

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Le plus dur reste à faire !

► Pour atteindre l'objectif fixé par la ministre de la Santé – 70 % des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire en 2022 –, il faut accompagner les établissements ayant le plus fort potentiel de développement, à savoir les CHU, et développer des centres indépendants.

► Il faut aussi en faire bénéficier les professionnels de santé, car, selon une étude médico-économique⁽¹⁾, seuls les établissements de santé gagnent à transformer une hospitalisation conventionnelle en séjour ambulatoire.

PAR CHRISTINE MAILLARD

Malgré une activité croissante de chirurgie ambulatoire depuis 2015, le secteur public reste en retard par rapport au secteur privé (qui, contraint par les fermetures de lit, l'a développée dès 1990) selon la Cour des comptes. L'écart, qui ne s'explique pas seulement par la plus grande sévérité des cas pris en charge, tend même à augmenter (17 % en 2011, 18 % en 2015), rapporte Frédéric Bizard, économiste de la santé, qui a mené une étude pour huit URPS⁽¹⁾. Le potentiel de développement est donc plus important dans le public, selon Gilles Bontemps⁽²⁾ [directeur de mission à la Cnam], qui, pour agir « sur les 3,3 millions d'interventions pour lesquelles le taux de chirurgie ambulatoire n'est que de 3 % », annonce lors des Journées nationales de l'Association française de chirurgie ambulatoire (Afca)⁽²⁾ que chaque établissement pourra comparer son

activité ambulatoire aux vingt établissements les plus performants grâce à un outil de datavisualisation, bientôt disponible.

Le passage à la chirurgie ambulatoire implique des changements organisationnels, culturels et de pratique, reconnaît Florence Lardrie (sous-directrice de l'hospitalisation, Cnamts). Même si la mise sous accord préalable (MSAP) pour 55 gestes en 2015 a encore sa raison d'être en raison de disparités entre les actes selon les établissements, il faut trouver d'autres leviers (indicateurs d'évaluation qualitative et de traçabilité, de réhospitalisations, suivi en ville, « mettre la chirurgie ambulatoire au premier rang des plans régionaux ») pour accompagner les équipes. Ce qu'approuve le Dr Guy Bazin⁽²⁾, pionnier de la chirurgie ambulatoire : « Avec la seule MSAP, on n'arrivera pas à atteindre cet objectif de 70 %, il nous manque une diversité de prises en charge. »

RESTRUCTURER L'ACTIVITÉ CHIRURGICALE

L'avenir de la chirurgie ambulatoire passe-t-il par les centres spécialisés pluridisciplinaires, voire hyperspécialisés ? La tutelle bloque leur développement, s'inquiète Guy Bazin, « On n'est pas dans un virage ambulatoire, mais dans un rond-point ! », alors que d'autres pays ont réussi « une véritable restructuration de l'activité chirurgicale » en créant des « centres de chirurgie ambulatoire indépendants » (dès 1970 aux États-Unis, qui frisent aujourd'hui 90 % de prises en charge en ambulatoire !). Gérard Champault présente le centre autonome de chirurgie ambulatoire de Nogent-le-Rotrou, né de l'initiative de praticiens libéraux



Journées nationales de l'Association française de chirurgie ambulatoire

(20 chirurgiens, 5 anesthésistes) en 2013, qui y exercent une activité chirurgicale, sans le support d'un service de chirurgie ou d'anesthésie (en cas de complications, le patient est adressé à un centre de recours, au Mans, à Chartres, à Alençon) au sein du pôle d'activités ambulatoires du centre hospitalier public (qui comprend des lits de gériatrie, oncologie, une unité de dialyse, deux Ehpad) ; satisfaisant 98 % des patients, « cette offre de soins locale dans un lieu déserté, qui n'a pourtant pas suscité l'intérêt de l'ARS, pourrait servir de modèle ». J.-L. Durousset⁽²⁾ (Villeneuve-lès-Avignon), lui aussi, déplore, outre le fait d'avoir eu à convaincre le Conseil de l'Ordre et à former les chirurgiens à l'ambulatoire, que l'ARS n'ait jamais visité son « petit » établissement transformé en centre ambulatoire. Jean-Félix Verrier⁽²⁾ [groupe Capiro], pour qui les centres indépendants sont un enjeu de proximité des soins et de lutte contre la désertification, attribue le succès des consultations de la clinique de Domont, qu'un chirurgien orthopédique a fait évoluer vers un établissement 100 % ambulatoire, à « la taille limitée de l'établissement (pas plus de 5 ou 6 blocs), à sa spécialisation (consultations d'orthopédie, ophtalmologie, endoscopie digestive), à la présence d'une coordinatrice de parcours, de soignants bivalents, et d'une école de patients » avec un suivi après le retour à domicile (appels postopératoires, applis smartphone, plus utiles qu'une connexion internet).

EN CHIFFRES

2015

ANNÉE DU VIRAGE AMBULATOIRE

52 %

TAUX DE PRODUCTION PAR LES ÉTABLISSEMENTS (SEJOURS EN AMBULATOIRE/ SEJOURS EN CHIRURGIE CONVENTIONNELLE)

56,2 %

TAUX DE RECOURS OU DE CONSOMMATION PAR LA POPULATION, EN ÎLE-DE-FRANCE

En effet, le succès passe aussi par l'évaluation des patients, leur sélection appropriée, leur éducation, rappelle le Pr Beverly Philip⁽²⁾, anesthesiste, présidente de l'*International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS).

À QUI PROFITE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

Pour atteindre les objectifs fixés, « *le chemin qui reste à parcourir ne peut pas être parcouru de la même manière que celui déjà parcouru* », explique Frédéric Bizard⁽¹⁾. Il faudra réaliser en ambulatoire des actes plus « lourds », les plus légers ayant atteint leur niveau maximal (sauf la mastectomie).

Les résultats de son étude (encadré 1), qui compare pour la première fois l'hospitalisation conventionnelle et la chirurgie ambulatoire pour quatorze actes chirurgicaux représentatifs du développement ambulatoire, permettent de conclure à une qualité comparable de la prise en charge (pas de différence significative dans le nombre de réhospitalisations pour 13 des 14 actes) et à l'absence de déport des dépenses vers la ville (mais « *peut-être en serait-il différemment avec des gestes chirurgicaux plus lourds* »). Chaque séjour engendre une économie de 500 euros pour chacun de ces actes ; la réduction moyenne des coûts de production est de 23 % par rapport à une hospitalisation classique, expliquée par la suppression des équipes de nuit, le gain de productivité grâce aux taux de rotation des patients...

Les transporteurs sont perdants, avec une baisse des coûts de transport, expliquée par l'obligation de présence d'un accompagnant pour être éligible à la chirurgie ambulatoire. Les assurances complémentaires sont gagnantes, n'ayant plus de frais d'hôtellerie à couvrir ! En revanche, le séjour ambulatoire ne fait pas réaliser d'économies en matière de coûts d'hospitalisation à l'Assurance maladie (en raison du tarif unique pour les séjours ambulatoires et ceux d'hospitalisation conventionnelle de niveau I), à ceci près que les tarifs des groupements

1. ÉTUDE DE L'IMPACT ÉCONOMIQUE DU PARCOURS DU PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

À la demande des URPS Hauts-de-France, Occitanie, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Île-de-France, Grand Est, Paca, Auvergne-Rhône-Alpes, une étude rétrospective, entre 2013 et 2015, sur 14 actes* a comparé les coûts de séjour, soins de ville (consultations, kinésithérapie), indemnités journalières, transports, taux de réadmission sur une période de quatre-vingt-dix jours avant l'intervention à quatre-vingt-dix jours après, entre prises en charge ambulatoires (et sans hospitalisation à domicile) ou conventionnelles avec hospitalisation, en considérant la population la plus éligible à l'ambulatoire, soit avec un niveau de sévérité 1.

* Pose d'une endoprothèse urétérale, ostéotomie du métatarsien de la phalange proximale du rayon du pied, résection endoscopique de tumeurs de la vessie (de 1 à 3 ; et 4 et plus), cholécystectomie, exérèse de branches de la saphène, stripping de la veine saphène, acromioplastie de l'épaule, mastectomie partielle (et avec curage lymphonodal), création d'une fistule artérioveineuse, opération rétinovitréenne, dissection de la membrane épitrépinienne. www.fredericbizard.com

2. RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT

Un sondage de l'Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire à l'Afca montre que 70 % des médecins traitants ne sont jamais intégrés au choix de la prise en charge en ambulatoire, mais 65 % pensent que la validation de l'indication par le médecin traitant n'est pas nécessaire. 50 % s'estiment peu informés sur l'intervention et ses potentielles complications. Le délai de réception du compte-rendu est de sept jours dans 75 % des cas.

homogènes de séjour (GHS) étant réajustés à la baisse lorsque le coût de production baisse, elle peut espérer faire des économies à long terme. En outre, l'acte chirurgical est dédramatisé, le retour au travail des patients plus précoce, donc les indemnités journalières diminuent. Pour accélérer le développement de l'ambulatoire, il faudrait que les professionnels de santé y trouvent un intérêt financier, d'autant que cette chirurgie leur demande beaucoup d'efforts : « *c'est le chirurgien, l'anesthésiste, et le médecin généraliste (encadré 2) qui font entrer le patient en chirurgie ambulatoire, explique un urologue, ce qui nécessite de lui donner plus d'explications, et de courir pour tout faire pendant ce séjour très court. Le professionnel est à la disposition du patient.* » Certes, « *la volonté des chirurgiens est acquise, assure un chirurgien viscéral, leurs emplois du temps ayant été améliorés, les visites la veille de l'intervention ayant disparu* », mais d'autres soignants « *détestent l'am-*



WWW.CHIRURGIE-AMBULATOIRE.ORG

EN FRANCE, SEULS QUELQUES CENTRES SONT INDÉPENDANTS

1. Le volet IDF de l'étude médico-économique sur la chirurgie ambulatoire a été présentée à l'URPS médecins libéraux Île-de-France le 13 janvier 2018.
2. 10 et 11 janvier, Paris.

bulatoire, car ils n'ont plus de rapport humain avec les patients » et luttent pour conserver les équipes de nuit, nuance un chirurgien orthopédiste. Enfin, il faut veiller aux inégalités d'accès à cette chirurgie, liées à la variabilité des ressources des patients (réticence de certains aidants) ou à leur isolement.

Il faudrait aussi mieux mettre en avant les bénéfices en termes de qualité de vie du patient et de qualité des soins (tous les actes ont été repensés pour avoir le moins de complications possible), même si, parallèlement, les durées de séjour en hospitalisation complète ont été raccourcies et les pratiques améliorées.

L'objectif fixé ne sera pas atteint « *sans plan d'accompagnement ni réflexion sur les structures (le plateau technique), le cahier des charges, l'organisation interne (les anesthésistes réduisent leur temps de surveillance postopératoire, les créneaux horaires des interventions sont modifiés pour ne pas laisser les patients sortir à minuit) et le modèle économique* », affirme Frédéric Bizard, qui préconise une gouvernance plus flexible que celle des ARS. ◆