarche ambulatoire<sup>15</sup>

### 1) Définitions

Au sein de l'hôpital, les prises en charge hospitalières ambulatoires désignent des séjours de médecine de moins de douze heures pris en charge dans des structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, interagissant avec les actes et consultations externes. Le patient entre et ressort donc au cours de la même journée, durant laquelle un ensemble coordonné d'investigations et de traitements est entrepris. Cette hospitalisation est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle et peut convenir à certaines situations précises telles l'hémodialyse, les traitements administrés de manière ponctuelle ou encore la chirurgie ambulatoire.

Dans ces unités, il est possible de réaliser des activités de diagnostic, de suivi d'évolution d'une pathologie, de traitement ou encore d'éducation des patients en garantissant à l'avance le temps précis de l'hospitalisation. Pour cela il est nécessaire de connaître, pour un patient donné, la nature de l'activité à réaliser et d'en maîtriser les temps de réalisation et la programmation.

---

<sup>15</sup> Dans ce mémoire nous nous limiterons à décrire la prise en charge en hospitalisation de jour en médecine, nous ne l'élargirons pas à la chirurgie ambulatoire pour rester dans le cadre du sujet

Ce type d'hospitalisation n'a pas pour objectif de remplacer totalement l'hospitalisation conventionnelle qui reste indispensable dans la prise en charge de certaines pathologies, avec d'autres impératifs organisationnels, mais a pour but de répondre au mieux aux nouvelles attentes des patients et d'optimiser les ressources des établissements. Cette réorganisation de l'hospitalisation permet également aux services d'urgences et aux unités d'hospitalisation conventionnelle d'améliorer la qualité de leurs prises en charge grâce à un redéploiement des moyens et aux bénéfices fonctionnels attendus.

Un cadre réglementaire fixé par le code de la santé encadre la démarche ambulatoire. Les articles R.6121-4 et D.6124-301<sup>16</sup> rappellent que les hôpitaux de jour :

- Sont soumis à autorisation
- Concernent uniquement des prises en charge ne dépassant pas douze heures
- Sont définis par des structures aisément identifiables par leurs usagers avec une organisation spécifique
- Doivent posséder les moyens dédiés en locaux et en matériel
- Doivent posséder une charte de fonctionnement des équipes médicales et paramédicales

L'instruction frontière<sup>17</sup> précise que:

- Les séances sont exclues du champ de l'hospitalisation de jour
- L'hospitalisation de jour doit correspondre à une prise en charge justifiant le recours à une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin, tel qu'un bilan diagnostic ou thérapeutique
- L'hospitalisation de jour doit correspondre à une prise en charge comportant plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin.

---

<sup>16</sup> [8] Articles R.6121-4 et D.6124-301, Décret n°2012-969 du 20 août 2012 - art. 2 du Code de la Santé Publique fixant le cadre réglementaire de la démarche ambulatoire

<sup>17</sup> [9] Circulaire frontière : Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).



Pour qu'un Groupe Homogène de Séjour (GHS) soit facturé en HDJ il faut:

- Une admission en structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D.6124-301 du code de la santé publique<sup>18</sup> disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés.
- Un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin
- L'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient

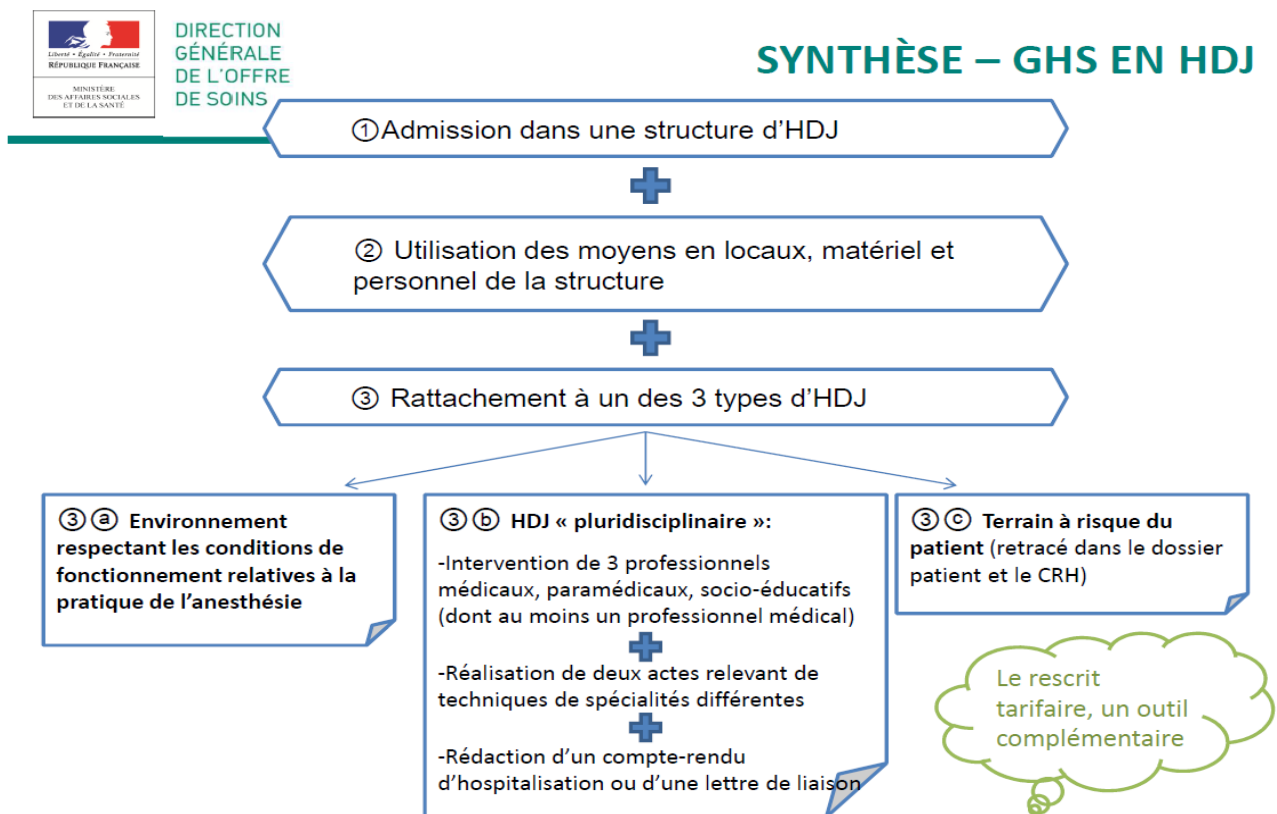


Figure 1 : Logigramme de la facturation d'un GHS en HDJ<sup>19</sup>

Après avoir défini le cadre de l'hospitalisation ambulatoire, nous pouvons à présent passer à la présentation des avantages et des inconvénients de cette prise en charge.

<sup>18</sup> [8] Articles R.6121-4 et D.6124-301, Décret n°2012-969 du 20 août 2012 - art. 2 du Code de la Santé Publique fixant le cadre réglementaire de la démarche ambulatoire

<sup>19</sup> [10] IGAS, juillet 2014, « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire »,

## 2) Les avantages de la démarche ambulatoire constatés à ce jour

La performance d'un système de soins repose sur trois piliers :

1. La qualité de la prise en charge
2. La qualité des conditions de travail et son attractivité
3. L'efficacité opérationnelle et financière

La démarche ambulatoire répond à ces critères avec :

- Des soins qualifiés qui permettent la qualité et la sécurité des soins.
- Une organisation spécifique permettant au patient de rejoindre son domicile le jour même de son admission, ce qui améliore la satisfaction du patient mais demande une bonne coordination du personnel.
- Une durée de séjour < 12 h sans hébergement de nuit qui favorise un rendement plus important, un coût moindre par rapport à une hospitalisation complète et donc un meilleur équilibre financier.

### a. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

L'hospitalisation ambulatoire, et donc programmée, du patient permet de mettre en œuvre de nombreuses actions, facteurs d'amélioration de la qualité des soins :

Dans un premier temps, le patient a la possibilité de négocier sa date d'hospitalisation, d'obtenir des informations complètes sur le déroulement de son séjour et sur la nature des actes réalisés ou encore d'adhérer et de participer au processus de soins. Le fait de connaître et de comprendre leurs parcours de soins a des effets bénéfiques sur les niveaux de confiance et d'anxiété des patients. Le patient étant plus impliqué dans son processus de soin, avec une prise en charge personnalisée, sa responsabilité est valorisée et son identité est préservée, il n'est plus un patient parmi tant d'autre. Cela entraîne une véritable amélioration de la **satisfaction du patient**.

Deuxièmement, les délais d'attente pour les examens ou les traitements sont réduits grâce à la programmation stricte des soins et des accès aux plateaux médico-techniques. Cela nécessite une **organisation rigoureuse mais permet un meilleur rendement**.

Troisièmement, la diminution de la durée de séjour dans un délai inférieur à douze heures limite fortement le risque d'infection nosocomiale. **Le risque infectieux est donc bien mieux maîtrisé**.

Enfin, on retrouve également des avantages pour les personnes plus fragiles telles que:

- ▶ Les enfants, pour qui l'hospitalisation de jour permet de préserver au maximum la scolarisation
- ▶ Les personnes âgées, pour qui elle évite ou limite le déracinement et/ou la désorientation temporo-spatiale

Cette évolution de la qualité et de la sécurité des soins répond à la réforme hospitalière qui réaffirme les droits des malades et impose aux établissements hospitaliers de procéder à l'évaluation régulière de la satisfaction des patients sur les conditions d'accueil et de séjour.

Le patient n'est pas le seul bénéficiaire des avantages de l'hospitalisation ambulatoire. En effet, le personnel, au travers des conditions de vie au travail, est également concerné.

#### **b. L'amélioration des conditions de vie au travail**

On entend ici par « amélioration des conditions de vie au travail » les avantages qu'autorise l'organisation du travail en termes de moyens humains.

Avec l'hospitalisation de jour, l'activité étant connue à l'avance et maîtrisée, la réalisation des soins peut être organisée et planifiée de façon très précise, sans imprévu, avec ainsi une meilleure répartition des tâches sur la journée et une optimisation des ressources humaines, des compétences et du matériel nécessaires.

Ce mode de prise en charge permet également d'aménager les horaires de travail, et donc la présence d'un certain nombre d'agents, en fonction de l'activité programmée. De ce fait, les plannings de travail, réputés rigides (roulements fixes établis longtemps à l'avance qu'elle que soit l'activité réelle) peuvent être assouplis et les postes de nuit et de week-end peuvent être supprimés permettant aux agents de bénéficier d'un rythme de travail régulier et d'un meilleur confort de vie personnelle et familiale. Enfin des temps partiels peuvent être accordés plus facilement sans conséquence sur la continuité des soins.

Cette nouvelle organisation permet d'améliorer la satisfaction du personnel mais elle peut également se révéler bénéfique pour l'institution hospitalière car elle représente des facteurs d'optimisation des ressources.

### c. L'optimisation des ressources

Grâce à cette nouvelle organisation, plusieurs ressources vont pouvoir être optimisées.

Dans un premier temps, on pourra optimiser les ressources humaines avec les actions précédemment citées, c'est-à-dire :

- L'activité étant connue à l'avance, on pourra adapter les effectifs présents en fonction des besoins pour la prise en charge.
- On pourra accorder des temps partiels sur des postes où l'activité et la continuité des soins le permettent, mais également où parfois un emploi plein ne se justifie pas.
- De la même manière, dans le cas des hôpitaux de jour et de semaine, la fermeture de l'unité la nuit et le week-end permet de libérer totalement les équipes sur ces créneaux horaires : ces postes ainsi dégagés pourront être redéployés, soit en disposant d'un effectif présent plus important pendant les périodes d'ouverture, soit en permettant la suppression ou le redéploiement de postes vers les unités d'hospitalisation conventionnelle.

La démarche ambulatoire permet donc de réduire le coût salarial par diminution des effectifs nécessaires et/ou par non paiement des indemnités de sujétions.

Les gains associés à cette optimisation des ressources humaines vont permettre d'investir dans d'autres ressources telles que les ressources matérielles qui elles aussi peuvent être optimisées. La durée de séjour étant limitée, les moyens matériels sont réquisitionnés pendant un temps plus court, ils peuvent donc être réutilisés pour d'autres patients. L'accès et l'utilisation des plateaux médico-techniques sont également optimisés grâce à cette organisation planifiée. Le déroulement des examens peut se faire en fonction des demandes précises et de réponses négociées avec les patients.

En initiant une activité d'hospitalisation de jour qui remplace une partie de l'activité d'hospitalisation complète, les établissements de santé peuvent donc s'attendre à des gains de productivité importants et une réduction du coût global de la prise en charge des patients.

Pour initier cette activité ambulatoire, les établissements sont contraints dans un premier temps d'effectuer un investissement pour créer des structures spécifiques, avec toujours le risque d'ajouter de nouvelles structures tout en gardant la totalité des

anciennes si l'ensemble des unités d'hospitalisation ne fait pas l'objet d'un projet global de réorganisation.

Les avantages et enjeux de l'hospitalisation de jour pour les patients, personnels et établissements sont à présent connus, mais avant d'investir pour mettre en œuvre cette démarche, il est nécessaire d'avoir connaissance des contraintes et limites qu'elle présente.

### 3) Les contraintes d'organisation en hôpital de jour

Il n'existe pas d'organisation-type des prises en charge de en hospitalisation de jour en médecine. Le cadre général d'activité et d'organisation des hôpitaux de jour est fixé par le code de la santé publique et par l'instruction frontière qui constitue une contrainte forte de l'activité des établissements. Ce n'est pas la seule contrainte avec laquelle les établissements de santé doivent composer pour mettre en œuvre une démarche ambulatoire. En effet, différents facteurs tels que des freins culturels, organisationnels ou encore exogènes peuvent limiter le développement des prises en charge en hôpital de jour.

#### a. Des freins culturels et organisationnels

Le premier frein identifiable est une **réticence du corps médical**. En effet, la mise en place d'un Hôpital de jour emporte toujours un changement de principes organisationnels : jusqu'alors définie selon le temps médical et paramédical, l'organisation se recentre sur le patient, ce qui peut entraîner une réticence du corps médical exacerbée par le fait de devoir exercer en dehors du service, par la multiplication des lieux d'exercice ou encore le besoin de transparence des agendas.

Le deuxième frein identifiable est l'**absence d'outils de programmation et de planification dédiés**. Ces outils intégrant agendas professionnels et plateaux techniques permettent de valider la faisabilité technique de l'activité prévue et donc la décision d'admission du patient. Aujourd'hui, il existe plusieurs outils tels Keldoc ou Hopital Manager qui permettent une gestion optimisée de l'information. Mais pour gérer ces outils, il est indispensable qu'une personne soit clairement identifiée et responsabilisée (infirmier, secrétaire médicale, cadre infirmier ou autre) pour centraliser et traiter l'ensemble des demandes.

L'hospitalisation de jour nécessite, comme nous pouvons le constater, une

**organisation millimétrée** (coordination des plateaux techniques, vérification des dossiers en amont de la venue des patients, voir rappel). Or, en médecine, la complexité d'organisation est majorée par rapport à la chirurgie notamment avec l'absence d'unité de lieu d'exercice (comme un bloc opératoire) ou d'intervention structurante (anesthésiste). En effet, la chirurgie a elle seule nécessite une hospitalisation de jour du fait de l'acte (Intervention pluridisciplinaire organisée) alors qu'en médecine, plusieurs actes ou examens doivent être organisés en coordonnant les agendas de divers professionnels.

Une hospitalisation de jour doit comporter les étapes ci-dessous :

- Organisation et programmation de la journée suite à une hospitalisation, une consultation
- Rappel du patient et vérification du dossier J-1/J-2
- Admission
- Coordination et enchaînement de la prise en charge : Planification détaillée de la présence médicale des spécialistes, sur des plages horaires dédiées ou non, réalisation d'actes dans l'unité et sur d'autres plateaux techniques, consultations spécialisées médicales et paramédicales, réalisation de traitements, synthèse médicale, préparation sortie et suivi

Le processus ambulatoire est retrouvé plus en détails dans les annexes (*Cf annexe 1 : cartographie du processus ambulatoire*)

Nous pouvons repérer dans ces étapes d'autres freins tels que **l'absence d'intégration de l'hôpital de jour à l'organisation des plateaux techniques, la configuration inadaptée des locaux ou encore la taille insuffisante de l'équipe** dans une organisation où le rôle de l'IDE est primordial (Gestion des agendas, appel de la veille, accueil du patient...).

Enfin les unités sont souvent **dépendantes de plusieurs prestataires externes** qui effectuent les actes ou les examens destinés aux patients (transports, brancardage, imagerie...). Or, cette dépendance doit être parfaitement maîtrisée car elle conditionne directement les performances de l'organisation mise en place. Lors de la venue du patient, qui est de courte durée, il faut pouvoir garantir la possibilité d'exécution d'un acte ou d'un examen. Des accords doivent donc être négociés à l'avance pour coordonner l'activité. Cela n'est possible que si des engagements réciproques ont été pris sur l'obtention de créneaux horaires précis pour un volume d'actes déterminé et si

des procédures de fonctionnement, de coordination et de réajustements ont été établies. Cette organisation pourrait être officialisée sous la forme de contrats, de cahiers des charges ou de chartes négociés et signés entre les services concernés.

Nous venons de voir les contraintes culturelles et organisationnelles de la mise en place du virage ambulatoire, nous allons voir qu'il existe également des contraintes extérieures.

### **b. Des freins exogènes**

Il existe plusieurs facteurs pouvant mettre en suspens le développement de la démarche ambulatoire.

L'un de ces facteurs est l'incertitude des établissements liée au risque de requalification des actes de jour en Acte de Consultation Externe. Cela entraînerait une perte de revenus importante.

En effet en mars 2017, un arrêté<sup>20</sup> a été publié relatant le déclassement des tarifs d'hospitalisation de jour en consultations externes, ce qui est en opposition avec la lancée du virage ambulatoire.

Les évaluations réalisées dans le cas où les décisions de cet arrêté seraient mises en place, sont démobilisatrices. Au niveau national, on peut estimer la perte pour les hôpitaux publics aux alentours de 500 millions d'euros.<sup>21</sup> La création de tarifs intermédiaires ne permettrait pas de couvrir la perte de recettes engendrée par le déclassement des hôpitaux de jour. Les économies à réaliser correspondraient à des plans de suppressions ou de réductions d'activités et d'effectifs extrêmement lourds à gérer, qui se cumuleraient aux baisses des tarifs mises en œuvre dans le cadre du plan triennal.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> [11] Arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

<sup>21</sup> [12] FHF, 03 avril 2017, Dossier de presse « Risque de disparition des hôpitaux de jour (HDJ) : la FHF intensifie sa mobilisation et demande le retrait d'une réforme absurde dans son principe et dangereuse pour le service public hospitalier »

<sup>22</sup> Le Plan triennal ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) vise une évolution structurelle du système de santé sur 3 ans (2015-2017). En alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé, 10 milliards d'euros d'économies sont à réaliser d'ici fin 2017. Les agences régionales de santé sont à pied d'œuvre pour le déploiement opérationnel en région.

Si l'inquiétude des équipes est si importante, c'est parce que la mise en place de l'hospitalisation de jour repose sur des réorganisations profondes, des méthodes de prise en charge nouvelles, notamment sur le plan technique. Le virage ambulatoire consiste en des projets complexes à moyen et long terme conduisant à revoir en profondeur les organisations et les pratiques, et non en une simple modification.

De plus l'absence de référentiels ainsi que des messages contradictoires des tutelles mettent en doute le bon développement de cette démarche ambulatoire.

#### **4) Les limites de la démarche ambulatoire**

L'hospitalisation de jour présente des avantages et des contraintes comme nous avons pu le voir, mais elle présente également des limites. En effet, tous les patients ne sont pas éligibles à une prise en charge ambulatoire. L'orientation en hospitalisation de jour dépend de plusieurs critères tels que la nature des actes à réaliser, la pathologie du patient mais également le patient lui-même et son environnement.

##### **a. Le type d'activité**

Plusieurs types d'activités sont réalisables en ambulatoire, que ce soit :

- L'établissement d'un diagnostic
- Le suivi de l'évolution d'une pathologie connue
- La dispensation d'une thérapeutique ponctuelle
- La réalisation d'une intervention chirurgicale simple (En France, contrairement à d'autres pays, il n'existe aucune liste limitant les interventions réalisables en ambulatoire).

La durée de séjour étant limitée en hospitalisation ambulatoire, il faut pouvoir réaliser l'ensemble des examens et interventions dans un laps de temps court et certains critères médicaux doivent être respectés, tels que :

- L'absence de risques hémorragiques et respiratoires
- L'assurance du contrôle des nausées, des vomissements et de la douleur

C'est en fait la faisabilité technique de l'activité dans les limites de temps imposées et dans le respect des critères de qualité et de sécurité qui influenceront la décision d'admettre un patient en hospitalisation de jour.



## **b. La pathologie**

L'hospitalisation ambulatoire est également limitée pour certaines pathologies. En effet, la prise en charge des pathologies lourdes ou multiples nécessite un suivi et/ou un environnement hospitalier de plus d'une journée. C'est le cas par exemple pour les polytraumatismes, les infarctus du myocarde ou encore les accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués.

La démarche ambulatoire est donc limitée en fonction du type d'activité, en fonction de la pathologie mais également en fonction du patient.

## **c. Les personnes soignées et leur environnement**

L'un des facteurs pouvant ralentir ou mettre en doute le développement de la démarche ambulatoire est la patientèle et ses caractéristiques. En effet, le vieillissement de la population, l'isolement ainsi que l'éloignement géographique de certains patients ne sont pas compatibles avec une hospitalisation de jour. Les déplacements se révéleraient trop compliqués voir dangereux pour ces patients or ils représentent une part importante de la patientèle des hôpitaux.

En conclusion de cette première partie, nous pouvons constater que dans le contexte hospitalier actuel, où l'enjeu principal en terme de management est l'équilibre financier qui passe par le gain de productivité et l'optimisation des ressources, l'hospitalisation conventionnelle montre ses limites. De plus, l'évolution des attentes des patients ainsi que l'évolution des technologies favorisent le développement de la démarche ambulatoire dans les établissements de santé. Mais ce développement est freiné par la réticence du corps médical à cette nouvelle organisation millimétrée, par le besoin d'investissement pour disposer d'outil de programmation, par l'incertitude des établissements quant à la requalification des actes de jour en actes de consultation externes ainsi que par l'absence de référentiels.

## Chapitre II/ Analyse de la démarche ambulatoire dans les CETD de France

Nous avons vu dans le chapitre précédent la situation hospitalière actuelle et son évolution vers un mode de prise en charge programmée en hospitalisation de jour qui possède des avantages ainsi que des contraintes pour les établissements de santé. Dans ces établissements, on retrouve les Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD). A l'ère du passage à l'ambulatoire, où se placent-ils dans cette évolution des modes de prises en charge? Les CETD sont-ils tous en voie de passer à une démarche ambulatoire si ce n'est totale du moins partielle ? Quelles sont les perspectives de prise en charge pour les patients douloureux chroniques ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons souhaité établir un état des lieux de la restructuration des CETD. Nous commencerons par un rappel de la définition d'un CETD puis nous verrons le cahier des charges de l'étude menée ainsi que les résultats qui seront discutés.

### A. Définitions

« Les structures spécialisées douleurs chroniques (SDC) ne prennent pas en charge les douleurs aiguës provoquées, par exemple, par une crise d'appendicite, un infarctus du myocarde, une hémorragie cérébrale ou une fracture de jambe qui doivent être prises en charge par d'autres équipes soignantes (le médecin traitant, les services d'urgences, les services de chirurgie, de cardiologie, de chirurgie, etc.). Ces structures prennent en charge les douleurs chroniques. Une douleur est dite chronique dès lors qu'elle est persistante ou récurrente (le plus souvent au-delà de 6 mois), qu'elle répond mal au traitement et qu'elle induit une détérioration fonctionnelle et relationnelle.

Chez les patients les plus sévèrement affectés, elle peut par ailleurs s'accompagner des facteurs de renforcement que sont des manifestations psychopathologiques, une demande insistante de recours à des médicaments ou des procédures médicales souvent invasives, ainsi qu'une difficulté à s'adapter à la situation. La prise en charge de ces douleurs nécessite la collaboration de plusieurs spécialistes de disciplines différentes.

Deux niveaux de SDC existent :

- ▶ **Les consultations** qui assurent une prise en charge pluri-professionnelle c'est-à-

dire une prise en charge en équipe (médecin, infirmier, psychologue) ;

► **Les Centres** d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) qui réalisent une prise en charge médicale pluridisciplinaire c'est-à-dire plusieurs médecins de différentes spécialités (neurologue, psychiatre, orthopédiste, etc.)

Les structures spécialisées sont toutes hébergées en établissement de santé et labellisées par les agences régionales de santé (ARS) : elles doivent en effet satisfaire à des critères bien précis. »<sup>23</sup>

L'instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 précise les critères d'identification d'un CETD. Un CETD doit pouvoir justifier :

- D'un Médecin doté d'un diplôme douleur
- D'un Temps cumulé minimal de 5 demi-journées par semaine
- D'au moins 1,5 ETP PNM<sup>24</sup>
- D'une activité cumulée minimale de 500 consultations externes par an
- D'une permanence téléphonique (lundi au vendredi) avec un numéro dédié
- De locaux regroupés pour une unité des lieux
- D'une ouverture de la structure sur l'extérieur: médecins de ville, associations
- D'une structure lisible (bien identifiée) dans l'établissement
- D'une prise en charge pluri-professionnelle (IDE, psychologue, psychiatre...)
- D'un accès aux avis dans d'autres disciplines (Rhumatologie, neurologie, psychiatrie, pharmacie...)
- D'un projet thérapeutique personnalisé pour chaque patient
- D'une présentation en Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)

Pour cette étude, nous nous concentrerons essentiellement sur les CETD. Ce sont les plus à même de subir une restructuration pour s'inscrire dans la démarche ambulatoire.

On entend ici par restructuration, « une Opération consistant à réorganiser ou à réaménager un ensemble devenu inadapté, une action de réorganiser quelque chose

---

<sup>23</sup> [13] Ministère des Solidarités et de la Santé, 17 février 2017, « Les structures spécialisées douleur chronique (SDC) »

<sup>24</sup> ETP PNM : Equivalent Temps Plein Personnel Non Médical

selon de nouveaux principes, avec de nouvelles structures. »<sup>25</sup>

« La restructuration est une opération de gestion décidée par un employeur et consistant à réorganiser une entreprise en fonction de la conjoncture ou d'une stratégie. »<sup>26</sup>

## **B. Le cahier des charges**

Cette enquête sur la structuration des CETD en 2017 a pour objectifs de :

- Faire un état des lieux de la mise en place de la démarche ambulatoire au sein des Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, suite à la publication en mars dernier, d'une nouvelle version de la circulaire frontière qui a énormément fait débat
- Comparer les moyens et ressources des différents CETD de France
- Evaluer le niveau d'innovation dans les CETD
- Observer les résultats obtenus par les CETD après une restructuration (Qualité de vie au travail, amélioration de la prise en charge, de la qualité et la sécurité des soins pour les patients, augmentation de l'activité...)

Pour cette étude, des critères d'inclusion ont été définis afin d'être le plus représentatif possible dans nos résultats.

Pour être inclus dans l'étude, l'établissement devait remplir les deux conditions suivantes :

- Etre situé en France
- Posséder un Centre d'Evaluation et de Traitement de la douleur (73 établissements)

Selon ces critères, 73 établissements de santé étaient concernés par l'enquête. Afin d'être le plus représentatif possible, nous avons souhaité un retour minimum de 19 questionnaires (soit 26,02%).

---

<sup>25</sup> Définition du dictionnaire Larousse 2016

<sup>26</sup> Définition du dictionnaire du droit du travail des éditions Tissot 2016

## C. Le questionnaire

Le questionnaire a été créé et diffusé à l'aide de l'outil Google Drive (création d'une feuille de calcul). De cette façon, les résultats ont pu être traités de façon anonyme et le lien du questionnaire a pu être envoyé par courriel aux personnels des CETD des établissements inclus (*cf. annexe 2*) :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScVTcL964wQqt4d9u\\_5daMQThAgoXMISE3xE4iD-8MAv\\_6ONA/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScVTcL964wQqt4d9u_5daMQThAgoXMISE3xE4iD-8MAv_6ONA/viewform)

Dans le mail envoyé aux établissements de santé, il a été précisé que les résultats pourraient faire l'objet d'une communication sous forme de poster lors d'un futur congrès de la SFETD<sup>27</sup>.

L'envoi des questionnaires aux établissements de santé a été fait le 16 mai 2017 et la clôture du recueil a été faite le 30 juin 2017, soit un délai de 7 semaines pour les établissements participants. Une relance a été envoyée par mail aux établissements à mi-parcours.

Grâce à l'outil Google Drive, les résultats étaient saisis automatiquement dans la base de données. Du 1er au 5 juillet, les résultats ont été représentés graphiquement et analysés.

Le questionnaire a été constitué en fonction des facteurs jouant sur la mise en place de la démarche ambulatoire énumérés dans la première partie de ce mémoire. Il a été conçu selon les parties suivantes :

- Informations générales sur l'établissement (activité) ;
- Moyens: équipe, organisation et matériel (lits) ;
- Arrivée de la démarche ambulatoire : restructuration effectuée ou prévue, date, modifications principales ;
- Impacts depuis la restructuration pour les patients, les équipes et l'établissement

---

<sup>27</sup> Société Française d'Etude et de traitement de la Douleur

## D. Les résultats

Le traitement statistique des résultats et la réalisation des graphiques se sont faits à partir de l'outil Excel, grâce aux données récoltées à l'aide de l'outil Google drive. Muni de l'ensemble des réponses, nous tenterons de répondre au mieux aux questions posées en introduction, c'est-à-dire : la restructuration pour la mise en place d'une prise en charge ambulatoire a-t-elle un intérêt réel pour les CETD dans le contexte actuel ? Où en est-on actuellement de l'organisation des CETD et quelles sont les perspectives pour la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques ?

Sur l'ensemble des établissements de santé ayant reçu le lien de l'enquête (73 établissements), nous avons obtenu 21 réponses soit un taux de retour de 28,8%.

### Informations générales sur les CETD

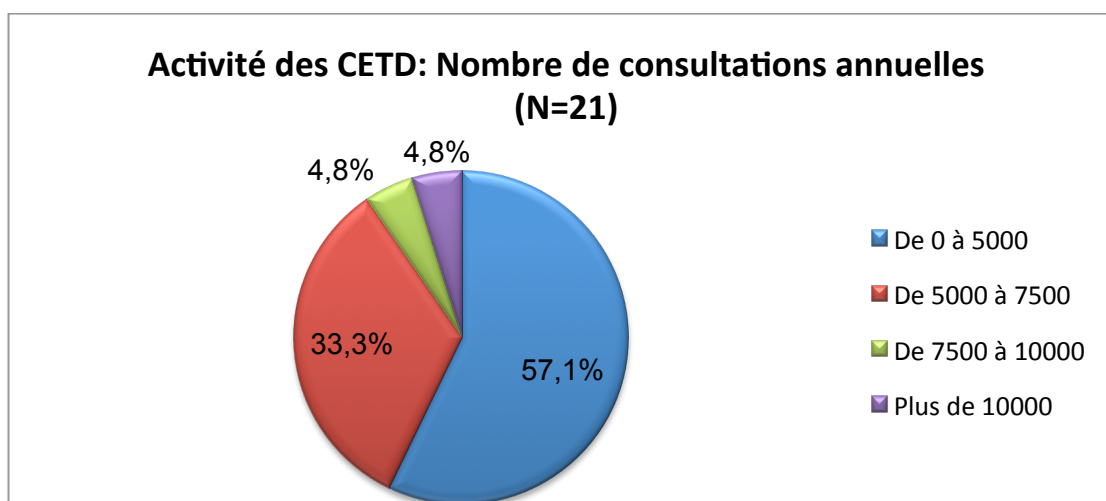


Figure 2 : Activité des CETD représentée par le nombre de consultations annuelles

Pour établir l'échelle des valeurs, nous nous sommes basés sur l'activité du CETD de Lille.

- La majorité des CETD (57,1% soit 12 établissements) réalise entre 500 et 5000 consultations par an
- 33,3% des CETD (soit 7 établissements) réalisent entre 5000 et 7500 consultations annuelles.
- Seuls 2 établissements réalisent plus de 7500 consultations par an: un de ces établissements en réalise entre 7500 et 10 000 et l'autre en réalise plus de 10 000.

Cela peut s'expliquer par l'emplacement géographique des établissements et par la taille de leurs infrastructures.

### Nombre d'hospitalisations annuelles en Hôpital de jour (HDJ) (N=21)

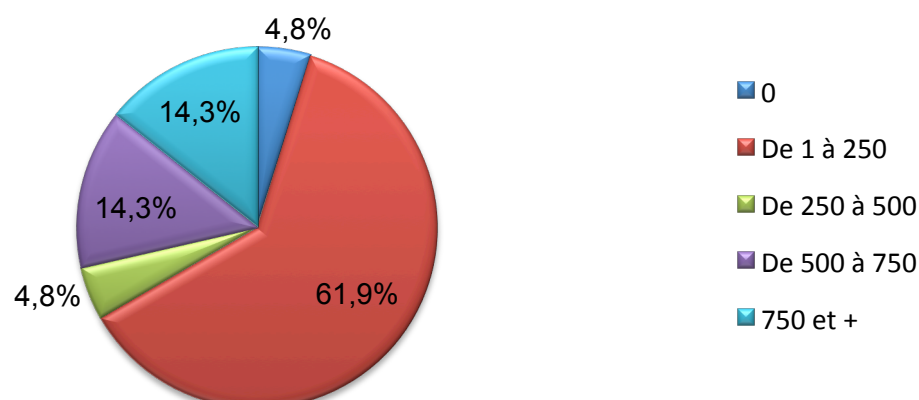


Figure 3 : Activité annuelle d'hospitalisation de jour des CETD

- La majorité des CETD (61,9% soit 13 établissements) réalise entre 1 et 250 hospitalisations de jour par an
- 14,3% des CETD, soit 3 établissements, réalisent entre 250 et 500 hospitalisations de jour par an
- 14,3% des CETD, soit 3 établissements, réalisent entre 500 et 750 hospitalisations de jour par an
- Un établissement (4,3%) en réalise plus de 750
- Un CETD (4,3%) n'en réalise aucune

Ces résultats d'activité peuvent être mis en lien avec le nombre de lits dédiés à l'hospitalisation de jour que possèdent les établissements :

- En effet, la majorité des CETD (71,4% soit 15 établissements) possèdent entre 1 et 5 lits d'HDJ
- 9,5% des établissements (soit 2 établissements) possèdent entre 6 et 10 lits d'HDJ
- 4,8% soit un établissement en possède plus de 15
- 14,3% (soit 3 établissements) n'en possèdent aucun

On remarque qu'il existe donc des établissements sans lits d'HDJ dédiés qui réalisent tout de même une activité d'HDJ, on peut donc supposer que des lits d'hospitalisations conventionnelle sont utilisés pour des séjours forains<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Un séjour forain est une séance sans nuitée réalisée dans une structure d'hospitalisation complète

### Nombre d'hospitalisations annuelles en secteur conventionnel (N=21)

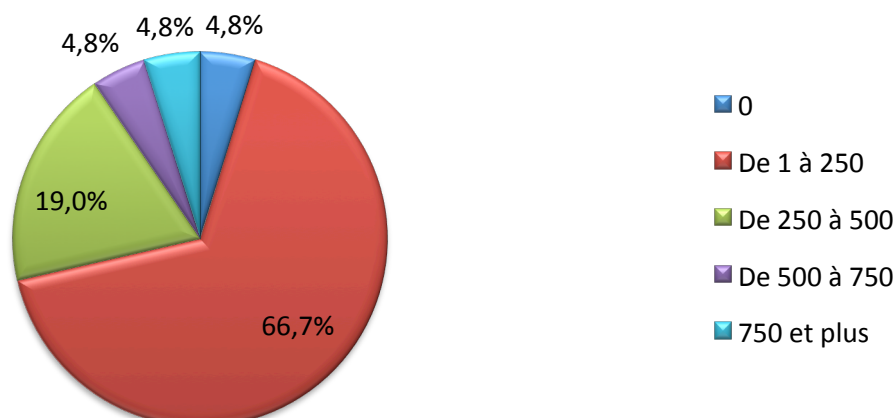


Figure 4 : Activité annuelle d'hospitalisation en secteur conventionnel des CETD

- La majorité des CETD (66,7% soit 14 établissements) réalisent entre 1 et 250 hospitalisation en secteur conventionnel par an
- 19% soit 4 établissements réalisent entre 250 et 500 hospitalisation en secteur conventionnel par an
- Deux établissements en réalisent plus de 500
- Un établissement n'en réalise aucune

Ces résultats d'activité peuvent être mis en lien avec le nombre de lits dédiés à l'hospitalisation complète que possèdent les établissements :

- En effet, 42,9% des CETD soit 9 établissements possèdent entre 1 et 5 lits dédiés à l'hospitalisation en secteur conventionnel
- 19% soit 4 CETD possèdent entre 6 et 10 lits dédiés à l'hospitalisation en secteur conventionnel
- 2 établissements soit 9,6% possèdent plus de 11 lits dédiés à l'hospitalisation en secteur conventionnel
- 28,6% soit 6 CETD ne possèdent aucun lit dédié à l'hospitalisation en secteur conventionnel

On remarque que 5 CETD n'ont pas de lits dédiés à l'hospitalisation en secteur conventionnel mais réalisent tout de même cette activité. Il s'agit en général d'urgences à traiter pour lesquelles des lits sont utilisés dans des services divers.



## Ressources des établissements

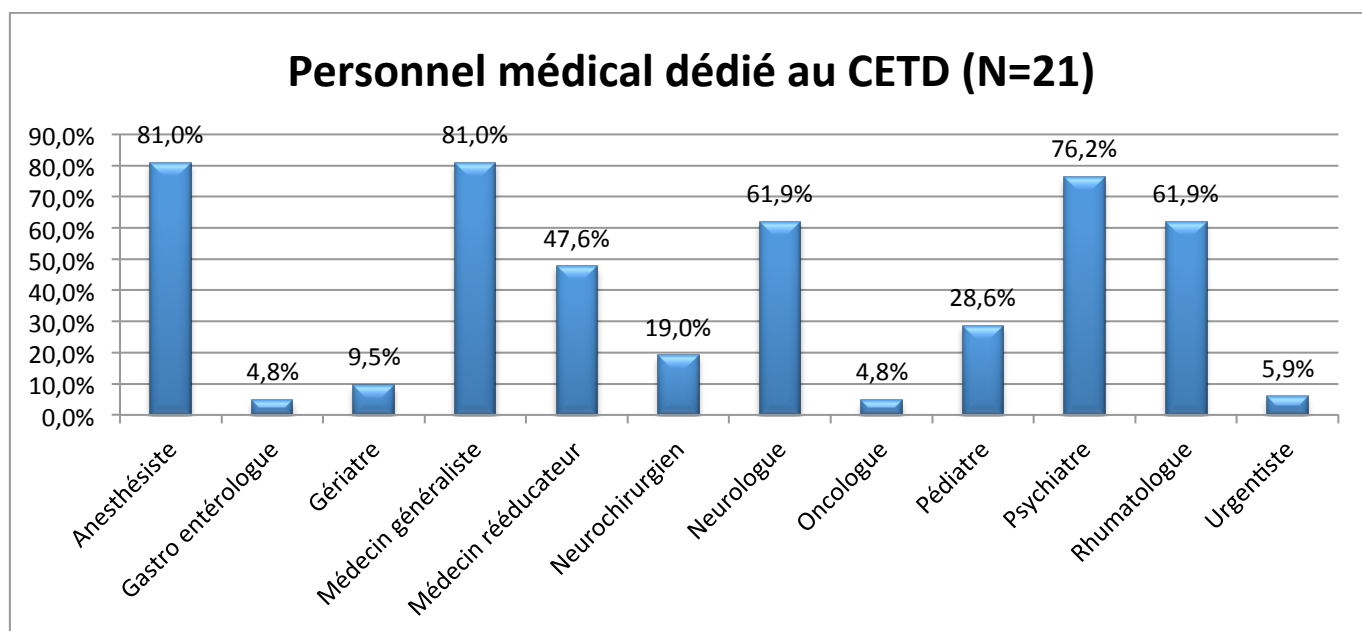


Figure 5: Représentation graphique du personnel médical dédié aux CETD

En ce qui concerne le personnel médical dédié au CETD, la majorité des CETD disposent d'un **anesthésiste** et d'un **médecin généraliste** (dans 81% des CETD soit 17 établissements). Dans 76,2% des CETD (16 établissements) on retrouve un psychiatre. 61,9 % des CETD disposent d'un neurologue et d'un rhumatologue (13 établissements). Dans 47,6 % des CETD (10 établissements) on retrouve un médecin rééducateur.

En proportion moindre, on retrouve également un pédiatre (6 CETD), un neurochirurgien (4 CETD), un gériatre (2 CETD), un oncologue (1 CETD), un gastro-entérologue (1 CETD) et enfin un urgentiste (1 CETD).

Les seules contraintes pour les CETD étant de disposer d'au moins un médecin possédant un diplôme douleur et d'avoir accès aux avis d'autres disciplines, le choix du personnel médical se fait donc en fonction des pathologies les plus souvent rencontrées. Or, la HAS a mené une enquête transversale qui indiquait que 70 % des nouveaux patients se présentant dans une structure spécialisée douleur avaient besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire. Le besoin d'une telle prise en charge dépendait du type de douleur, de la durée de la douleur, de l'âge et de la situation socioprofessionnelle du patient. Pour 45 % des patients, deux ou plus de deux médecins de disciplines différentes allaient intervenir. On voit bien ici avec les résultats de notre enquête que la pluridisciplinarité au sein des CETD est respectée.

De plus, l'enquête qualitative de la HAS a souligné l'importance de l'évaluation somato-psychique dans la prise en charge du patient douloureux chronique, mais a aussi mis en évidence les difficultés des structures à se doter en personnel dédié et notamment en temps dédié de psychiatre. Or, dans notre enquête nous pouvons constater que dans 76,2% des CETD un psychiatre est présent, ce qui est un taux relativement élevé, et surtout, comme nous le verrons dans le graphique suivant, 100% des CETD ont recours à un psychologue.

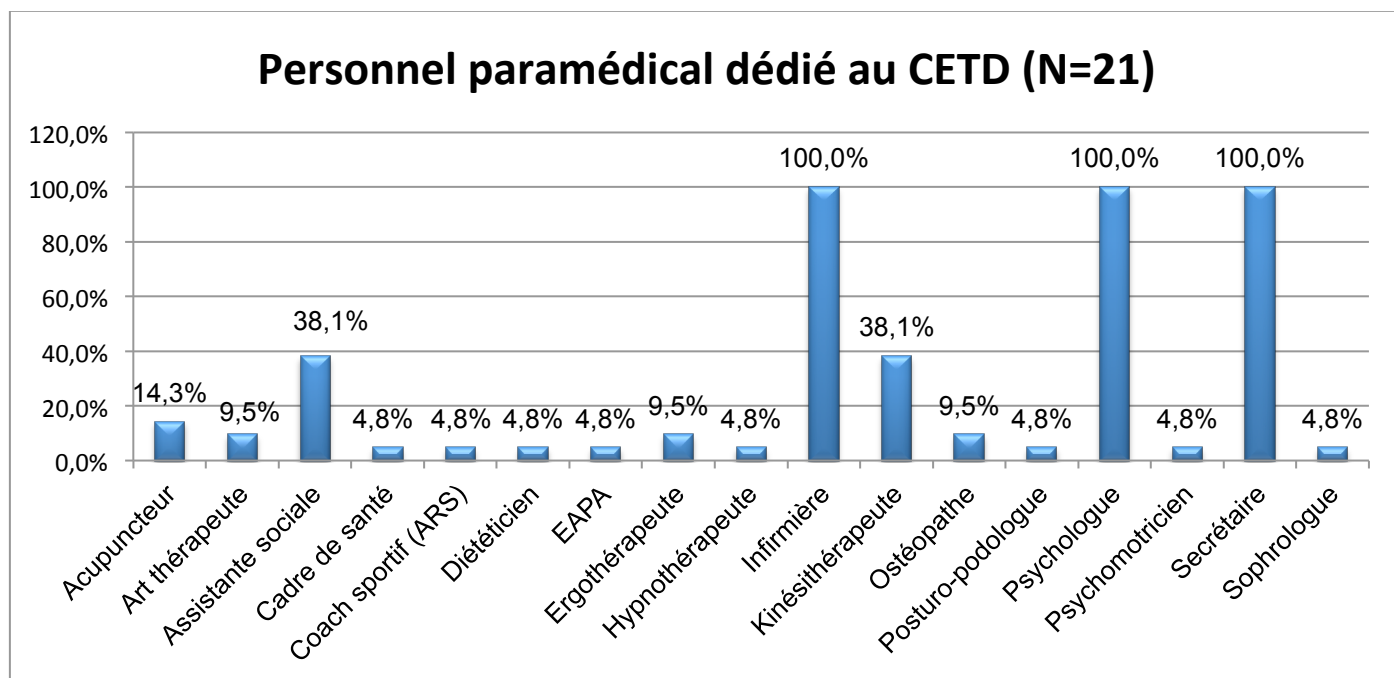


Figure 6 : Représentation graphique du personnel paramédical dédié aux CETD

En ce qui concerne le personnel paramédical, la totalité des CETD interrogés disposent d'une infirmière, d'un psychologue ainsi que d'une secrétaire.

En proportion moindre, on retrouve une assistante sociale, un kinésithérapeute (8 CETD), un ergothérapeute ainsi qu'une art-thérapeute (2 CETD), un acupuncteur (3 CETD), un ostéopathe (2 CETD), un cadre de santé, un EAPA (Enseignant de l'Activité Physique Adaptée), une diététicienne, une psychomotricienne, une hypno thérapeute, un posturo-podologue, un sophrologue ainsi qu'un coach sportif (1 CETD).

Les seules contraintes pour les CETD étant de disposer d'une prise en charge pluri-professionnelle et d'au moins 1,5 ETP PNM, le choix du personnel paramédical se fait certainement en fonction des besoins et de l'activité.

## L'arrivée de la démarche ambulatoire

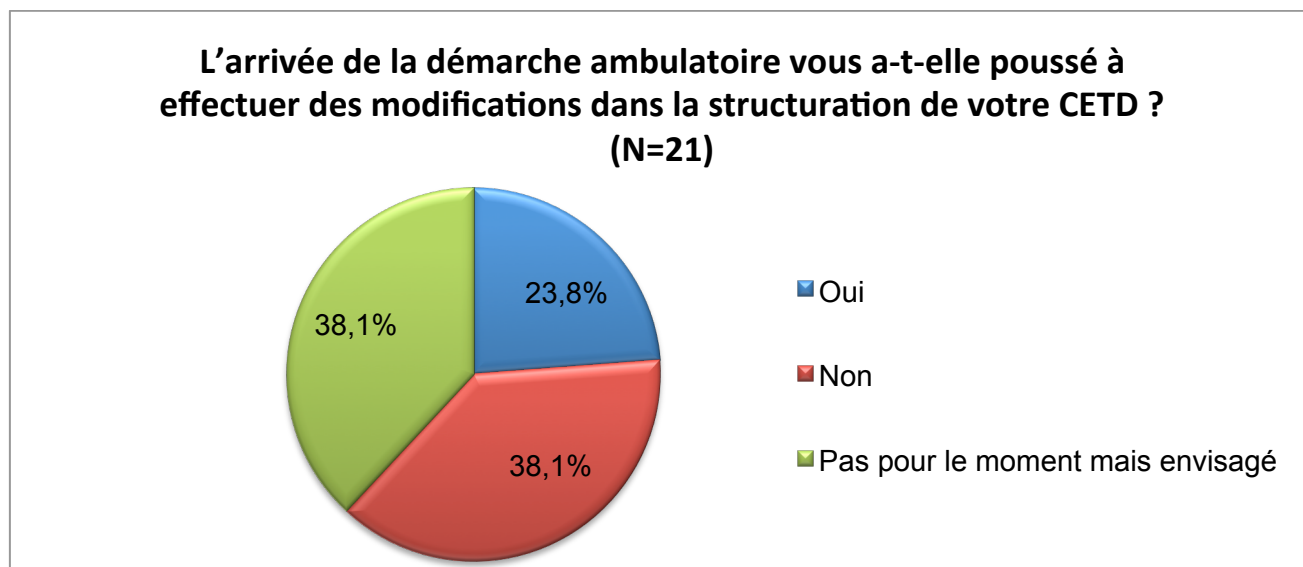


Figure 7 : L'influence de l'arrivée de la démarche ambulatoire sur la restructuration des CETD

L'arrivée de la démarche ambulatoire a poussé 23,8% soit 5 établissements à effectuer des modifications dans la structuration du CETD. Nous avons demandé à ces CETD quand avez eu lieu cette restructuration.

⇒ Pour 60% d'entre eux (3 CETD) cette restructuration a eu lieu il y a plus d'un an, pour 20% (1 CETD) elle a eu lieu il y a moins d'un an et pour le CETD restant elle a eu lieu il y a moins de 6 mois.

38,1% des CETD (8 établissements) n'ont pas encore effectué de modifications mais envisagent de le faire. Nous avons alors demandé à ces CETD si une restructuration était prévue.

⇒ Pour 37,5% de ces CETD (3 établissements) une restructuration est prévue dans l'année. Pour les 62,5% restants le répondant ne savait pas si une restructuration était prévue.

⇒ Nous avons également demandé à ces CETD n'ayant pas encore effectué de modifications, s'ils pensaient qu'une restructuration pourrait avoir un impact positif sur la prise en charge, la qualité et la sécurité des soins pour les patients. 100% des répondants sont d'accord avec cette idée (8 établissements).

38,1% des CETD (8 établissements) n'ont pas effectué de restructurations et n'envisagent pas d'en faire. Nous leur avons alors demandé pourquoi.

Les principales raisons évoquées sont les suivantes:

- Le besoin de maintenir des hospitalisations mêmes courtes pour certaines pathologies
- Une attente de sollicitation de la part des instances
- Un manque de recettes si toute l'activité passe en HDJ

### Modifications principales pour les CETD ayant effectué une restructuration

Dans notre enquête, 23,8% des CETD (5 établissements) ont répondu avoir effectué une restructuration suite à l'arrivée de la démarche ambulatoire. Nous les avons interrogés sur les modifications principales que cette restructuration a engendrées. (Plusieurs réponses étaient possibles).

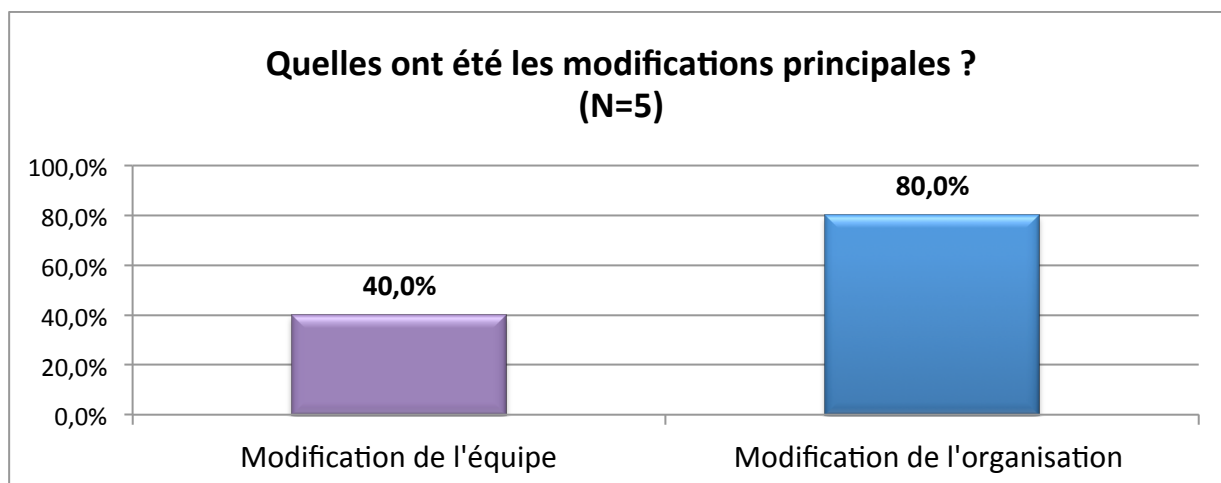


Figure 8 : Modifications principales effectuées suite à la restructuration des CETD

Pour 80% des CETD restructurés (4 établissements), une **modification de l'organisation** a été effectuée. Nous avons demandé quels étaient ces changements d'organisation : Les horaires sont à présents plus fixes et le nombre total de patients pris en charge a augmenté.

Pour 40% d'entre eux (2 CETD), une **modification de l'équipe** a été effectuée pour s'adapter aux besoins.

Nous avons également demandé à ces CETD si leurs équipes avaient suivi une **formation à la prise en charge en ambulatoire**. 40% des CETD restructurés (soit 2 établissements) ont répondu positivement.

Nous avons ensuite demandé aux CETD restructurés s'ils avaient observé une augmentation de l'activité depuis ces modifications.

### Avez-vous constatez une augmentation de l'activité du CETD depuis ? (N=5)

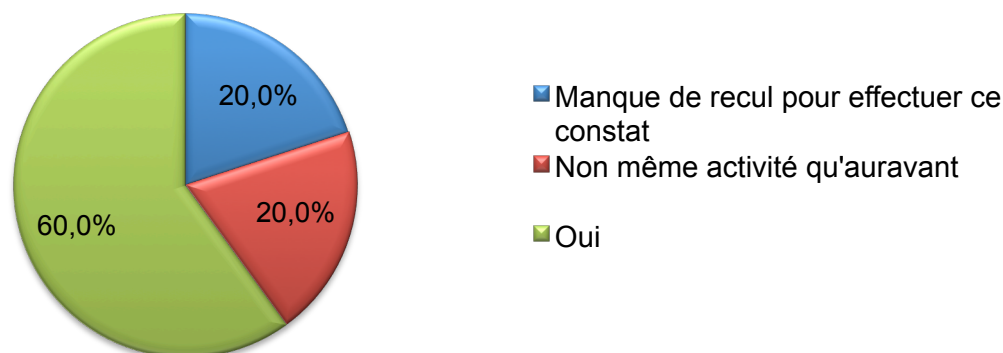


Figure 9 : Constat d'une augmentation de l'activité depuis la restructuration

Pour 60% des CETD restructurés (soit 3 établissements), une augmentation de l'activité a été constatée. Pour 20% des CETD (1 établissement), il y a un manque de recul pour effectuer ce constat et pour les 20% restants l'activité est restée la même. Nous leur avons alors demandé s'ils pensaient que la restructuration avait pu avoir un impact positif sur la prise en charge, la qualité et la sécurité des soins pour les patients.

### Pensez-vous que cette restructuration permet une meilleure prise en charge, une meilleure qualité et sécurité des soins pour les patients ? (N=5)

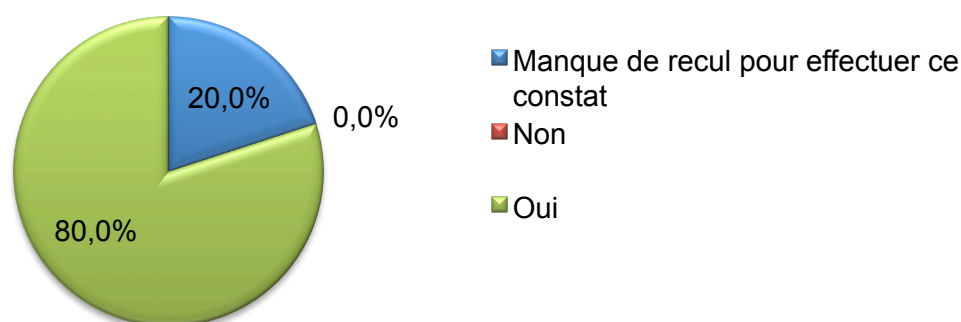


Figure 10 : Les conséquences d'une restructuration sur la prise en charge des patients des CETD

80% des CETD (4 établissements) restructurés pensent qu'en effet la restructuration permet une meilleure prise en charge, une meilleure qualité et sécurité des soins pour les patients. Les 20% restants manquent de recul pour effectuer ce constat.

Pour finir cette enquête, nous avons demandé à l'ensemble des CETD interrogés (21 établissements) les avantages et les inconvénients qu'ils pourraient rencontrer suite à l'arrivée de la démarche ambulatoire.

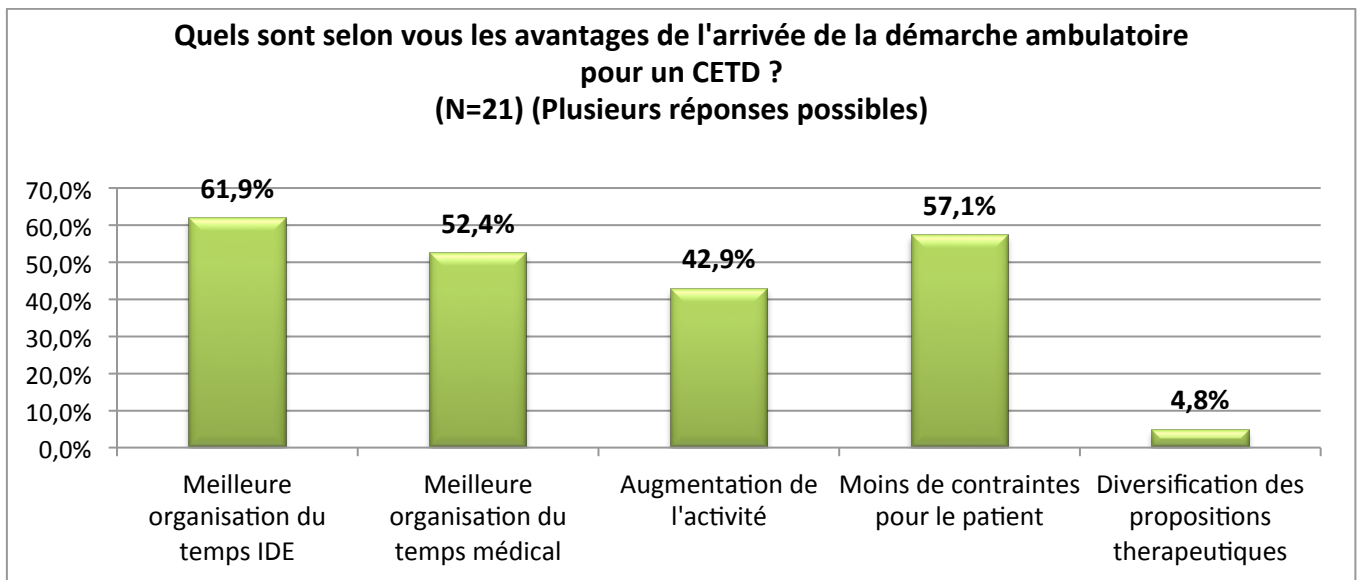


Figure 11 : Les avantages de l'arrivée de la démarche ambulatoire pour les CETD

- Pour 61,9% des CETD (13 établissements), la démarche ambulatoire permettrait une meilleure organisation du temps IDE
- Pour 57,1% des CETD (12 établissements), elle permettrait de diminuer les contraintes pour le patient
- Pour 52,4% des CETD (11 établissements), elle permettrait une meilleure organisation du temps médical
- Pour 42,9% des CETD (9 établissements), elle permettrait une augmentation de l'activité
- Enfin pour 4,8% des CETD (1 établissement), elle permettrait une diversification des propositions thérapeutiques

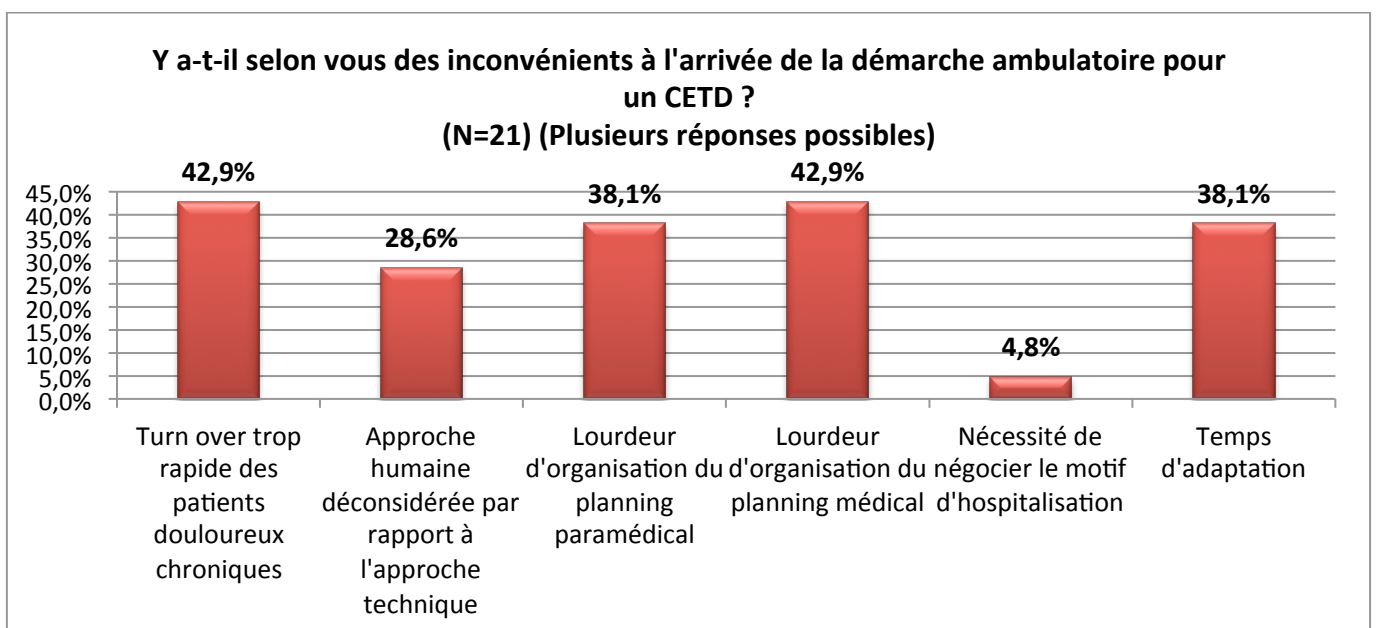


Figure 12 : Les inconvénients de l'arrivée de la démarche ambulatoire pour les CETD

- Pour 42,9% des CETD (9 établissements), la démarche ambulatoire engendrerait un turn over trop rapide des patients ainsi qu'une lourdeur du planning médical.
- Pour 38,1% des CETD (8 établissements), elle engendrerait une lourdeur d'organisation du planning paramédical et elle nécessiterait qu'un certain temps d'adaptation
- Pour 28,6% des CETD (6 établissements), elle engendrerait une approche humaine déconsidérée par rapport à l'approche technique
- Enfin pour 4,8% des CETD (1 établissement), elle nécessiterait de négocier le motif d'hospitalisation

## E. Discussion des résultats

### 1) Restructuration de l'établissement pour un passage au tout ambulatoire

Cette étude révèle que 95% des CETD ont une activité d'hospitalisations de jour ; or, seuls 23,8% ont décidé d'effectuer une restructuration pour valoriser et s'adapter à l'activité ambulatoire qui prend de plus en plus d'ampleur. Ces chiffres sont le reflet de l'incertitude qui plane sur tous les établissements de santé français aptes à pratiquer des hospitalisations en ambulatoire. Les raisons données par les CETD pour expliquer leur réticence sont l'absence de soutien ou d'incitation par les instances, la peur de perte de recettes dû à la possibilité de facturer un acte ambulatoire comme un acte de soins externes<sup>29</sup> et enfin certaines pathologies rencontrées en CETD qui nécessitent obligatoirement une hospitalisation conventionnelle (par exemple lors du traitement d'une pathologie douloureuse en crise)

Ces chiffres sont également révélateurs du contexte français. En effet, en France on accuse encore un retard dans les prises en charge en ambulatoire, notamment par rapport au Canada où dès 1988 une réforme du ministère de la Santé et des services sociaux visait une diminution des dépenses publiques en réalisant un virage ambulatoire également appelé "dés-hospitalisation", consistant à écourter et même à éviter tous les séjours en milieu hospitalier, en donnant davantage de services au plus près des milieux de vie ou du domicile. « L'idée est de faire passer l'hôpital d'un statut

---

<sup>29</sup> [9] Circulaire frontière : Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010

d'établissement autonome à celui de composante élémentaire d'un réseau de santé »<sup>30</sup>. Il en est de même par rapport aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). À l'étranger (Hollande, Belgique, Grande-Bretagne, États-Unis, etc.), 80 % à 90 % des interventions sont réalisées selon ce type d'hospitalisation, contre 45 % en France.<sup>31</sup>

Ce retard peut s'expliquer en partie par les craintes émises par la plupart des établissements de santé français dont les CETD, ce qui est regrettable puisque quand nous les interrogeons les CETD sont d'accord pour dire que la démarche ambulatoire présente de nombreux avantages.

## 2) L'ambulatoire : un avantage pour le patient ?

Nous avons demandé aux CETD quels avantages pouvait présenter l'activité ambulatoire pour le patient. Il en ressort que l'hospitalisation de jour permet une diversification des propositions thérapeutiques ou encore la possibilité d'effectuer plusieurs examens groupés sur une seule journée (bilan neurophysiologique, électromyogramme, consultation psychologique...), ce qui entraîne moins de contraintes pour le patient (retour au domicile rapide, absence professionnelle et éloignement de la famille pendant un temps très court).

Nous pouvons mettre ces résultats en lien avec les nombreuses études<sup>32</sup> qui montrent les bénéfices de l'hospitalisation ambulatoire, dont un taux de satisfaction élevé (souvent supérieur à 90%) du patient et de sa famille, la réduction des risques d'infections associées aux soins et de phlébites, car ceux-ci augmentent avec la durée d'hospitalisation. Ces études montrent également que 97,3 % des professionnels de santé l'auraient conseillé à quelqu'un, ou se feraient opérer eux-mêmes en ambulatoire.

Il aurait été intéressant de réaliser une enquête de satisfaction adressée uniquement aux patients des CETD restructurés, sur les bénéfices de l'ambulatoire.

---

<sup>30</sup> Kerleau M. Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales (États-Unis, Royaume-Uni, Québec). Revue française des affaires sociales. 2001

<sup>31</sup> [14] Anna Claire Nonotte, juillet 2016 Le "virage ambulatoire" ou l'effet masse

<sup>32</sup> [15] Rapport « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » publiée par la HAS et l'ANAP en avril 2012.



### 3) L'ambulatoire : un avantage pour les professionnels de santé ?

Avec notre enquête, nous avons pu observer que lors des restructurations, les principales modifications effectuées par les CETD étaient une modification de l'organisation avec des horaires plus fixes ainsi qu'une modification de leurs équipes, pour les adapter aux besoins.

Plusieurs avantages, pour les professionnels, sont ressortis de ces modifications telle qu'une meilleure organisation du temps IDE ainsi que du temps médical, ce qui favorise une amélioration des conditions de vie au travail.

Nous pouvons mettre ces résultats en parallèle avec une étude observationnelle<sup>33</sup> non comparative relevant la satisfaction des professionnels de santé hospitaliers. Il s'agit d'une étude française réalisée auprès de 682 professionnels de santé hospitaliers. Le taux de satisfaction retrouvé auprès des professionnels était de 92,3 %. Néanmoins, le taux de participation à cette étude n'était que de 58,2 % (60,1 % chez les médecins, 55,5 % chez les cadres de santé, 63,2 % chez les secrétaires médicales et 45,9 % chez les administratifs). Parmi les répondants, la très grande majorité des professionnels jugeaient avant tout positivement le service rendu au patient par l'ambulatoire. Selon eux, les innovations organisationnelles participaient largement à ce choix.

Il aurait été intéressant d'obtenir également des témoignages sur les bienfaits ressentis de la mise en œuvre de la démarche ambulatoire de la part de professionnels travaillant dans les CETD restructurés.

Suite à cela nous pouvons nous demander si les avantages de l'ambulatoire identifiés ici pour les professionnels le sont aussi pour l'établissement.

### 4) L'ambulatoire : un avantage pour l'établissement ?

Dans notre enquête, nous avons interrogé les CETD sur leur activité et nous pouvons constater qu'après une restructuration pour valoriser l'ambulatoire, le nombre de patients pris en charge au sein du CETD augmente. L'ambulatoire permet donc, par l'optimisation des ressources et l'augmentation de l'activité, un gain de productivité. Il

---

<sup>33</sup> [15] Rapport « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » publiée par la HAS et l'ANAP en avril 2012.

serait intéressant de pouvoir comparer les chiffres avant et après une restructuration de manière à chiffrer l'augmentation de l'activité et le revenu que cela pouvait rapporter.

Les résultats obtenus sont, en tout cas, comparables aux études menées sur la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé qui permet un gain d'efficacité dans l'organisation des services, ainsi qu'une réduction des coûts pour les établissements de santé et l'Assurance maladie<sup>34</sup>

L'intérêt économique étant l'un des principaux motifs justifiant le développement de l'hospitalisation ambulatoire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, plusieurs arguments économiques en faveur de la chirurgie ambulatoire ont été mis en avant par le CREDES (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) et l'IAAS (International Association for Ambulatory Surgery)<sup>35</sup>. Ces arguments pourraient très bien s'appliquer également à la médecine ambulatoire :

- La réduction de la durée de séjour liée à la pratique ambulatoire permettrait de réduire les coûts directs de l'hospitalisation ;
- La chirurgie ambulatoire serait moins consommatrice en temps de soins, en temps d'utilisation des structures hospitalières, en prescriptions médicamenteuses ainsi qu'en nombre de consultations ;
- La chirurgie ambulatoire optimiserait le temps d'utilisation des structures hospitalières, ce qui serait source de gains de productivité ;
- Les coûts en personnel seraient plus faibles, en raison de la fermeture des unités la nuit et d'un taux d'absentéisme moindre ;
- La chirurgie ambulatoire, mieux adaptée au confort des patients, permettrait de réaliser des économies sur les coûts indirects, notamment concernant les arrêts de travail et le bénéfice d'une meilleure productivité à la reprise du travail.

Des gains d'opportunités y seraient associés (Etant donné qu'une partie des ressources qui étaient mobilisées en hospitalisation conventionnelle est rendue disponible grâce au transfert vers l'ambulatoire, il est alors possible de réaliser d'autres actes):

---

<sup>34</sup> [16] Rapport « Chirurgie ambulatoire : état des lieux et perspectives », ANAP, 2011.

<sup>35</sup> [17] International Association for Ambulatory Surgery. Policy brief day surgery: making it happen. London: IAAS; 2007.

[18] Mahieu A, Raffy-Pihan N. La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives. Paris: CREDES; 1997.

- La chirurgie ambulatoire permettrait de consacrer les lits en hospitalisation complète aux patients ayant les pathologies les plus complexes ;
- La limitation des listes d'attente permettant d'intervenir plus rapidement et donc de limiter les pertes de chance.

L'intérêt économique serait néanmoins nuancé par plusieurs éléments :

- La prise en charge en ambulatoire peut générer des économies pour l'hôpital, mais des coûts supplémentaires en soins de ville. Le recours au médecin traitant, les actes de biologie et les services paramédicaux peuvent être plus fortement mobilisés. Il peut également y avoir plus de coûts de transport sanitaire ;
- L'intérêt économique dépend du caractère substitutif de l'hospitalisation ambulatoire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. La baisse des coûts n'est pas toujours effective, car si des lits d'hospitalisation classique ne sont pas fermés, il peut y avoir cumul des deux types de lits ;
- L'adaptation des locaux à une activité dédiée à l'ambulatoire nécessite de fortes dépenses d'investissement liées à des modifications architecturales;

Notre enquête, mise en parallèle avec les résultats d'autres études réalisées, nous permet donc de constater qu'il existe de nombreux avantages à l'ambulatoire aussi bien pour les patients, les professionnels que pour les établissements. Nous pouvons maintenant nous demander ce qu'il en est des contraintes.

### **5) L'ambulatoire : quelles contraintes pour les CETD ?**

Quand nous interrogeons les CETD sur les éventuelles contraintes qu'ils pourraient rencontrer dans le passage à l'ambulatoire, nous obtenons des réponses telles qu'un turn over trop rapide des patients douloureux chroniques ou encore la lourdeur d'organisation du planning médical et paramédical. Le passage à l'ambulatoire permettant d'augmenter le rendement de patients pouvant être pris en charge, entraîne en effet, en contre partie, l'augmentation de la charge de travail des professionnels. C'est pourquoi il est important, lors d'une restructuration, de penser à modifier les équipes afin qu'elles répondent le mieux aux besoins.

Une autre crainte des professionnels est la déconsidération de l'approche humaine au profit de l'approche technique. Or ce phénomène s'inscrit dans une tendance incontournable : la médecine personnalisée et prédictive. « Celle-ci a déjà commencé à

faire ses preuves sur les pathologies chroniques (insuffisances cardiaques, cancer, diabète...), responsables de 70% des coûts de santé et, en particulier, sur les 5% de malades les plus atteints qui absorbent à eux seuls encore 70% des dépenses ", souligne Béatrice Falise Mirat directrice des affaires publiques et réglementaires d'Orange Healthcare. L'enjeu financier de ces maladies justifie les projets de e-santé qui commencent à voir le jour, embarquant médecine hospitalière et médecine de ville. Les patients douloureux chroniques sont également concernés par ce phénomène, cette crainte des professionnels est donc rationnelle mais les rôles des médecins et des soignants restent irremplaçables, la technique ne peut se faire sans l'homme même si elle tend à le surpasser. Un temps d'adaptation sera certes nécessaire pour accepter cette réalité qui est l'avenir de la médecine.

Le temps d'adaptation est d'ailleurs le dernier inconvénient cité par les CETD dans la mise en œuvre de la démarche ambulatoire. Or, on remarque avec cette enquête que très peu d'établissements ont formé leurs professionnels à la prise en charge en ambulatoire. De plus, il n'existe pas ou très peu de partenariats en place pour la mutualisation des moyens techniques qui pourrait faciliter la mise en œuvre de cette démarche. Cependant, il existe un groupe de travail sur les restructurations des unités douleur à la coordination régionale des structures douleurs coordonné par l'ARS, ce groupe de travail pourraient développer des formations à la prise en charge ambulatoire pour les professionnels pour leur permettre de s'adapter plus facilement à ce mode de prise en charge et ce groupe de travail pourrait mettre en relations les établissements afin de mutualiser leurs moyens techniques.

Bien qu'il y ait quelques contraintes dans la mise en œuvre de la démarche ambulatoire, le bilan est plutôt positif après une restructuration, plusieurs avantages peuvent être constatés aussi bien pour les patients, les professionnels ou encore les CETD. On retrouve néanmoins encore des réticences qui entraînent un retard dans le développement du virage ambulatoire. Pour impulser la démarche ambulatoire et inciter les CETD à sauter le pas, un plan d'actions ou une feuille de route pourraient être établis. Ce plan d'actions pourrait comprendre :

- ⇒ Une clarification et une actualisation de la circulaire frontière (une généralisation des travaux partiellement engagés) pour éviter les stratégies de contournement qui sont mises en place par les établissements telles que : le maintien de patients en hospitalisation avec nuitée, la multiplication d'actes en hospitalisation partielle ou

encore la prescription de médicaments issus de la réserve hospitalière.

- ⇒ Une élaboration de référentiels de prise en charge (par les sociétés savantes, la HAS...)
- ⇒ Une diffusion de guides pratiques organisationnels et médico-économiques (en complément du Guide ANAP de 2016) [10]
- ⇒ Un engagement des travaux au niveau des établissements de santé sous l'égide des ARS, en lien avec les équipes médicales et soignantes (analyse des courts séjours/ exploitation des grilles d'analyse comparatives, travaux comparatifs, partage d'expérience, formations...)

## F. Perspectives

Le premier pas du virage ambulatoire est amorcé pour les CETD, avec les premières restructurations modifiant l'organisation ainsi que les équipes dans plusieurs établissements. Bien qu'il reste des réticences, si les quelques actions citées dans la partie « discussion » peuvent être mises en place, le développement de la médecine ambulatoire devrait s'accélérer. Poussés par les objectifs de réduction du nombre d'hospitalisations complètes, les CETD n'ayant pas encore effectué de restructurations pour mettre en valeur l'hospitalisation ambulatoire, vont être amenés à le faire. Ce changement important de prise en charge devra s'accompagner comme pour tout changement de culture et de pratique, d'une formation des professionnels de santé, afin de les préparer aux mieux à l'avenir.

En effet, il est important de visualiser les modifications du système de soins que va entraîner cette nouvelle prise en charge. L'ambulatoire va amener beaucoup de changements qui pourront bénéficier aux patients, aux professionnels et aux établissements de santé.

Premièrement, l'ambulatoire pourrait résoudre l'un des problèmes rencontrés actuellement par les CETD, qui est celui des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. En effet, la demande réelle qui devrait être adressée aux structures spécialisées n'est pas connue. L'étude de Bouhassira et al., fondée sur l'enquête française STOPNET, estime une prévalence de la douleur chronique dans la population adulte relativement importante : près d'1 Français sur 5 de plus de 18 ans présenterait une douleur chronique sévère. Cette prévalence conduit à s'interroger sur la population

potentielle qui devrait être orientée vers les structures spécialisées et la capacité de ces dernières à pouvoir répondre à une demande supérieure à celle d'aujourd'hui. En effet, un afflux supplémentaire de patients souffrant de douleur chronique et dont le recours à ces structures est justifié pourrait remettre en question la qualité du service proposé et augmenter les délais d'attente, si les capacités des structures spécialisées restent inchangées.<sup>36</sup>

C'est pourquoi, on voit dès aujourd'hui des établissements mettre en avant leurs services ambulatoires, vitrines de l'hôpital, dans les reconfigurations hospitalières. Ils sont positionnés proches de l'entrée et des parkings pour faciliter la venue des patients. À l'intérieur de ces structures, les circuits patients sont repensés façon "marche en avant" depuis l'arrivée jusqu'à la sortie. Certains scindent deux flux : un "fast track" (circuit court) où les patients ne restent que quelques heures sur des méridiennes regroupées, et le circuit des hospitalisations de journée entière.

Toujours plus finement, des gestionnaires de flux travaillent dans certains établissements à l'optimisation des durées de prise en charge en médecine ambulatoire. Les structures de médecine ambulatoire doivent synchroniser l'ensemble des acteurs (patients, professionnels de santé, brancardiers, logistiques, etc.) dans un temps restreint, tout en améliorant la qualité de la prise en charge. Cette contrainte de temps oblige à l'optimisation des flux en réduisant les temps "sans valeur ajoutée" et en optimisant le parcours patient et l'occupation des services ambulatoires. On voit apparaître de nouveaux métiers de régulation (infirmière programmatrice ou cadre de la régulation de l'activité médicale), annonçant certainement de nouvelles fiches métiers dans le répertoire des métiers hospitaliers.

Deuxièmement, dans ce contexte de recomposition du paysage sanitaire, l'ambulatoire fait émerger la notion de parcours de soins entre la ville et l'hôpital qui consiste en l'organisation, à l'échelle d'un territoire, d'un fonctionnement gradué et décloisonné des soins. Un des champs de son développement est celui de la prise en charge des maladies chroniques dont fait partie la douleur chronique.

---

<sup>36</sup> [19] HAS, avril 2009, Douleur chronique : les aspects organisationnels, Le point de vue des structures spécialisées

Dans cette prise en charge, les intervenants se multiplient tout au long de la vie. La place historiquement majeure des soins curatifs aigus se réduit au profit de professionnels libéraux des secteurs sanitaires et sociaux. L'hôpital se recentre sur un rôle de plateforme de soins techniques dans lequel le patient reste peu de temps, coordonné avec les autres acteurs du parcours de soins. Le cadre de médecine ambulatoire devient alors un expert du chemin clinique incluant la ville. Il acquiert une connaissance précise des soins de ville, de l'HAD, du service de soins infirmiers à domicile, du programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) etc. Il devient une courroie essentielle dans la coordination du parcours de soins.

Troisièmement, dans cette nouvelle organisation, les services supports tendent à être allégés. Il est même envisagé d'externaliser l'hébergement. En effet, l'article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 prévoit les conditions d'organisation d'une expérimentation nationale relative aux hôtels hospitaliers, un appel à projet a été lancé et 41 établissements ont pour l'instant été sélectionnés pour tenter l'expérience. Ce dispositif, qui existe depuis les années 1990 en France sans cadre légal précis, permet aux patients dont l'hospitalisation médicalisée n'est pas justifiée de passer une ou plusieurs nuits dans un hôtel à proximité ou dans l'enceinte de l'hôpital. Entre économies pour l'assurance maladie et amélioration de l'accès à la médecine ambulatoire, les opportunités offertes par l'hôtel hospitalier sont nombreuses. Son développement constitue une occasion pour l'hôpital de se recentrer sur son plateau technique et son activité de soins et de dissocier cette activité de l'hébergement, qui n'est pas sa mission première. Des évolutions réglementaires sont à l'étude et devraient apporter des réponses à plusieurs questions, dont celle du financement de la nuitée d'hôtel.<sup>37</sup>

Enfin, nous pouvons imaginer qu'avec les nouvelles technologies, de plus en plus performantes, le virage ambulatoire ne fera qu'accélérer et qu'à l'avenir, un CHU sera avant tout un grand plateau technique, informatisé, robotisé, qui ne comportera que peu de lits. En effet, l'activité médicale étant déjà prédictive, génomique et personnalisée, accompagnée de la télémédecine qui devrait enfin se développer et être financée, dans un monde où le patient est déjà « googlelisé », c'est vers un hôpital du

---

<sup>37</sup> [20] Gestions hospitalières, Numéro 548 - septembre 2015, organisation les hôtels hospitaliers

futur que nous nous dirigeons. L'hôpital du futur est celui de l'hôpital connecté. L'impact des innovations technologiques sur le secteur sanitaire sera en effet beaucoup plus important qu'il ne l'est déjà, puisqu'il touchera tous les aspects de notre vie : la communication, l'information, les pratiques médicales. Ces avancées tendront à faciliter le travail du personnel en établissement sanitaire mais aussi de gagner en efficacité et en rapidité dans la prise en charge du patient, tout en respectant la règle des 5 B : bon patient, bonne dose, bon médicament, bon moment et bonne voie. En outre, il s'agira de diminuer le nombre d'erreurs humaines. On peut imaginer que dans quelques années, le patient recevra dès son arrivée dans l'établissement, un bracelet connecté permettant à son médecin et aux personnels soignants de l'identifier et de le géolocaliser dans le bâtiment. Il existe d'ailleurs déjà un bracelet connecté, testé à l'hôpital Saint-Antoine à Paris pour un meilleur dépistage de la dépression.



## Conclusion

---

Dans le contexte hospitalier actuel, où l'un des enjeux principaux est l'équilibre financier qui passe par le gain de productivité et l'optimisation des ressources, l'hospitalisation conventionnelle montre ses limites. De plus, le déficit de l'Assurance maladie, le développement des maladies chroniques ainsi que le vieillissement de la population favorisent le recours à la médecine ambulatoire dans les établissements de santé. Le plan triennal 2015- 2017 vise notamment à améliorer l'indice de performance de la durée moyenne de séjour. À l'instar du champ de la chirurgie, il doit induire une baisse des capacités de médecine en hospitalisation complète, les Agences Régionales de Santé (ARS) et les établissements de santé se sont ainsi vus confier des objectifs en termes de réduction d'hospitalisation complète.

Avec mon enquête sur la restructuration des CETD, j'ai souhaité faire le point sur la mise en œuvre de cette démarche ambulatoire dans un type d'établissement en particulier. Il en ressort les mêmes problématiques que pour les établissements de santé français en général. C'est à dire que le développement de la démarche ambulatoire est freiné par la réticence du corps médical à cette nouvelle organisation millimétrée, par le besoin d'investissement pour disposer d'outils adaptés, par l'incertitude des établissements quant à la requalification des actes de jour en actes de consultation externes ainsi que par l'absence de référentiels.

L'évolution de la médecine ambulatoire est donc moins assurée que celle concernant la chirurgie, pourtant de nombreux avantages sont constatés avec cette hospitalisation de jour, aussi bien pour le patient, par la réduction des durées de séjour (Retour au domicile rapide, absence professionnelle et éloignement de la famille pendant un temps très court), par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (maîtrise du risque infectieux) que pour les professionnels, par une meilleure organisation du temps IDE ainsi que du temps médical qui favorise une amélioration des conditions de vie au travail. De plus, suite à une restructuration, une augmentation de l'activité des établissements est constatée, ce qui permet un gain de productivité grâce à l'optimisation des ressources.

Quelques actions pourraient accompagner la mise en œuvre de la démarche ambulatoire pour que celle-ci se passe au mieux dans les établissements de santé, comme la mise en place de formations au tout ambulatoire ou encore une mutualisation

plus importante des moyens techniques entre services ou établissement. De plus certains points restent à éclaircir pour convaincre les établissements de passer à une démarche ambulatoire et ainsi respecter les objectifs fixés, notamment une clarification et une actualisation de la circulaire frontière ainsi que l'élaboration de référentiels de prise en charge ambulatoire.

Enfin, de lieu de séjour, l'hôpital pourrait devenir un lieu de passage, une étape technique et spécialisée dans le parcours global de soins. Il faut donc dès à présent réfléchir à l'amont et l'aval de la prise en charge des patients. Dans le domaine de la médecine ambulatoire hospitalière, l'essor des maladies chroniques et du vieillissement de la population nécessitent des actions accrues en prévention et soins spécialisés, pour favoriser le maintien à domicile, ces actions ne pourront être réalisées que s'il existe une relation étroite entre hôpital de jour et soins de ville. Cela pourrait être la prochaine démarche à développer.

## Glossaire

---

ACE : Acte de Consultation Externe

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

CETD : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EAPA : Enseignant de l'Activité Physique Adaptée

ETP PNM : Equivalent Temps Plein Personnel Non Médical

FHF : Fédération Hospitalière de France

IAAS : International Association for Ambulatory Surgery

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

GHS : Groupe Homogène de Séjour

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisation de jour

HPDD : Hospitalisation Programmée de Durée Déterminée

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

SROS-PRS : Schéma Régional de l'Offre de Soins – Projet Régional de Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

T2A : Tarification à l'Activité

## Bibliographie

---

- [1] **ATIH**, novembre 2016, « Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire », 16 pages
- [2] **SFETD**, 2015, « La douleur chronique : une maladie, Manifeste pour améliorer l'offre de soins en France », 16 pages
- [3] Arrêté du 03 avril 2017 du ministre de la Santé diminuant les recettes de l'hospitalisation de jour
- [4] **INSEE**, 02 mars 2017, « Tableaux de l'économie française, éditions 2017, Dépenses de santé », 115 pages
- [5] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- [6] **DREES**, éditions 2014, « Panorama des établissements de santé », 174 pages
- [7] **Secteur public et santé**, septembre 2011, « Gestion et pilotage des effectifs dans les hôpitaux : quels leviers d'optimisation dans un environnement contraint ? »
- [8] Articles R.6121-4 et D.6124-301, Décret n°2012-969 du 20 août 2012 - art. 2 du Code de la Santé Publique fixant le cadre réglementaire de la démarche ambulatoire
- [9] Circulaire frontière : Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).
- [10] **IGAS**, juillet 2014, « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire », Thierry BERT inspecteur général des finances, Pierre HAUSSWALT inspecteur des finances, Morgane WEILL inspecteur des finances, Christine d'AUTUME inspectrice générale des affaires sociales, Stéphanie DUPAYS inspectrice des affaires sociales, Julie PELBRAG Stagiaire de médecine de santé publique.
- [11] Arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile
- [12] **FHF**, 03 avril 2017, Dossier de presse « Risque de disparition des hôpitaux de jour

(HDJ) : la FHF intensifie sa mobilisation et demande le retrait d'une réforme absurde dans son principe et dangereuse pour le service public hospitalier »

**[13] Ministère des Solidarités et de la Santé**, 17 février 2017, « Les structures spécialisées douleur chronique (SDC) »

**[14] Anna Claire Nonotte**, juillet 2016, Le "virage ambulatoire" ou l'effet masse

**[15] HAS et ANAP**, avril 2012, Rapport « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », 141 pages

**[16] ANAP**, 2011, Rapport « Chirurgie ambulatoire : état des lieux et perspectives », 31 pages

**[17] IAAS**, 2007, Policy brief day surgery: making it happen.

**[18] CREDES**, 1997, La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives.

**[19] HAS**, avril 2009, Douleur chronique : les aspects organisationnels, Le point de vue des structures spécialisées, 9 pages

**[20] Gestions hospitalières**, Numéro 548, septembre 2015, organisation les hôtels hospitaliers

**[21] Christian DEFACHELLE**, 1999, Ecole Nationale de la Santé publique, mémoire : « L'organisation des soins en hospitalisation de jour : quelles contraintes pour quels enjeux ? »

## Sitographie :

- <https://www.american-hospital.org/fr/nos-specialites/centres-services-specialises/hospitalisation-ambulatoire.html>
- <https://www.ars.sante.fr/accompagnement-des-projets-innovants-en-chirurgie-ambulatoire>
- <http://www.sfetd-douleur.org>
- <http://secteur-public.sia-partners.com/gestion-et-pilotage-des-effectifs-dans-les-hopitaux-quels-leviers-doptimisation-dans-un>

## Table des Figures

---

Figure 1 : Logigramme de la facturation d'un GHS en HDJ .....	17
Figure 2 : Activité des CETD représentée par le nombre de consultations annuelles.....	30
Figure 3 : Activité annuelle d'hospitalisation de jour des CETD .....	31
Figure 4 : Activité annuelle d'hospitalisation en secteur conventionnel des CETD .....	32
Figure 5: Représentation graphique du personnel médical dédié aux CETD .....	33
Figure 6 : Représentation graphique du personnel paramédical dédié aux CETD .....	34
Figure 7 : L'influence de l'arrivée de la démarche ambulatoire sur la restructuration des CETD.....	35
Figure 8 : Modifications principales effectuées suite à la restructuration des CETD .....	36
Figure 9 : Constat d'une augmentation de l'activité depuis la restructuration .....	37
Figure 10 : Les conséquences d'une restructuration sur la prise en charge des patients des CETD .....	37
Figure 11 : Les avantages de l'arrivée de la démarche ambulatoire pour les CETD.....	38
Figure 12 : Les inconvénients de l'arrivée de la démarche ambulatoire pour les CETD .....	38

## Table des Annexes

---

Annexe 1 : Cartographie du processus ambulatoire .....	I
Annexe 2: Le questionnaire d'enquête .....	II

## La restructuration des Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) à l'ère du passage à l'ambulatoire.

### Etat des lieux, analyses et perspectives.

Etant perçue comme un moyen d'améliorer l'efficacité des établissements de santé, l'**hospitalisation ambulatoire** est de plus en plus encouragée au niveau national, avec deux enjeux principaux, l'un médical, l'autre économique. Cette prise en charge génère en effet un double intérêt, à travers la diminution des durées de séjour, qui permet l'**amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** par la réduction des infections nosocomiales, une organisation optimisée de l'activité ainsi qu'une **diminution des coûts** associés à la prise en charge médicale pour les établissements et donc pour l'assurance maladie. Certains **CETD** ont déjà fait le choix de passer au tout ambulatoire tandis que d'autres conservent des **lits d'hospitalisation conventionnelle**. A l'heure où la **circulaire frontière** a énormément fait débat, j'ai souhaité faire un état des lieux de l'hospitalisation ambulatoire des CETD de France. A cette fin, une enquête prospective en ligne, a été réalisée. Elle a débuté le 16 mai 2017 et a été diffusée à l'ensemble des CETD.

Mots-clés : Hospitalisation ambulatoire, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, diminution des coûts, CETD, lits d'hospitalisation conventionnelle, circulaire frontière

---

### Pain centers in France: conventional hospitalization versus ambulatory care.

#### A prospective study

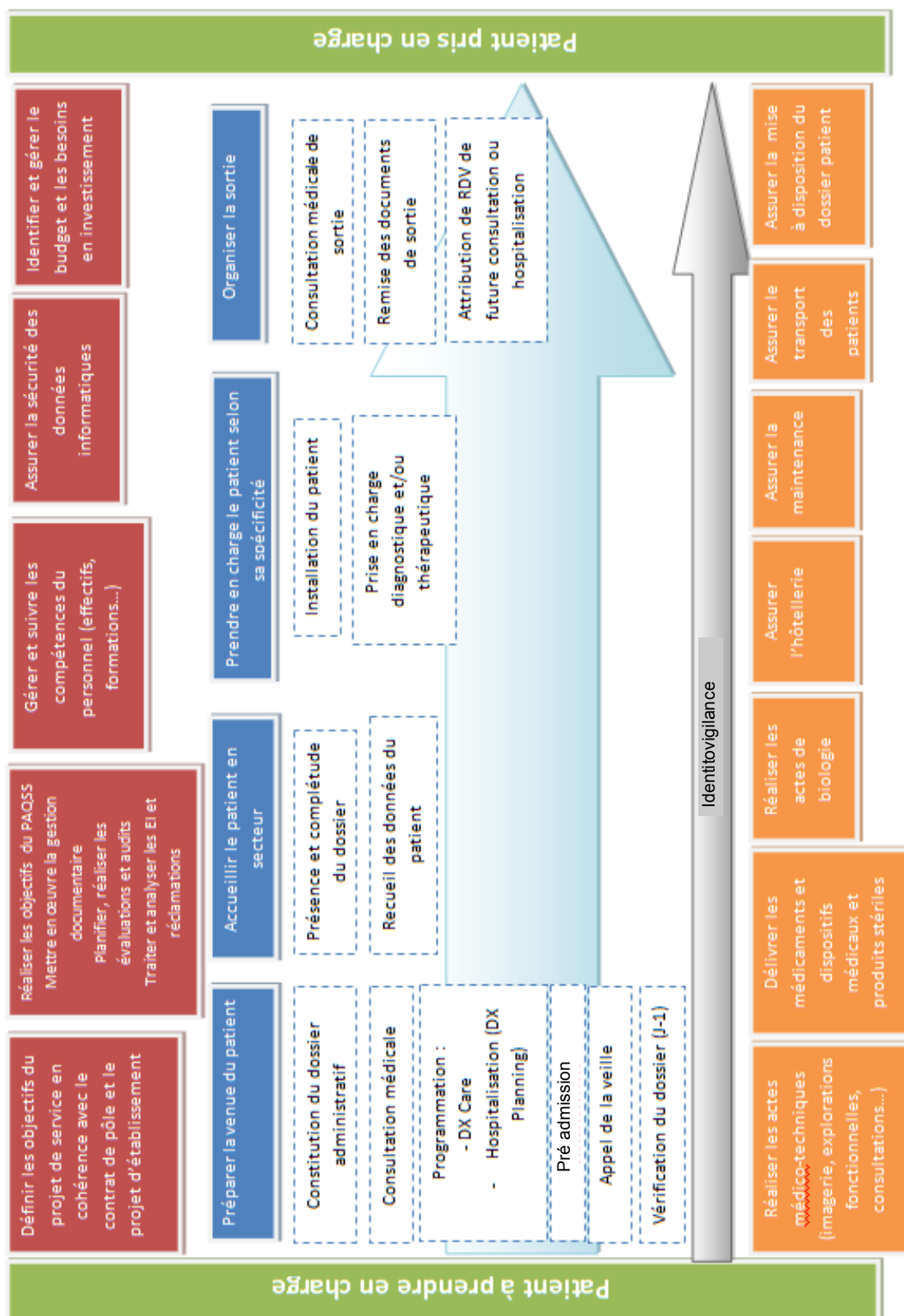
The economic and social costs of the increasing incidence of potentially avoidable hospital admissions are a growing burden to health services in all countries. That's why the **ambulatory hospitalization** is more and more developed in western countries, with two main stakes, the one medical, the other one economic. This coverage indeed generates a double interest, through the decrease of lengths of stay, which allows the improvement of the **quality and the safety of care** by the reduction of the hospital-borne infections, by an optimized organization and by a decrease of **medical costs**. Some of **pain centers** already work only with ambulatory care even for hospitalization whereas some others continue to work with **conventional hospitalization**. A recent project of a **new law** concerning the organization of ambulatory hospitalization (with possible lower incomes) has made some trouble in the hospitals. That's why I decided to perform in May 2017 a prospective study to evaluate the place of respective ambulatory versus conventional hospitalization in Pain centers in France.

Key-words: Ambulatory hospitalization; quality and safety of care; medical costs; Pain Center; conventional hospitalization, new law



# Annexes

Annexe 1 : Cartographie du processus ambulatoire



## Enquête sur la structuration des CETD

Bonjour,  
Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire qui ne vous prendra pas plus de quelques minutes. Etudiante à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé en Master 2 « Management des établissements de santé », je rédige un mémoire sur la restructuration des CETD à l'ère du passage à l'ambulatoire, sous la direction du Dr Romain Chiquet (Lille). Pour mener à bien ce projet, je réalise une enquête sur l'ensemble des CETD de France.

Virginie LUCAS

**\*Obligatoire**

### Hôpital et ville concernés \*

Votre réponse

---

### Activité du CETD: Nombre de consultations annuelles \*

Sélectionner ▼

### Nombre d'hospitalisations annuelles en HDJ (Hôpital de jour) \*

Sélectionner ▼

### Nombre d'hospitalisations annuelles en secteur conventionnel \*

Sélectionner ▼

SUIVANT

Page 1 sur 9

## Ressources du CETD

Nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle : \*

Sélectionner ▼

Nombre de lits d'HDJ: \*

Sélectionner ▼

Personnel médical \*

- Anesthésiste
- Médecin généraliste
- Médecin rééducateur
- Neurologue
- Pédiatre
- Psychiatre
- Rhumatologue
- Autre : \_\_\_\_\_

Personnel paramédical \*

- Assistante sociale
- Infirmières
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Secrétaires
- Autre : \_\_\_\_\_

RETOUR

SUIVANT

Page 2 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## L'arrivée de la démarche ambulatoire

L'arrivée de la démarche ambulatoire vous a-t-elle poussée à effectuer des modifications dans la structuration de votre CETD ? \*

- Oui
- Pas pour le moment, mais envisagé
- Non

RETOUR

SUIVANT

Page 3 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Si oui,

Quand cette restructuration a-t-elle eu lieu ? \*

Sélectionner ▼

Quelles ont été les modifications principales ?

- Modification de l'équipe
- Suppression des lits conventionnels
- Modification de l'organisation (horaires, nombre total de patients pris en charge...)
- Autre : \_\_\_\_\_

Le personnel a-t-il suivi une formation à la prise en charge en ambulatoire ?

- Oui
- Non

Avez-vous constaté une augmentation de l'activité du CETD depuis ? \*

- Oui
- Non, même activité qu'auparavant
- Non, diminution de l'activité
- Manque de recul pour effectuer ce constat

Pensez-vous que cette restructuration permet une meilleure prise en charge, une meilleure qualité et sécurité des soins pour les patients ? \*

- Oui
- Non
- Manque de recul pour faire ce constat

RETOUR

SUIVANT

Page 4 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

### Pour les CETD ayant gardé leurs lits d'hospitalisation conventionnelle

Une restructuration est-elle prévue ? \*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

RETOUR

SUIVANT

Page 5 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

### Si non,

Pourquoi ?

- Manque de moyens
- Pas d'accord de l'administration hospitalière
- Je ne sais pas
- Autre : \_\_\_\_\_

RETOUR

SUIVANT

Page 6 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Si oui,

Si oui, pour quand cette restructuration est-elle prévue ?

Sélectionner ▼

Pensez vous qu'une restructuration pourra avoir un impact positif sur la prise en charge, la qualité et la sécurité des soins pour les patients ? \*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

RETOUR

SUIVANT

Page 7 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Quels sont selon vous les avantages de l'arrivée de la démarche ambulatoire pour un CETD ?

- Meilleure organisation du temps IDE
- Meilleure organisation du temps médical
- Augmentation de l'activité
- Moins de contraintes pour le patient
- Autre : \_\_\_\_\_

Y a-t-il selon vous des inconvénients à l'arrivée de la démarche ambulatoire pour un CETD ?

- Lourdeur d'organisation du planning paramédical
- Lourdeur d'organisation du planning médical
- Temps d'adaptation
- Turn over trop rapide des patients douloureux chroniques
- Approche humaine déconsidérée par rapport à l'approche technique
- Autre : \_\_\_\_\_

RETOUR

SUIVANT

Page 8 sur 9

