



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

**Le développement de la chirurgie ambulatoire et ses
conséquences sur la qualité de la prise en charge**

– groupe n° 6 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 9 élèves en formation initiale

Animateur :
DIDIER CASTIEL

SOMMAIRE

1	La chirurgie ambulatoire en France : une double asymétrie	4
1.1	Une pluralité de définitions	4
1.2	L'asymétrie entre la France et les pays anglo-saxons.....	5
1.3	Les disparités nationales	6
1.4	Un encadrement juridique précis	7
1.5	Les conditions d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire.....	8
1.5.1	Les actes pratiqués	8
1.5.2	Les critères de sélection du patient.....	9
2	Une meilleure qualité de la prise en charge ?	9
2.1	Qualité de la prise en charge : critères de définition et d'évaluation	9
2.1.1	Une qualité centrée sur un concept d'organisation.....	9
2.1.2	Une qualité qui repose sur la mise en place de procédures d'évaluation spécifiques	10
2.2	Qualité et circuit du patient.....	11
2.2.1	La qualité de la prise en charge pré-, per- et post-opératoire.....	11
2.2.2	La satisfaction du patient : l'Arlésienne ?	13
2.3	Qualité et organisation hospitalière	14
2.3.1	Une organisation et une coordination spécifiques	14
2.3.2	Une réorganisation interne des services.....	15
3	Quel avenir pour la chirurgie ambulatoire ?.....	16
3.1	Un fort potentiel de développement.....	16
3.1.1	Avantages en terme de satisfaction	16
3.1.2	Avantages de type médical	17
3.1.3	Avantages de type économique	17
3.1.4	Avantages de type structurel.....	18

3.2	Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire.....	18
3.2.1	Les freins liés à la politique des tutelles	18
3.2.2	Les freins liés aux bouleversements organisationnels et culturels.....	19
3.2.3	Les freins liés à la demande de soins	19
3.3	Les éléments favorables au développement	20
3.3.1	L'établissement de critères objectifs de comparaison.....	20
3.3.2	La création d'une typologie d'établissement.....	21
3.3.3	Une politique volontariste	21
3.3.4	La nécessité de faire primer le critère de l'activité chirurgicale	22
3.3.5	L'homogénéisation de la rémunération des actes	23
3.3.6	Le développement de la formation initiale et continue de l'ensemble des personnels hospitaliers.....	23

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISÉES

ACA : Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire
AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d' Evaluation en Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASA : American Society of Anesthesiologists
CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CHU : Centre Hospitalo- Universitaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CREDES : Centre de Recherche d' Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CRO : Compte Rendu Opérateur
DGF : Dotation Globale de Fonctionnement
DHOS : Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
FAS : Forfait d'Accueil et de Suivi
FSE : Forfait de sécurité et d'environnement
FSO : Forfait ou Frais de salle d'Opération
GHM : Groupe Homogène de Malades
IAAS : International Association for Ambulatory Surgery
ISA : Indice Synthétique d'Activité
OCDE : Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
ORL : Oto - Rhino- Laryngologie
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
SAMU : Service d'Aide Médicalisée d'Urgence
SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

MÉTHODOLOGIE

Pendant la première semaine du module, nous avons mené une réflexion collective sur la chirurgie ambulatoire. Dans un premier temps, nous avons réuni de la documentation sur le sujet. A la suite de cette recherche bibliographique à l'E.N.S.P. et au C.R.E.D.E.S., nous avons reformulé le sujet, et en accord avec l'intervenant, M. Castiel, ébauché une problématique. Dans le souci de nous appuyer sur l'expérience des professionnels, nous avons élaboré une liste de personnes à interviewer et préparé en conséquent des grilles d'entretien pour chaque interlocuteur (cf. Annexe n°1). Au vu de la problématique choisie et des contraintes imposées pour la réalisation de ce travail, nous avons décidé de ne pas réaliser de questionnaire à destination des patients.

Pendant la seconde semaine, des entretiens ont été réalisés auprès de différents acteurs du secteur pour recueillir leur position, leur expérience et leur réflexion sur le développement de la chirurgie ambulatoire et ses conséquences sur la qualité de la prise en charge. Ainsi, nous avons visité trois établissements publics, dont deux disposent d'une Unité de chirurgie ambulatoire (U.C.A.) et deux cliniques polyvalentes ayant des U.C.A (cf. Annexe n°2). Nous avons rencontré 17 personnes :

- Une cadre infirmier de la polyclinique Saint-Laurent (Rennes) ;
- Un directeur adjoint et une cadre infirmier de la polyclinique Sévigné (Rennes) ;
- Un chirurgien et une cadre infirmier du service O.R.L. du C.H.R.U. de Pontchaillou (Rennes);
- Une cadre infirmier du service ophtalmologie du C.H.R.U. de Pontchaillou ;
- Un chef de projet à la D.H.O.S. au Ministère de la Santé ;
- Un conseiller technique à la C.N.A.M. ;
- Une cadre infirmier de l'U.C.A., le coordonnateur de l'unité et un infirmier anesthésiste du C.H.U. de Bicêtre ;
- Un anesthésiste et une cadre infirmier de l'U.C.A. du centre hospitalier de Perpignan ;
- Un directeur adjoint du C.H. de Perpignan.

Nous avons obtenu des entretiens téléphoniques avec un médecin inspecteur à l'I.G.A.S. et le secrétaire général de l'A.R.H. Bourgogne. Le Docteur J.P. SALES, président de l'A.F.C.A. et le Docteur J. LANGLOYS, coordonnateur de l'U.C.A. du Kremlin-Bicêtre, sont intervenus à notre demande à l'E.N.S.P. Enfin, nous avons confronté les éléments tirés de notre recherche documentaire avec les résultats des entretiens afin d'élaborer un plan. La troisième semaine, nous avons entrepris la rédaction du rapport et commencé la préparation de la restitution orale.

INTRODUCTION

« L'activité ambulatoire se définit comme l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigations programmés et réalisés dans des conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon des modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même. »¹

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel, architectural, et thérapeutique, centrée sur le patient. Sa mise en œuvre résulte d'un double processus. D'abord, elle suppose une sélection rigoureuse des actes réalisables et des patients. Ensuite, la pratique de la chirurgie ambulatoire implique l'existence d'un cadre structurel propre, articulé autour des notions de qualité et de sécurité. Depuis le début des années 1990, le concept, l'organisation et le cadre réglementaire ont fondamentalement évolué. Ce « virage ambulatoire » répond notamment à la volonté de raccourcir les durées d'hospitalisation dans un souci de bien-être des patients. Il s'inscrit dans un contexte de réduction des dépenses de santé dans les établissements de soins. La transformation des hospitalisations conventionnelles en prises en charge ambulatoires a des conséquences structurelles majeures sur l'organisation hospitalière. Le circuit du patient s'en trouve totalement modifié, en amont comme en aval de l'acte chirurgical. La réduction du temps de présence du patient dans la structure rend la relation avec le corps médical et les soignants plus ciblée.

Le développement de la chirurgie ambulatoire en tant qu'alternative à l'hospitalisation fait aujourd'hui partie des priorités de santé publique, conformément à la circulaire D.G.S. du 16 décembre 1997 relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale. Cependant, plus de dix années après la parution d'une réglementation reconnaissant et encadrant la chirurgie ambulatoire, on ne peut que constater une double asymétrie. Aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et au Canada, cette activité représente 50 à 65 % de l'activité chirurgicale, alors qu'en France, elle ne correspond encore qu'à 30 à 35 % de l'activité. En France, le décalage est également flagrant, entre les structures publiques et privées au profit de ces dernières.

Quelles peuvent être les raisons de cette double asymétrie ? Dans la mesure où le développement de la chirurgie ambulatoire influe fortement sur la qualité de la prise en charge globale du patient, il convient de s'interroger sur les avantages comparés de la chirurgie ambulatoire et sur son potentiel de développement.

En première partie, un état des lieux de la chirurgie ambulatoire sera dressé. Une seconde partie envisagera les conséquences de son développement sur la qualité de la

¹ Définition retenue suite à la conférence de consensus de la Mutualité Française et la Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, cf. infra page 4.

prise en charge et l'organisation hospitalière. Enfin, la troisième partie posera la question du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire en France.

1 LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE : UNE DOUBLE ASYMETRIE

1.1 Une pluralité de définitions

Les définitions de la chirurgie ambulatoire sont nombreuses et varient selon les pratiques et les pays. Celle élaborée, en mars 1993, lors d'une conférence de consensus réalisée sous l'égide de la Mutualité Française et la Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée nous a paru la plus largement reconnue en France. Elle définit la chirurgie ambulatoire comme :

« Un ensemble d'actes chirurgicaux ou d'investigations programmé et réalisé dans des conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et selon des modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même ».

En 1995, les membres de l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire (I.A.A.S.) insistaient sur la spécificité du concept et précisaient :

« ...La chirurgie ambulatoire concerne les interventions chirurgicales ou diagnostiques lourdes couramment pratiquées avec une hospitalisation traditionnelle qui pourraient, dans la plupart des cas, être accomplies en toute sécurité sans une seule nuit d'hospitalisation. Entre autres choses, ces procédures exigent la même qualité d'équipement que si elles étaient faites sur des patients hospitalisés, elles exigent une rigoureuse sélection pré-opératoire des patients et un suivi post-opératoire de plusieurs heures. La chirurgie ambulatoire est par ailleurs bien adaptée aux interventions qu'il est souhaitable de ne pas pratiquer dans les cabinets médicaux ».

Ces deux définitions explicitent clairement la chirurgie ambulatoire et les modalités de sa réalisation. Elle se définit selon les critères suivants :

- Séjour d'une durée inférieure à 12 heures ;
- Sans nuitée ;
- Chirurgie qualifiée et substitutive ;
- Chirurgie avec anesthésie ;
- Chirurgie programmée ;
- Sans complications prévisibles.

De fait, la chirurgie ambulatoire est donc à considérer comme un concept à part entière qui aborde de nombreux aspects organisationnels, architecturaux, médicaux et

économiques. Ce concept est centré totalement sur le patient. La prise en charge d'un acte de chirurgie dans un temps très court suppose que toutes les situations, administratives et/ou médicales, soient anticipées et fassent l'objet de procédures formalisées clairement établies. Elle impose donc un cadre structurel articulé autour des notions de qualité et de sécurité.

La chirurgie ambulatoire constitue une véritable alternative à l'hospitalisation. Favorisée au niveau national, notamment dans un objectif de rationalisation des dépenses de santé, elle doit permettre une réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète et favoriser le développement de la qualité des prestations hospitalières.

A ce titre, elle peut rentrer dans le champ plus étendu de l'hospitalisation de jour, qui englobe tous les modes de prises en charge qu'ils soient médicaux, chirurgicaux et psychiatriques. Cependant, à ce jour, la chirurgie ambulatoire bénéficie d'un encadrement juridique plus strict.

1.2 L'asymétrie entre la France et les pays anglo-saxons

Il est d'usage de dire que la chirurgie ambulatoire a été inventée par l'écossais Nicoll en 1908². Si on ne connaît pas précisément l'organisation de son service, on sait que celle-ci était basée sur un triptyque toujours d'actualité : le patient, la qualité de la prestation et les conséquences collectives.

Les pays précurseurs en chirurgie ambulatoire sont notamment les États-Unis et la Grande-Bretagne. A ce jour, leur activité dans ce domaine est évaluée, selon les études, entre 50 et 60 %³ de l'ensemble des activités chirurgicales. Il est toutefois permis de penser que le développement rapide de ce mode de prise en charge a été fortement influencé aux États-Unis par le contexte économique et le système de protection sociale qui laissent aux patients la charge financière de l'hébergement. Par ailleurs, en Grande-Bretagne comme au Canada, le développement de la chirurgie ambulatoire a été motivé par la volonté de désengorger les listes d'attente pour les interventions chirurgicales.

En France, son développement s'est amorcé à partir de 1990. Cependant, elle représente toujours une pratique inégalement utilisée dont la part moyenne est évaluée, selon la même enquête, entre 25 et 30 %. Toutefois, les comparaisons globales sont difficiles, les chiffres et les modalités de calcul variant selon les définitions retenues et selon les études. Aux États-Unis, la prise en charge ambulatoire peut comprendre une nuit d'hospitalisation. D'où l'intérêt de réaliser une enquête internationale basée sur 17 actes traceurs permettant les comparaisons (cf. Annexe n°3). Ainsi, en 1997, lors de la première

² Publication d'une étude portant sur 8000 enfants opérés dans le British Medical Journal en 1908.

³ Statistiques tirées de l'enquête de l'OCDE

enquête internationale réalisée au sein des pays de l'O.C.D.E., la France apparaissait en 10^e position (30%) sur 13 pays, derrière la Belgique (44 %), l'Australie (58%), les Pays-Bas (67 %), la Nouvelle-Zélande (70 %) et le Canada (75 %).

1.3 Les disparités nationales

Le développement de la chirurgie ambulatoire en France s'est accéléré après 1992, suite à la nouvelle législation. Mais il présente encore de nombreuses disparités ; le taux de chirurgie ambulatoire est variable selon le secteur d'hospitalisation, la région, le bassin de population et les actes réalisés.

En mars 1998, on recensait 7572 places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Il faut savoir qu'en 1995, il en existait seulement 6440. Le taux d'équipement en 1998 était de 13 places pour 100 000 habitants, contre 10 en 1995. En ce qui concerne le nombre d'actes réalisés (dans le cadre des interventions traceuses), soit environ 2,7 millions, on constate une progression de la chirurgie ambulatoire (+ 28 % entre 1997 et 1999) plus forte qu'en chirurgie traditionnelle (+ 7,8 % entre 1997 et 1999).

On constate que ces places sont essentiellement installées dans le secteur privé. En effet en 1994, 87 % des places installées se trouvaient dans ce secteur pour seulement 13 % dans le public. En 1998, cet écart s'est réduit mais il reste toujours important : 18% pour le public, 6% pour le secteur privé PSPH et 76% pour le secteur privé à but lucratif.

Ceci s'explique par plusieurs raisons :

- L'activité chirurgicale globale révèle déjà une inégalité public/privé du même type ;
- Le secteur privé est culturellement plus réactif ;
- L'incitation économique a été plus forte grâce au paiement à l'acte ;
- La faible rémunération en points ISA des actes pratiqués en chirurgie ambulatoire dans le secteur public a été désincitative pour les établissements sous dotation globale ;
- Le secteur libéral a concrétisé son activité réelle lors de la procédure déclarative de 1993, alors que le public l'a souvent négligée.

Il faut noter également une disparité dans la distribution géographique des installations. En effet, les régions du sud de la France et d'Ile-de-France apparaissent nettement favorisées ainsi que les zones urbaines. Une des explications de cette disparité réside dans les caractéristiques de la carte sanitaire française qui fige le nombre des lits par région et par établissement. Les disparités entre zones urbaines et rurales s'expliquent aussi par la petite taille des bassins de population ainsi que par la possibilité d'un accès à une structure hospitalière située à moins d'une heure du domicile du patient.

Enfin, le taux de chirurgie ambulatoire est très variable selon la nature des actes réalisés. Ainsi par exemple, la pose de drains transtympaniques représente à ce jour 90 % contre 3 % pour la cure de hernie inguinale chez l'adulte.

1.4 Un encadrement juridique précis

Avant 1990, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière évoque les alternatives à l'hospitalisation. Néanmoins, les décrets d'application n'y font pas référence. De ce fait, sur le terrain seules quelques initiatives se développent, essentiellement dans le privé, à titre expérimental et dans des unités autonomes de chirurgie ambulatoire ayant passées convention avec l'assurance maladie.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pose les bases de la reconnaissance des alternatives à l'hospitalisation classique, ceci dans une perspective de maîtrise des dépenses de santé et sous l'effet des évolutions des techniques médicales et chirurgicales.

Le décret N° 92.1101 introduit la définition de la chirurgie ambulatoire. Il innove dans l'évaluation des capacités, désormais exprimées en places. Celles-ci traduisent une activité maximale à ne pas dépasser.

Le décret N° 92.1100 fixe les modalités de la réduction des moyens d'hospitalisation induites par la création ou l'extension d'une structure de soins alternative à l'hospitalisation (taux de change).

Le décret N° 92.1102 détermine précisément les conditions techniques de fonctionnement.

◆ *Organisation des locaux*

Il détermine la configuration architecturale et fonctionnelle de la structure devant garantir les conditions d'hygiène et d'asepsie. Les structures doivent être aisément identifiables par les patients et assurer le respect de leur intimité et de leur dignité.

◆ *Ressources humaines*

Il est requis en permanence la présence d'un médecin qualifié, d'un infirmier pour au plus cinq patients présents et d'un médecin anesthésiste réanimateur pendant la durée d'utilisation du bloc opératoire.

◆ *Fonctionnement*

Le décret prévoit les modalités de la prise en charge du patient, de son accueil jusqu'à sa sortie, tout ceci devant être précisé dans un règlement intérieur. Un dispositif d'orientation médicalisé du patient doit être disponible au delà de son séjour dans la structure.

De très nombreux textes sont venus compléter le dispositif (cf. annexe n°4).

1.5 Les conditions d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire

1.5.1 Les actes pratiqués

La détermination des interventions pratiquées en ambulatoire doit tenir compte d'un certain nombre de contre-indications. La prise en charge en ambulatoire est en effet choisie pour des interventions diagnostiques ou thérapeutiques ne présentant pas de risque post-opératoire prévisible. Cinq critères sont généralement utilisés pour décider ou non d'une intervention en ambulatoire :

- Le risque allergique doit être limité ;
- Le risque hémorragique doit être minime ;
- La durée d'intervention doit être courte (soit moins de 90 minutes) ;
- Le risque thromboembolique doit être faible ;
- Les paramètres physiologiques vitaux (respiratoire, cardio-vasculaire, neurologique,...) ne doivent pas être modifiés.

Contrairement à certains pays, il n'existe pas en France de liste limitative des interventions effectuées en mode opératoire. L'élaboration d'une telle liste pourrait avoir pour conséquences une moins bonne prise en compte des critères de sélection sociaux et la limitation de l'innovation thérapeutique. Comme le précise le Docteur J.P. Sales, les seules listes qui puissent exister devraient être élaborées en interne par les praticiens de chaque établissement, en fonction des critères d'organisation et des compétences médicales locales.

Par contre, la notion d'une liste limitée mais significative d'actes couramment pratiqués en chirurgie ambulatoire, témoin d'une organisation adéquate, devrait permettre :

- Un suivi statistique du niveau de qualification et de substitution atteint et une comparaison entre établissements au niveau local, régional, national et international ;
- Une définition d'une politique incitative avec mesure et évaluation de ses effets permettant un ajustement dans le temps aux besoins du système de soins.

De nombreuses disciplines chirurgicales peuvent être pratiquées en ambulatoire. A titre d'exemple, nous avons recensé les interventions les plus fréquemment réalisées (cf. Annexe n°5).

1.5.2 Les critères de sélection du patient

Il n'existe pas d'âge limite réglementaire pour la pratique d'une intervention chirurgicale en ambulatoire. La prise en charge en chirurgie ambulatoire nécessite de considérer des critères à la fois médicaux et psychosociaux.

◆ Les critères médicaux

Conformément à la classification de l'American Society of Anesthesiologists (A.S.A.), on distingue, en fonction du risque anesthésique, 5 groupes de patients (ASA 1 à 5). La chirurgie ambulatoire concerne essentiellement les groupes ASA 1, 2 et 3 stabilisés :

- ASA 1 : patients n'ayant d'autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical ;
- ASA 2 : patients souffrant d'une perturbation modérée d'une grande fonction vitale ;
- ASA 3 : patients souffrant d'une perturbation grave d'une grande fonction vitale (stabilisée).

◆ Les critères psychosociaux

L'indication opératoire étant posée, les critères psychosociaux vont avoir une influence dans la détermination des modalités de l'intervention. L'appréciation du contexte environnemental et psychosocial doit permettre de s'assurer de la sécurité et du confort du patient à son domicile. Plusieurs critères sont retenus :

- Être accompagné à la sortie par une personne responsable qui restera la nuit avec la personne ;
- Ne pas conduire dans les 24 heures suivantes ;
- Posséder un téléphone à domicile ;
- Se situer à moins d'une heure d'un centre de soins (qui n'est pas nécessairement celui où a été réalisée l'intervention).

Une sélection bien menée permet par conséquent de réduire considérablement les risques de complications.

2 UNE MEILLEURE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ?

2.1 Qualité de la prise en charge : critères de définition et d'évaluation

2.1.1 Une qualité centrée sur un concept d'organisation

En matière de qualité, la distinction entre chirurgies traditionnelle et ambulatoire ne repose pas tant sur celle des soins (en principe équivalente, puisque l'acte pratiqué reste identique), que sur celle de la prise en charge, bien spécifique à la chirurgie ambulatoire. En

effet, qualité de la prise en charge et chirurgie ambulatoire sont liées, ce qui se traduit par un concept d'organisation et non par une technique spécifique. Ce concept suppose :

- Une chirurgie programmée ;
- Des techniques d'anesthésie réanimation, permettant le réveil et le recouvrement de l'autonomie dans les horaires imparties ;
- Des procédures d'organisation reposant sur la gestion concertée des flux pré-, per- et post-opératoires ;
- Des procédures qualité qui mettent en œuvre des techniques d'évaluation et de gestion des risques adaptées ;
- La sélection des patients sur critères multiples (médicaux, psychosociaux) ;
- Une information adaptée des patients.

2.1.2 Une qualité qui repose sur la mise en place de procédures d'évaluation spécifiques

Pour mesurer la qualité de la prise en charge, la chirurgie ambulatoire a développé des règles et des procédures d'évaluation qui lui sont propres, conformément aux exigences posées par l'A.N.A.E.S. en matière de démarche qualité (manuel d'accréditation de l'A.N.A.E.S. – février 1999 - « *le développement et l'utilisation d'indicateurs sont préconisés, de façon à faciliter l'appréciation de l'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé* ») et d'accréditation (les établissements doivent engager des programmes de gestion de la qualité et de prévention des risques).

Dans ce cadre, l'A.F.C.A. a par exemple mis à disposition des indicateurs spécifiques (huit indicateurs assortis de leur code de défaillance – cf. Annexe n°6) pour permettre une évaluation médicalisée des résultats et une amélioration continue de la qualité (par des actions correctrices). Mais la démarche française s'est d'abord appuyée sur les travaux réalisés par l'Association Australienne de Chirurgie Ambulatoire qui a établi et expérimenté des indicateurs médicaux applicables spécifiquement aux U.C.A. Quatre indicateurs ont été pris en compte :

- *L'annulation d'une intervention programmée* qui reflète la compréhension du système par le patient et la qualité de la sélection des patients ;
- *Le taux de reprise* au bloc opératoire qui reflète le nombre de complications chirurgicales et la qualité de l'acte réalisé par le chirurgien ;
- *La sortie retardée d'un patient* qui reflète la qualité de l'anesthésie, mais aussi la qualité de la sélection du patient et l'organisation et le management de la structure ;
- *Le taux d'hospitalisations imprévues* qui reflète une pratique ambulatoire non maîtrisée et la sélection inappropriée du patient.

Selon M. J.F. Schuhl⁴, l'évaluation en chirurgie ambulatoire repose sur l'appréciation de :

- L'efficacité de cette pratique moderne, avec pour objectif l'amélioration de l'organisation dans l'intérêt des patients (via la sécurité, le service rendu au patient et le délai) ;
- L'efficience de ce nouveau mode de prise en charge, qui peut participer à la dynamique d'une politique de santé raisonnée, raisonnable, cohérente et responsable dans l'intérêt de la société.

En définitive, il convient de rappeler le contexte dans lequel les structures de chirurgie ambulatoire sont créées. Ces créations font l'objet d'un encadrement réglementaire strict et contraignant, elles sont soumises à autorisation. Ainsi, en devant justifier leur création, elles doivent répondre à des exigences de sécurité, d'organisation qui ne s'imposent pas aux services de chirurgie traditionnelle.

Les conséquences du développement de la chirurgie ambulatoire sur la qualité de la prise en charge peuvent être appréhendées à deux niveaux, celui des patients et celui de l'organisation hospitalière.

2.2 Qualité et circuit du patient

La qualité de la prise en charge au niveau des patients se décline à partir des modalités de prise en charge pré-, per- et post-opératoire d'un côté et de la satisfaction des patients de l'autre.

2.2.1 La qualité de la prise en charge pré-, per- et post-opératoire

En ce qui concerne la prise en charge pré-opératoire, le patient bénéficie de deux consultations, la consultation par le chirurgien qui décide de l'acte opératoire et propose les modalités d'hospitalisation et la consultation anesthésique, au cours de laquelle le praticien confirme ou infirme la possibilité de pratiquer l'acte en ambulatoire. Chirurgien et anesthésiste programment ensuite ensemble l'intervention, ce qui fait la spécificité de la prise en charge ambulatoire, puisque la concertation y est formalisée.

Dans la phase per-opératoire, l'hospitalisation du patient n'est plus « une succession d'attentes », comme en chirurgie traditionnelle, *dixit* le Docteur J. Langlois, coordonnateur de l'U.C.A. du CHU de Bicêtre (cf. Annexe n°7). Le circuit est simplifié, raccourci et articulé autour du patient (cf. Annexe n°8).

⁴ J.F. Schuhl, La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie, Ed. Sauranps médical, 2000, 330pages.
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

Les modalités de suivi post-opératoire des patients en chirurgie ambulatoire illustrent également l'importance des exigences auxquelles doit répondre la chirurgie ambulatoire. La responsabilisation des acteurs y est en effet plus marquée. Ainsi, la plupart des structures procèdent au rappel des malades à la suite d'une intervention (à J+1 le plus souvent). A l'hôpital de Perpignan, cette procédure est complétée par le renvoi d'un questionnaire à J+5. Les coordonnées de la structure et des chirurgiens sont systématiquement remis aux patients. De manière générale, les personnels soignants et médicaux, sachant la sortie du patient pour le soir même, prennent davantage de précautions et procèdent à des vérifications supplémentaires.

Le suivi repose également sur la réalisation du compte rendu (opératoire et anesthésique) remis le plus souvent au patient à sa sortie (par exemple, le « C.R.O. en temps réel » de Bicêtre). Des conventions peuvent être conclues avec des établissements de santé de proximité pour permettre la prise en charge des patients résidant loin des unités, en cas de besoin. L'implication des médecins traitants dans la phase post-opératoire du circuit du patient reste à ce jour variable. On peut néanmoins citer l'exemple du centre hospitalier de Perpignan, qui appelle le médecin traitant le jour même de l'intervention et envoie par télécopie tous les comptes-rendus au S.A.M.U., ce qui démontre l'importance et le souci de garantir une bonne coordination des professionnels autour du patient, qu'il se trouve en milieu hospitalier ou ambulatoire.

Les difficultés de la coopération entre l'hôpital et la médecine de ville peuvent être attribuées à un défaut de formation et/ou d'information des médecins, qui sont en revanche appelés à jouer un rôle croissant dans la sélection des patients (dont ils connaissent l'environnement et la capacité à être pris en charge en ambulatoire). Mais cet échec s'explique également par la préférence marquée par les chirurgiens de revoir leur patient en visite post-opératoire plutôt que d'établir un partenariat avec les médecins traitants ou de s'intégrer dans un réseau de santé.

A cet égard et ce quelle que soit la chirurgie pratiquée, la visite post-opératoire n'est pas obligatoire. D'ailleurs, elle ne peut donner lieu à remboursement par l'assurance maladie qu'au-delà de 21 jours après l'intervention. Les nécessités spécifiques du suivi post-opératoire en chirurgie ambulatoire justifient-elles alors l'adaptation de ce délai et un recours plus souple à la possibilité de programmer une visite post-opératoire par les praticiens ? Ou convient-il de privilégier le partenariat ville/hôpital pour assurer la continuité de la prise en charge et le suivi des patients ?

En définitive, il faut noter que la prise en charge en chirurgie ambulatoire engendre un transfert de charges puisque la surveillance post-opératoire, hors complication, est assurée par l'entourage du patient. On peut à ce titre s'interroger sur la nature et l'importance des coûts indirects liés au patient ou à son entourage (arrêts maladie possiblement moins nombreux, nuits d'hôtel, transports additionnels, etc...) et qui n'ont pas fait l'objet à ce jour d'une mesure précise. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'enquête menée par l'assurance maladie, qui cherche notamment à évaluer le coût global de la prise en charge ambulatoire et dont les résultats sont attendus au début de l'année 2003.

2.2.2 La satisfaction du patient : l'Arlésienne ?

La chirurgie ambulatoire, en centrant la prise en charge sur le patient, a pour objectif de répondre du mieux possible aux besoins de la population. La satisfaction des patients est donc un élément important à prendre en compte dans l'évaluation de la qualité de la prise en charge ambulatoire. Mais, bien que la satisfaction soit souvent évoquée dans la littérature traitant de la chirurgie ambulatoire, il n'existe pas à ce jour de référentiels permettant la mesure de cette satisfaction. En effet, cette mesure est complexe puisque la satisfaction des patients dépend de leur culture, de la variabilité de leurs attentes, de leur origine et de leurs habitudes. C'est donc un élément subjectif. De plus, comme le note l'A.N.A.E.S., « demander à un patient s'il est satisfait sous-entend aussi qu'il possède tous les éléments de comparaison, tous les choix possibles ainsi que leurs standards ». Enfin, les enquêtes comparatives du centre hospitalier de Perpignan à J+1 et à J+5 ont montré que la satisfaction décroissait avec le temps (elle est plus importante juste après l'intervention, effet du soulagement).

Cependant, la mesure de la satisfaction reste un indicateur de qualité important puisque une satisfaction réduite est liée à une faible qualité de la prise en charge (*a contrario*, une grande satisfaction ne préjuge en revanche pas de la bonne qualité de la prise en charge). Un projet de recommandations visant à faciliter l'élaboration de questionnaire de satisfaction est actuellement en cours au sein de l'I.A.A.S.⁵. Enfin, les professionnels interrogés ont noté que le patient est en principe toujours content de regagner son domicile le soir venu. Sa satisfaction résultant d'une prise en charge ambulatoire, serait donc *a priori* supérieure.

⁵ Lemos Paulo, Marques Domingos, *Patient satisfaction*, I.A.A.S., 2002
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

2.3 Qualité et organisation hospitalière

2.3.1 Une organisation et une coordination spécifiques

La qualité repose également sur un concept organisationnel. Les exigences d'organisation et de sécurité sont imposées à la chirurgie ambulatoire, elles lui sont consubstantielles et se surajoutent à toutes les contraintes traditionnelles de la chirurgie, ce qui fait de la chirurgie ambulatoire avant tout une chirurgie organisée. Selon le Docteur J. Langloys, une organisation réussie repose sur une triple unité :

- *Une unité de lieu* : tout est au même étage, dans un même plot ou dans un centre séparé (satellite), *i.e.* administration, secrétariat, consultations d'anesthésie, centre de prélèvement, salle de repos, salle de surveillance post-interventionnelle et bloc opératoire ;
- *Une unité de temps* : le patient arrive une heure avant l'intervention et sort deux heures après (en moyenne) ;
- *Une unité d'action* : autour du patient, interviennent agent administratif, gestionnaire, secrétaire, chirurgien, anesthésiste, infirmier, aide-soignant et l'accompagnant.

La mise en œuvre de cette organisation nécessite une parfaite coordination entre les acteurs et autour du patient. En effet, le développement de la chirurgie ambulatoire, en centrant la prise en charge autour du patient, change radicalement l'organisation du système de santé et les comportements des professionnels de santé. Ces derniers doivent s'adapter aux exigences de la prise en charge ambulatoire - respect des horaires, compte-rendu opératoire immédiat, visite de sortie - alors que la chirurgie traditionnelle est plutôt axée sur le service, le chirurgien et l'équipe médicale.

Alors que la chirurgie ambulatoire implique les mêmes acteurs, les opérateurs sont animés d'une volonté différente : assurer la sortie du patient en fin de journée, ce qui n'est pas un objectif, mais un résultat, l'objectif étant d'élaborer une démarche centrée sur le patient, dans une logique de résultat et d'efficacité, supportée par la collaboration de tous les acteurs qui doivent s'associer. Pour reprendre les propos de M. C. de Lathouwer, premier Président de l'I.A.A.S., « *l'organisation est au centre de la chirurgie ambulatoire et le patient est au centre de l'organisation* ».

Parmi les standards d'organisation définis par l'A.F.C.A. et pour illustrer la collaboration des différents acteurs, le dossier médical partagé constitue le véritable fil rouge de la prise en charge ambulatoire. A chaque étape, il génère et utilise de l'information. Sa double fonction est l'enregistrement et la communication de l'information relative au patient. Sa finalité est la continuité – décret de 1992 - de la prise en charge qui repose sur l'articulation harmonieuse et efficace des différents intervenants (pluridisciplinarité) et la

permanence des soins (en dehors des heures d'ouverture). La mise en place de ce type d'outils organisationnels, appliqués aux autres unités de soins, démontre dans quelle mesure les exigences d'organisation propres à la chirurgie ambulatoire peuvent constituer des leviers d'amélioration de la qualité et d'innovation pour l'ensemble des services de l'établissement.

2.3.2 Une réorganisation interne des services

La création d'une U.C.A. repose sur une réorganisation des services de chirurgie, notamment en application du taux de change qui suppose en principe⁶ des fermetures de lits et une réorganisation de l'activité du bloc opératoire. Le bloc opératoire se trouve soulagé en totalité (bloc séparé) ou en partie (salles dédiées, dans le temps ou dans l'espace) des actes de courte durée. Cette mutation dans l'activité du bloc, recentrée sur des interventions plus longues, réduit la fréquence des activités de nettoyage et de brancardage. Dans les services, seuls subsistent les cas les plus lourds et/ou les patients ayant une contre-indication psychosociale à la prise en charge en ambulatoire. La charge en soins pour les personnels soignants s'en trouve augmentée, d'autant que cette réorganisation impose un redéploiement des effectifs vers l'unité de chirurgie ambulatoire.

Au-delà de la réorganisation des services de chirurgie, la mise en place d'une unité de chirurgie ambulatoire nécessite une organisation particulière. Les structures doivent être facilement identifiables par le patient, avec une ou plusieurs unités de soins individualisées dotées de moyens propres, locaux etc... Les U.C.A. sont organisées selon trois modèles :

- *Les centres indépendants* – les premiers créés, en particulier aux Etats-Unis et en Australie. En France, ils concernent des chirurgies très spécialisées (chirurgie de la main, ophtalmologie et endoscopies), seuls une trentaine de ces centres persistent. Selon l'I.A.A.S., ils ne permettent pas une prise en charge satisfaisante : « *il est essentiel que les U.C.A. soit intégrées dans des lits d'hospitalisation aiguë, publics ou privés* » notamment pour avoir la possibilité de recourir à un plateau technique en cas de complication. La création de centres indépendants n'est plus autorisée en France depuis 1992 ;
- *Les centres satellites* sont situés dans une enceinte hospitalière avec un bloc opératoire indépendant ;
- *Les centres intégrés* se trouvent dans une structure hospitalière, avec un bloc commun.

⁶ Par dérogation, au centre hospitalier de Perpignan, la création de l'U.C.A. s'est faite sans aucune fermeture de lits.

Conformément à la loi, le bloc opératoire et la salle de soins post-interventionnelle peuvent être commun avec l'hospitalisation complète car il s'agit de plateaux techniques hautement sophistiqués dont la dévolution exclusive à une activité ambulatoire peut s'avérer trop coûteuse. Mais, il faut garder présent à l'esprit que dans le cas de secteurs opératoires partagés, l'activité ambulatoire doit être en quelque sorte prioritaire sur le programme opératoire de l'hospitalisation complète (rigueur des horaires, nécessité de réveil précoce, etc...) afin d'assurer la sortie du patient le jour même.

3 QUEL AVENIR POUR LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

Globalement la chirurgie ambulatoire offre de multiples avantages par rapport aux mêmes actes pratiqués en hospitalisation complète et présente par conséquent un fort potentiel de développement. Il faut néanmoins constater l'existence de freins de toutes sortes qui ralentissent ce développement. Au final, l'expansion de cette modalité de chirurgie est conditionnée par un certain nombre de facteurs.

3.1 Un fort potentiel de développement

Par rapport à la chirurgie traditionnelle, la chirurgie ambulatoire offre quatre types d'avantages majeurs.

3.1.1 Avantages en terme de satisfaction

D'après ce que nous avons pu voir dans les différentes unités ambulatoires visitées et d'après les études qui ont pu être menées, les U.C.A. sont souvent très bien ressenties, aussi bien par les patients (voir partie 2) que par le personnel hospitalier⁷.

En supprimant les services de nuit et les permanences du week-end, la chirurgie ambulatoire améliore la qualité de vie du personnel soignant de ces structures. Ainsi, M.B.Francesci, représentant du personnel au C.H.U. de Bicêtre, se félicitait des conditions de travail des équipes soignantes à l'U.C.A. Elles connaissent les dates de leur congé très longtemps à l'avance, disposent de locaux neufs et travaillent dans une très bonne ambiance (à titre d'exemple la mise en place des 35 heures a été relativement facile : la structure ferme 15 jours supplémentaires et toute l'équipe prend ses repos compensateurs en même temps).

⁷ Le D.I.M. de Bicêtre a mené une enquête sur la perception de l'UCA par le personnel dont les résultats sont particulièrement éloquentes : 89 % estime que la structure d'organisation de l'UCA est un bon mode d'organisation, 93% estiment avoir gagné du temps, 95% s'y feraient opérer en cas de besoin, etc ...

3.1.2 Avantages de type médical

- ◆ Un risque d'infection nosocomiale réduit

Une enquête réalisée en 1997 par le comité national de lutte contre les infections nosocomiales montrait que le risque de prévalence de ce type de maladie était de 1% dans les U.C.A. et aux alentours de 10% dans les hôpitaux.

- ◆ Un mieux-être psychologique

La pratique ambulatoire permet de personnaliser la prise en charge du patient. Elle a pour effet de réduire le stress psychologique associé à l'hospitalisation et de dédramatiser l'acte opératoire. Elle a aussi l'avantage de responsabiliser le patient à travers le respect des consignes pré- et post-opératoires.

3.1.3 Avantages de type économique

Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, intuitivement, la chirurgie ambulatoire peut être perçue comme un élément de contribution à la diminution des dépenses (réduction de la durée de séjour, absence de dépenses d'hébergement, utilisation moindre des ressources, meilleure gestion du bloc opératoire, diminution de la durée des arrêts de travail, externalisation des coûts). C'était une des hypothèses de travail initiale du groupe.

Le Docteur J.P. Sales, nous expliquait qu' « *aujourd'hui, après tous les efforts qui ont été menés dans l'ensemble des activités hospitalières (développement des hôpitaux de jour et de semaine et de l'hospitalisation à domicile), la chirurgie reste un des derniers gisements de productivité possible, d'où l'intérêt qu'elle suscite et la parution des nombreux actes réglementaires la régissant* ».

Néanmoins, pour l'organisme payeur, l'économie ne sera effective que si les dépenses externalisées hors coûts d'hébergement (surveillance et soins post-opératoires dispensés en ville) donnent lieu à une facture d'un montant inférieur à celle qui aurait résulté du prix de séjour dans l'établissement.

A titre d'exemple, au C.H.U. de Bicêtre, une opération classique de hernie est facturée 2058 euros et « vaut » 2458 points ISA, contre 700 euros et 582 points ISA en ambulatoire (voir le détail du calcul en annexe n°9). On peut raisonnablement penser que l'externalisation des coûts n'engendre pas un différentiel de 1358 euros.

Toutefois, on ne peut pas systématiser à partir de cet exemple : selon le volume des actes postopératoires, le type d'intervention, la structure, voire la région où a été pratiquée l'intervention, la chirurgie ambulatoire peut se révéler plus ou moins coûteuse.

Par ailleurs, pour des raisons de sécurité, une multiplication de petits actes (bobologie), autrefois réalisés en ville, sont aujourd'hui réalisés dans les U.C.A., ce qui constitue également un surcoût pour l'assurance maladie.

Enfin, il faut noter que très peu d'établissements hospitaliers sont en mesure d'effectuer une comptabilité analytique qui permettrait de connaître le coût global d'un même acte en chirurgie traditionnelle et en ambulatoire (hors externalisation).

Ainsi, aujourd'hui, aucune étude ne permet de valider l'intuition selon laquelle la chirurgie ambulatoire coûterait moins chère. Une enquête de la C.R.A.M. de Bretagne avait été menée pour évaluer l'ensemble des coûts liés à un acte, mais ses résultats n'ont pas été publiés.

Une autre étude, menée actuellement par l'assurance maladie tente sur un très large échantillon de patients, de comparer les dépenses d'hospitalisation complète et les dépenses en ambulatoire, majorées des dépenses induites par les soins de ville. Malheureusement, les résultats ne seront disponibles qu'au début de l'année 2003.

3.1.4 Avantages de type structurel

La mise en place d'une U.C.A. permet à l'hôpital de procéder à une restructuration des services de chirurgie (Cf. partie 2)

L'évolution constatée depuis une vingtaine d'années montre que de plus en plus les actes chirurgicaux se font dans le secteur privé. La création d'une U.C.A. est donc vécue par certains acteurs comme un moyen pour les hôpitaux publics de réinvestir le champ de la chirurgie.

Mais « le développement actuel des structures alternatives à l'hospitalisation n'apparaît (...) pas encore à la mesure des enjeux, malgré de récentes tendances encourageantes et un potentiel de développement important, notamment en chirurgie ambulatoire, (...) leur essor se heurte à des freins organisationnels et juridiques (...) »⁸.

3.2 Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire

3.2.1 Les freins liés à la politique des tutelles

L'absence de réglementation a dans un premier temps bloqué la signature d'accords conventionnels entre les divers partenaires dont les caisses, les établissements et les praticiens.

⁸ Rapport annuel de la Cour des comptes au parlement sur la sécurité sociale du 18 septembre 2002.

A la suite de l'accord tripartite du 14 décembre 1992, les établissements privés disposent, outre les honoraires, d'une rémunération de l'environnement (Fso pour les salles d'opération et Fse pour l'équipement) et d'un forfait d'accueil et de suivis (Fas).

Au contraire, le P.M.S.I. qui sert de base à l'octroi de l'allocation de ressources aux établissements publics de santé et aux établissements P.S.P.H. a longtemps sous valorisé la chirurgie ambulatoire. Les directeurs d'hôpital sous dotation globale ne trouvent pas d'intérêt à développer cette activité.

3.2.2 Les freins liés aux bouleversements organisationnels et culturels

L'obligation de respecter un taux de conversion de lits en places engendre des réticences de la part des personnels hospitaliers et notamment des chefs de services. Pour certains d'entre eux, la suppression de lits est vécue comme une dépossession de leurs droits et une perte de pouvoir. Pourtant la mise en place des S.R.O.S. invite les professionnels à ne plus raisonner seulement à partir du nombre de lits de manière quantitative, mais plutôt en terme qualitatif.

Au delà du taux de conversion, la chirurgie ambulatoire achoppe sur le mode de fonctionnement de l'hôpital public. L'organisation de l'hôpital en service entraîne un fort cloisonnement au sein de la structure sanitaire. La parcellisation des tâches constitue un frein à la mobilité des personnels et à l'intégration d'une culture commune. Or la chirurgie ambulatoire remet en cause cette organisation puisqu'elle suppose une collaboration entre les spécialités, une démarche transversale⁹ mobilisant l'ensemble des acteurs dans une perspective de complémentarité. Le fonctionnement d'une U.C.A. nécessite souvent une mutualisation des moyens et des équipes et de fait, une modification des comportements.

Les changements culturels que suppose la chirurgie ambulatoire suscitent encore des freins en dépit des avantages qu'elle procure. De manière générale, le changement provoque toujours des résistances inévitables.

3.2.3 Les freins liés à la demande de soins

L'un des freins au développement de cette pratique est lié au patient. Le public ignore souvent la possibilité de recourir à la chirurgie ambulatoire. Dans les pays anglo-saxons, la presse se fait régulièrement l'écho auprès du public des avantages de cette prise en charge. De la même façon, la C.N.A.M. envisage en fonction des résultats de l'enquête précitée de lancer une campagne d'information pour familiariser le public français à la chirurgie

⁹Miramon J-M, « manager le changement dans l'action sociale »,2001, Rennes, ENSP

ambulatoire dans la mesure où elle considère la promotion comme un des leviers déterminants pour favoriser le développement de cette prise en charge.

Il existe des résistances psychologiques liées à la crainte d'une absence d'accompagnement médical et paramédical cadré au sein d'une institution, plus soucieuse des délais que de la qualité de la prise en charge. Par exemple, les patients sont parfois sceptiques quant à leur propre capacité à prendre en charge la douleur post-opératoire. En cas de difficultés, le patient doit accepter de ne pas être pris en charge par la même équipe car par définition, l'unité de chirurgie ambulatoire n'assure pas un service en continu.

Par ailleurs, on assiste en France à la montée de ce que certains ont pu appeler le "consommérisme médical".¹⁰ Pour quelques patients, la chirurgie ambulatoire constituerait une prise en charge au rabais parce qu'elle serait moins coûteuse. L'hospitalisation complète est perçue comme un droit, un dû en contrepartie des cotisations acquittées.

3.3 Les éléments favorables au développement

Plusieurs éléments pourraient favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire :

3.3.1 L'établissement de critères objectifs de comparaison

L'enquête de l'assurance maladie pourrait déboucher sur l'établissement de critères homogènes permettant de comparer :

- Le coût d'un même acte en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation complète ;
- La valorisation d'un acte dans le secteur privé et dans le secteur public.

L'encadrement du volume d'actes réalisables par les différents textes réglementaires (au maximum 365 séances ou réceptions de patients par place et par an) visait à éviter la multiplication excessive des actes dans le secteur privé. En effet, le secteur privé s'expose en cas d'émission de facturations supérieures au volume théorique résultant du nombre d'actes autorisés, à la restitution des indus à l'assurance maladie.

Comme l'indique le rapport de la Cour des Comptes, le secteur privé « trouve un intérêt financier direct dans ce type de prise en charge qui lui permet à la fois de rentabiliser le plateau technique et d'augmenter la rémunération des praticiens ».

En revanche, la Cour des comptes relève que le secteur public non seulement enregistre des dépassements d'activité, mais pratique des activités ambulatoires en dehors de toute

¹⁰ Ce type de comportement est à l'opposé de celui décrit supra sur le stress lié à l'hospitalisation incitant les patients à préférer une prise en charge ambulatoire. Les témoignages recueillis auprès des professionnels montrent que les deux types de comportement cohabitent.

autorisation. Dans ces conditions, il est donc très difficile de comparer les politiques de développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public et dans le secteur privé.

3.3.2 La création d'une typologie d'établissement

Les différents avis que nous avons pu recueillir, mais surtout les comparaisons internationales montrent que les économies réalisées grâce à la chirurgie ambulatoire sont effectives à partir d'un certain seuil d'activité, qui pourra certainement être déterminé à partir des résultats de l'enquête précitée.

Aujourd'hui, force est de constater la petite taille des structures : en mars 1998, sur les 1072 établissements français disposant d'une structure de chirurgie ambulatoire, la taille moyenne de la structure est de 6 places en lits installés et de 7 places en lits autorisés. Dans les établissements publics, le taux est de 4 pour 6¹¹.

95% des structures ont moins de 10 places et 28% moins de quatre. En particulier dans le secteur public, 43% des établissements ont moins de quatre places et 7% seulement ont plus de vingt places. On peut douter que ces chiffres permettent d'atteindre les seuils que permettra de découvrir l'enquête de l'assurance maladie.

L'ampleur des investissements à réaliser pour créer une U.C.A. constitue probablement un frein. On peut néanmoins penser que le gain en terme d'économie d'échelle ou en terme de qualité de la prise en charge ne pourra pas être atteint si les A.R.H. procèdent à un « saupoudrage » des places d'ambulatoire.

3.3.3 Une politique volontariste

Deux éléments ont permis de développer jusqu'ici la place de la chirurgie ambulatoire :

- Le décret du 31 mai 1999 a assoupli les conditions de fermeture de lits traditionnels (une place pour un lit), initialement fixées à 2,5 lits pour une place, pour autant que l'établissement s'engage à réaliser dans ces places d'ambulatoire un taux d'actes substitutifs (à l'hospitalisation complète) supérieur à 55%.
- Un dispositif d'adaptation du mode de valorisation de la chirurgie ambulatoire a été institué : un logiciel (« ambu 1.0») de neutralisation de la « perte » relative de points ISA subie par les établissements pratiquant la chirurgie ambulatoire a été mis à disposition des établissements. Ceux-ci peuvent ainsi montrer aux ARH que la baisse de leur volume de points ISA est liée à l'augmentation du nombre d'actes pratiqués en ambulatoire, moins bien rémunérés.

¹¹ Chiffres tirés de « l'estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire », O. Buisson, A. Doussin, M.-J. Le Guellec, Paris, CREDES mai 2000.

Le rapport de la Cour des Comptes indique que ces mesures conçues comme incitatives n'ont pas donné les résultats escomptés. Mais l'on doit constater que :

- les mesures sont assez récentes et qu'il faut sans doute attendre encore pour réaliser un bilan ;
- le logiciel « ambu 1.0 » est apparemment peu connu par la plupart des agents hospitaliers, y compris des équipes de direction et des coordinateurs d'U.C.A. ;
- l'utilisation de ce logiciel est optionnelle.

On peut alors se demander s'il ne faudrait pas systématiser l'emploi de ce type de logiciel pour homogénéiser les pratiques ambulatoires sur le territoire national. Les A.R.H. pourraient continuer à fixer le nombre de places par région mais pas forcément le niveau de rémunération des actes (Cf. infra). Enfin, la logique de rendus place/ lits n'est qu'adoucie par le décret du 31 mai 1999, ce que l'on peut attribuer à la crainte des tutelles d'un « effet d'offre ».

3.3.4 La nécessité de faire primer le critère de l'activité chirurgicale

La création d'une U.C.A. doit répondre à un besoin évalué dans un bassin de population. Elle ne peut être un prétexte au maintien d'un service de chirurgie dans un secteur où l'activité est devenue insuffisante. La création d'une U.C.A. ne doit pas être un "alibi" pour maintenir du personnel dans un établissement dont le secteur de chirurgie connaît une forte baisse d'activité. Pour ce qui concerne le secteur public, les patients se sont parfois déjà orientés vers l'offre de soins privée et la création d'une U.C.A. ne les ramènera pas dans le giron du public.

Il faut par conséquent éviter la chirurgie ambulatoire itinérante telle que l'expérience de service de chirurgie ambulatoire itinérante menée en Indre et Loire par exemple. Leurs promoteurs avancent que ces expériences permettent d'éviter la fermeture de petites structures en offrant un service de proximité aux usagers. Mais les spécialistes estiment que la chirurgie ambulatoire doit se réaliser dans un environnement favorable, parfaitement sécurisé. Or dans cette hypothèse, l'équipe n'est pas en mesure d'assurer un suivi pré et post-opératoire efficient. La structure d'accueil n'a souvent pas les moyens de réagir en cas de complications post-opératoires, qui nécessiteraient par exemple un service de réanimation performant. La chirurgie ambulatoire doit s'organiser pour et autour du patient : selon le Docteur J.P. Sales, « *ce n'est pas la chirurgie qui est ambulatoire, c'est le patient* ».

La création d'une U.C.A. ne doit pas être instrumentalisée pour poursuivre d'autres objectifs (éviter une fermeture d'établissement ou lancer une restructuration) mais se justifier

exclusivement par la recherche concertée d'une meilleure prise en charge d'un bassin de population.

3.3.5 L'homogénéisation de la rémunération des actes

La chirurgie ambulatoire ne se développera pas si une politique d'incitation liée à la rémunération des actes n'est pas menée au niveau national.

Le logiciel « ambu 1.0 », souvent présenté comme un élément incitatif, n'est en réalité qu'un indicateur qui permet de dire combien de points ISA auraient été attribués à un établissement si les actes réalisés en ambulatoire l'avaient été en hospitalisation complète. Il s'agit donc que d'un élément de relecture de l'activité et de discussion entre l'établissement et l'A.R.H. Cet instrument ne peut être utilisé qu'à court terme, lorsqu'une structure ambulatoire se met en place.

La rémunération actuelle des actes d'ambulatoire désavantage les établissements sous dotation globale, et avantage les structures privées par le biais du paiement à l'acte et des forfaits évoqués plus haut (fas, fse, fso).

On pourrait imaginer une rémunération unique de l'acte quelle que soit la nature de l'établissement. Cette rémunération unique pourrait s'accompagner d'enveloppes ciblées pour compenser les missions sanitaires spécifiques du service public (prise en charge des urgences) ou ses missions distinctes des soins (enseignement pour les C.H.U.). Actuellement ces missions sont rémunérées par le biais de la dotation globale.

Un système de rémunération qui serait fondé sur le paiement à l'acte (pour chaque intervention) et sur des enveloppes plus ciblées que la D.G.F. pour les missions propres des établissements publics, permettrait :

- un développement de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public ;
- une réduction à terme de l'asymétrie public/ privé ;
- une plus grande clarté dans la détermination du coût et de la tarification des actes.

3.3.6 Le développement de la formation initiale et continue de l'ensemble des personnels hospitaliers

La chirurgie ambulatoire ne se développera pas si un effort n'est pas consenti en matière de formation des personnels hospitaliers. Dans le secteur public, les réticences seraient peut être moindres aux changements occasionnés par la création d'une U.C.A. si les personnels soignants, administratifs et médicaux avaient une connaissance plus précise du sujet. La chirurgie ambulatoire devrait également s'inscrire dans la formation continue des professionnels.

La volonté de promotion de la chirurgie ambulatoire ne peut reposer sur quelques individualités. La publication et la large diffusion de données objectives (coûts comparés,

satisfaction du patient, satisfaction du personnel, recommandations de bonnes pratiques, guide d'évaluation de la qualité...) sur ce sujet sont donc aujourd'hui indispensables.

CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons cherché à évaluer l'impact du développement de la chirurgie ambulatoire sur la qualité de la prise en charge. Il s'avère positif sous certaines conditions (principalement la sélection des patients et l'élaboration d'une liste d'actes à déterminer par les professionnels d'un établissement). Les procédures qui visent à améliorer la qualité dans les U.C.A. sont bien spécifiques et ce sont aujourd'hui les services d'hospitalisation complète qui s'en inspirent lorsqu'ils mettent en place des démarches qualité.

Cette étude nous a également permis de constater qu'il existe peu de facteurs objectifs de comparaison à la fois entre pays et au sein d'un même pays, entre les structures pratiquant l'ambulatoire, mais que les résultats de l'étude de l'assurance maladie devraient les faire apparaître, et ainsi permettre de poser les bases d'une politique volontariste nationale en faveur de la chirurgie ambulatoire.

Toutefois, cette politique volontariste doit laisser à chaque établissement des marges de manœuvre suffisantes pour qu'il puisse déterminer au niveau local les modalités de la complémentarité entre chirurgies traditionnelle et ambulatoire qui lui sont propres, en accord avec l'A.R.H.

Enfin, la chirurgie ambulatoire ne se développera que si la distinction entre secteurs public et privé se réduit dans l'approche de la chirurgie ambulatoire. Le secteur public ne peut abandonner au privé la chirurgie ambulatoire pour se recentrer sur la chirurgie lourde. Les deux modes opératoires sont complémentaires dans l'activité d'un établissement.

BIBLIOGRAPHIE

1 - TEXTES OFFICIELS

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L.712-10 du code de la santé publique.

Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du code de la santé publique.

Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du code de la santé publique en application de l'article L.712-9 (3°) de ce même code.

Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionnées à l'article D.712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R.712-2-1 (B) de ce même code.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Décret n° 99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places ACHA. (Nouveau système de taux de change).

Arrêté ministériel du 31 mai 1999 relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou de renouvellement d'autorisation de structures ACHA.

Instruction DH/EO n°99-413 du 7 juillet 1999 relative à l'entrée en vigueur du décret n°99-444 du 31 mai 1999.

Lettre DH/EO 3 n° 488 du 21 juin 1994 relative aux normes techniques dans les structures de chirurgie ambulatoire.

Lettre DH du 16 octobre 1998 (normes de personnel).

2 - OUVRAGES

Académie Nationale de Médecine, La chirurgie ambulatoire, Paris, Académie de Médecine, 2001, 72 pages.

Agence Nationale d'Accréditation et d' Evaluation en Santé, La chirurgie ambulatoire, Paris, ANAES, 1997, 105 pages.

Agence Nationale d'Accréditation et d' Evaluation en Santé, La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé, Paris, ANAES, 1996, 45 pages.

SERAQUI, Michel, Guide de l'ambulatoire : concevoir et réaliser l'unité de soins ambulatoires, Rennes, ENSP, 1998, 171 pages.

SCHUHL, Jean-François, La chirurgie ambulatoire : gestion, organisation, économie, Montpellier, Ed. Sauranps médical, 2000, 330 pages.

3 - ARTICLES ET REVUES

BUSSON Olivier, DOUSSIN Anne, SOURTY LE GUELLEC Marie-jo, « estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire : l'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales ». Questions d'économie de la santé, 2000, numéro 30, 4 pages.

CHICHE Patrick, RAUCOULES-AIME Marc, « l'activité ambulatoire en France ». Bulletin juridique de la santé publique, 2000, numéro 33, page10-13.

L'HUILLIER Marie-chantal, SALES Jean-Patrick, « chirurgie et anesthésie ambulatoire : un espace pour de nouveaux comportements ». Revue Hospitalière de France, 2000, numéro 3, page 48-50.

MAHIEU Arrantxa, RAFFY-PIHAN Nadine, « la chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives ». Questions d'économie de la santé, 1998, numéro 2, 4 pages.

SALES Jean-Patrick, « problématique des taux de change et points ISA ». Revue Hospitalière de France, 2000, numéro 3, pages 57-59.

SALES Jean-Patrick, «la chirurgie ambulatoire, un laboratoire d'expériences innovantes ». Inter-bloc, 2002, tome 21, numéro 3, page 84-86.

SOURTY LE GUELLEC Marie-jo, « le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France ». Questions d'économie de la santé, 2001, numéro 41, 6 pages.

SOURTY LE GUELLEC Marie-jo, « la chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs ». Questions d'économie de la santé, 2002, numéro 50, 6 pages.

La lettre de l'association française de chirurgie ambulatoire, 2000. Numéro 6, 16 pages.

4 - THESES ET MEMOIRES

FERRERO, Alain, Anesthésie et chirurgie ambulatoires comme modèle d'évaluation de la performance et de l'adaptation du système de soins. Etat des lieux et réflexion sur l'évolution de ce mode de prise en charge dans le cadre de l'élaboration du nouveau Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en région Languedoc-Rousillon, Mémoire MISP, Rennes, ENSP, 1999. 161 pages.

MASSIP, Sébastien, Analyse du développement de la chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse : de l'orientation stratégique aux modalités de mise en œuvre, Mémoire EDH, Rennes, ENSP, 2001. 108 pages.

MERLE, Philippe, Faire le choix de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public, Mémoire EDH, Rennes, ENSP, 1999.

ROBINEL, Viviane, La chirurgie ambulatoire au centre hospitalier du Lamentin : chronique d'une naissance annoncée, Mémoire EDH, Rennes, ENSP, 2000. 77 pages.

5 - SITES CONSULTES

www.afca.fr

www.anaes.fr

6 - COMPTE RENDU COLLOQUES

XVIèmes assises nationales de l'hospitalisation, la chirurgie ambulatoire mythe ou réalité, Paris, FHF, 1996, 141 pages.

ANNEXE 1

GRILLES D'ENTRETIEN

1- GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES U.C.A.

1-1 Au coordonnateur et cadre-infirmier du service

- Pouvons-nous avoir accès au projet de l'unité et aux formulaires types remis au patient ?
- Quel bilan tirez-vous de la mise en place de l'U.C.A. ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien dans le fonctionnement de l'unité ? Par rapport aux chirurgiens/ par rapport au personnel ?
- Est ce que la mise en place de l'U.C.A. a des conséquences pour le patient en terme de qualité de la prise en charge ?
- Pour une même opération qui se déroule en chirurgie ambulatoire et en chirurgie traditionnelle, quel est votre impression sur le ressenti du patient ? Quels indicateurs utilisez-vous ? Et comment modifiez-vous les pratiques ou l'organisation du service en fonction des résultats obtenus ?
- Quel impact la création de l'U.C.A. a-t-elle eu sur les services de chirurgie traditionnelle ?
- Quelles solutions préconiseriez-vous pour faire face aux difficultés que vous rencontrez ?
- Quel avenir voyez-vous pour la chirurgie traditionnelle ?

1-2 Au chirurgien

- Comment les chirurgiens dans leur ensemble et les chefs de service de chirurgie traditionnelle en particulier vivent-ils le développement de la chirurgie ambulatoire ?
- Les patients reçus dans les services de chirurgie traditionnelle seront probablement de plus en plus lourds ; est-ce que les conditions de travail sont devenues plus difficiles ? Est ce que le rapport au patient est modifié ?
- Est ce que l'organisation du service a été modifiée ?
- Les consultations pré-opératoires ont-elles été modifiées ?
- Est-ce que l'ouverture puis le fonctionnement de l'U.C.A. à plein régime ont impliqué une fermeture de lits pour les services de chirurgie traditionnelle ?
- Comment s'opère la sélection des patients pour la chirurgie ambulatoire en l'absence de liste d'actes praticables (contrairement à certains autres pays) ?
- Pensez-vous qu'on arrivera dans l'avenir à des chirurgiens « spécialistes » de l'ambulatoire ? Est ce que les avantages et inconvénients de l'ambulatoire sont traités en faculté de médecine ?

1-3 Aux Infirmiers

- Qu'est-ce que la mise en place de l'U.C.A. a changé en terme d'organisation et d'horaires ?
- Quel est le bilan qu'en tire le personnel ?
- En quoi le rapport soigné/ soignant est-il modifié par l'ambulatoire ?
- Quand le personnel soignant a le choix entre les services de chirurgie traditionnelle et ceux d'ambulatoire, vers lesquels se dirigent-ils et pour quelles raisons ?
- Le personnel qui travaille à l'U.C.A. lui est-il spécifiquement dédié ?

1-4 Au personnel de direction

- Qu'est ce qui a motivé la création de l'U.C.A. ? A l'origine, est-ce que c'est une idée de l'administration ou une idée qui émane du corps médical ?
- Est-ce qu'il y a eu / a des résistances face à ce projet ?
- Si oui, d'où proviennent-elles ?
 - des tutelles : raisons financières ou non conformité à la stratégie sanitaire en place ?
 - des services de chirurgie traditionnelle : a-t-il fallu fermer des lits ; quelles réactions des chefs de service ?
 - du personnel en règle générale : réaction du type pourquoi affecter un budget important à la chirurgie ambulatoire alors que d'autres secteurs peuvent sembler prioritaires comme les services des urgences.
- Est-ce que l'on connaît précisément le coût réel d'un même acte en chirurgie ambulatoire et en chirurgie classique ?
- Est-ce que d'un point de vue financier la rémunération de l'acte de chirurgie ambulatoire en points ISA est suffisante pour couvrir les coûts réels ?
- Quel bilan peut on tirer de l'U.C.A. en terme d'image pour l'établissement, en terme de possibilité de réorganisation des services de chirurgie notamment ?

2 – GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES TUTELLES

- Quelle est la position de l'A.R.H. vis à vis de la chirurgie ambulatoire ?
- Quelles mesures d'accompagnement avez-vous mises en place ?
- Quels sont les objectifs du S.R.O.S. par rapport à la chirurgie ambulatoire ?
- Aujourd'hui, quel est le nombre de places (objectif à atteindre) ?
- Quelle est la part du budget consacrée à la chirurgie ambulatoire ?
- Comment expliquez-vous les écarts entre le privé et le public ainsi que les disparités géographiques concernant le développement de la chirurgie ambulatoire ?
- Le cadre réglementaire favorise-t-il le développement de la chirurgie ambulatoire, pensez-vous que les moyens alloués sont suffisants ?

ANNEXE 2

DESCRIPTION DES SITES VISITES

ETABLISSEMENT DE SANTE	VILLE	ANNEE D'OUVERTURE DE L'UCA	TYPE DE STRUCTURE ¹	NOMBRE DE PLACES
C.H.U. de Pontchaillou	Rennes	Pas d'U.C.A.	Non formalisée	Indéterminé
Polyclinique St Laurent	Rennes	1997	Intégrée	8 places
Polyclinique Sévigné	Rennes	1993	Intégrée	29 places
C.H.U. de Kremlin-Bicêtre	Kremlin-Bicêtre	2000	Satellite	8 places
C.H.U. de Perpignan	Perpignan	1998	Intégrée	20 places

¹ Les U.C.A. sont traditionnellement organisées suivant trois modèles (indépendant, satellite ou intégré), décrits dans le mémoire de recherche (2.3.2 Une réorganisation interne des services – page 15).

ANNEXE 3

LISTE DES INTERVENTIONS TRACEUSES

Source : I.A.A.S.

La liste des interventions dites « traceuses » a été élaborée par l'association internationale de chirurgie ambulatoire (I.A.A.S) afin de décrire l'activité de chirurgie ambulatoire et ainsi, de permettre des comparaisons internationales¹. Cette liste comprend un nombre restreint d'interventions réalisables en ambulatoire, de grande fréquence, d'une technicité équivalente d'un pays à l'autre et appartenant à des disciplines chirurgicales différentes. La liste comprend 18 interventions :

1. Drains TT
2. Phimosis
3. Canal carpien
4. IVG et curetages
5. Adéno amygdalectomie
6. Dupuytren
7. Extractions dentaires
8. Ablation de matériel
9. Chirurgie testiculaire
10. Arthroscopie
11. Cataracte
12. Varices
13. Strabisme
14. Chirurgie nasale
15. Sein
16. Proctologie
17. Cure de hernie
18. Salpingectomies

¹ La première comparaison internationale regroupant les pays de l'O.C.D.E. (sauf la France qui ne disposait pas encore d'une base nationale exhaustive) a été réalisé en 1995.

ANNEXE 4

LA REGLEMENTATION

- Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi 91-1406 DMOS du 31 décembre 1991
- Décret 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L712-10 du code de la santé publique relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et au taux de change
- Décret 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Décret 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Arrêté du 12 novembre 1992 relatif aux modalités et au contenu de la déclaration prévue à l'article 24 de la loi portant réforme hospitalière
- Accord tripartite du 14 décembre 1992 sur la tarification des structures de chirurgie ambulatoire
- Circulaire n° 52 DH/PE du 15 décembre 1992 relative aux modalités de la déclaration des structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pour les structures pratiquant l'anesthésie- chirurgie ambulatoire
- Accord tripartite du 27 janvier 1993
- Lettre DH n° 00218 du 20 avril 1993 relative aux modalités de déclaration des structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Lettre DH n° 00224 du 22 avril 1993 relative à la procédure de régularisation des structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Circulaire DH/ EO/ 93 n° 30 du 26 août 1993 relative aux demandes de création de places de structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 portant modification au code de la santé publique
- Arrêté du 24 février 1994 portant approbation de l'avenant Structures de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires pris pour l'application de l'article 7 de la convention nationale de l'hospitalisation privée
- Lettre DH/ EO n°488 du 21 juin 1994 relative aux normes techniques dans les structures de chirurgie ambulatoire
- Circulaire DGS- SP1- VS1/ DSS-1A/ DH-EO-AF2/ 97-790 du 16 décembre 1997 relative à la campagne budgétaire pour 1998 des établissements sanitaires financés par dotation globale (dégage la chirurgie ambulatoire comme une priorité de la politique d'organisation des soins hospitaliers pour 1998)
- Circulaire CNAMTS DGR n° 44/98- ENSM n°20/98 du 29 avril 1998 sur la mise en œuvre de l'avenant n°1 au contrat prévu par l'article 7 du contrat national tripartite du 14 décembre 1992, publié au JO n°79 du 3 avril 1998

ANNEXE 5

Les principales techniques ou indications médicales en chirurgie ambulatoire :

SPECIALITES	INDICATIONS ET TECHNIQUES
Examens Endoscopiques	Laryngoscopie en suspension Cystoscopie, cystoscopie Côlonoscopie Arthroscopie du genou
O.R.L.	Otoplastie, rhinoplastie, polype, fracture du nez Incision du phlegmon, dilatation œsophagienne Amygdalectomie adulte
Orthopédie	Kyste arthro-synovial, canal carpien Maladie de Dupuytren, syndactylie, ténolyse Réduction de fractures, de luxations... Ablation de matériel d'ostéosynthèse, d'exotose
Stomatologie	Extractions dentaires multiples Canine incluse, Germectomie
Urologie	Circoncision Dilatation urétrale Méatotomie
Ophtalmologie	Sonde bi-canaliculaire Hernie de l'iris, ablation d'éponge Entropion, pterygion Strabisme, cataracte Dacryo cysto rhinostomie Certains ptosis
Gynécologie	Curetage Conisation du col I.V.G.
Chirurgie générale	Sutures de plaies, de tendons, chirurgie plastique de surface,... Exérèse cutanées avec ou sans greffe, kyste sacro-coccygien Biopsie diverses, adénome du sein, prothèse mammaire Ablation de corps étrangers, Hernie, éveinage unilatéral, Chiva

ANNEXE 6

INDICATEURS DE SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Source :Groupe Qualité de l'A.F.C.A.

Ces indicateurs sont au nombre de 8 et couvrent 5 domaines d'application.
L'expérimentation a débuté en juin 1998.

L'objectif recherché est :

- d'apporter la preuve d'une pratique appropriée ;
- de signaler des événements inattendus, point de départ d'une démarche d'amélioration de la qualité.

LES 8 INDICATEURS FRANÇAIS

ANNULATION DES INTERVENTIONS PROGRAMMEES	
Indicateur 1	Le patient ne se présente pas dans l'unité de chirurgie ambulatoire
Indicateur 2	Annulation de l'intervention programmée après l'arrivée du patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire
REINTERVENTION	
Indicateur 3	Retour non planifié au bloc opératoire dans la même journée
ADMISSION IMPREVUE EN SECTEUR D'HOSPITALISATION	
Indicateur 4	Transfert en hospitalisation à la suite d'une intervention
Indicateur 5	Transfert en hospitalisation dans un autre établissement
MODIFICATION DE LA SORTIE DU PATIENT	
Indicateur 6	Sortie retardée du patient
CONTINUITE DES SOINS	
Indicateur 7	Défaut d'organisation altérant la prise en charge du patient en dehors de l'unité de chirurgie ambulatoire
Indicateur 8	Retour imprévu d'un patient au sein de l'établissement

DESCRIPTION

I - ANNULATION DES INTERVENTIONS PROGRAMMEES :

- 1- Le patient ne se présente pas dans l'U.C.A.
 - 1 - oubli du patient
 - 2 - problème lié au retour à domicile
 - 3 - maladie imprévue intercurrente
 - 4 - discordance entre la date de rendez-vous et la date de programmation
 - 5 - annulation du fait du patient sans explication
- 2- Annulation de l'intervention programmée après l'arrivée à l'U.C.A.
 - 2 - problème lié au retour à domicile
 - 3 - maladie imprévue intercurrente
 - 4 - discordance entre la date de rendez-vous et la date de programmation
 - 6 - annulation par l'opérateur
 - 7 - absence de consultation pré-anesthésique
 - 8 - circonstance imprévue dans la prise en charge du patient
 - 9 - incapacité de la structure à prendre en charge

II - REINTERVENTION :

- 3- Retour non planifié au bloc opératoire dans la même journée
 - 10 - complication per-opératoire
 - 11 - complication post-opératoire

III - ADMISSION IMPREVUE EN SECTEUR D'HOSPITALISATION :

- 4- Transfert en hospitalisation à la suite d'une intervention
 - 2 - problème lié au retour à domicile
 - 10 - complication per-opératoire
 - 11 - complication post-opératoire
 - 12 - autre pathologie découverte au cours de l'intervention
 - 13 - à la demande du patient
 - 14 - à la demande du médecin anesthésiste
- 5- Transfert en hospitalisation dans un autre établissement
 - 15 – capacité d'hospitalisation insuffisante
 - 16 – absence ou insuffisance de structure de soins intensifs

IV - MODIFICATION DE LA SORTIE DU PATIENT :

- 6- Sortie retardée du patient
 - 2 - problème lié au retour à domicile
 - 8 - circonstance imprévue dans la prise en charge du patient
 - 9 - incapacité de la structure à prendre en charge
 - 11 - complication post-opératoire
 - 17 - visite retardée du praticien

V - CONTINUITE DES SOINS :

- 7- Défaut d'organisation altérant la prise en charge hors U.C.A.
 - 18 - bulletin de sortie non remis au patient
 - 19 - absence d'identification du médecin traitant
- 8- Retour imprévu du patient au sein de l'établissement
 - 20 - demande de conseil(s)
 - 21 - complication(s)

ANNEXE 7

Hôpital de jour

Une journée ordinaire
au CHU...

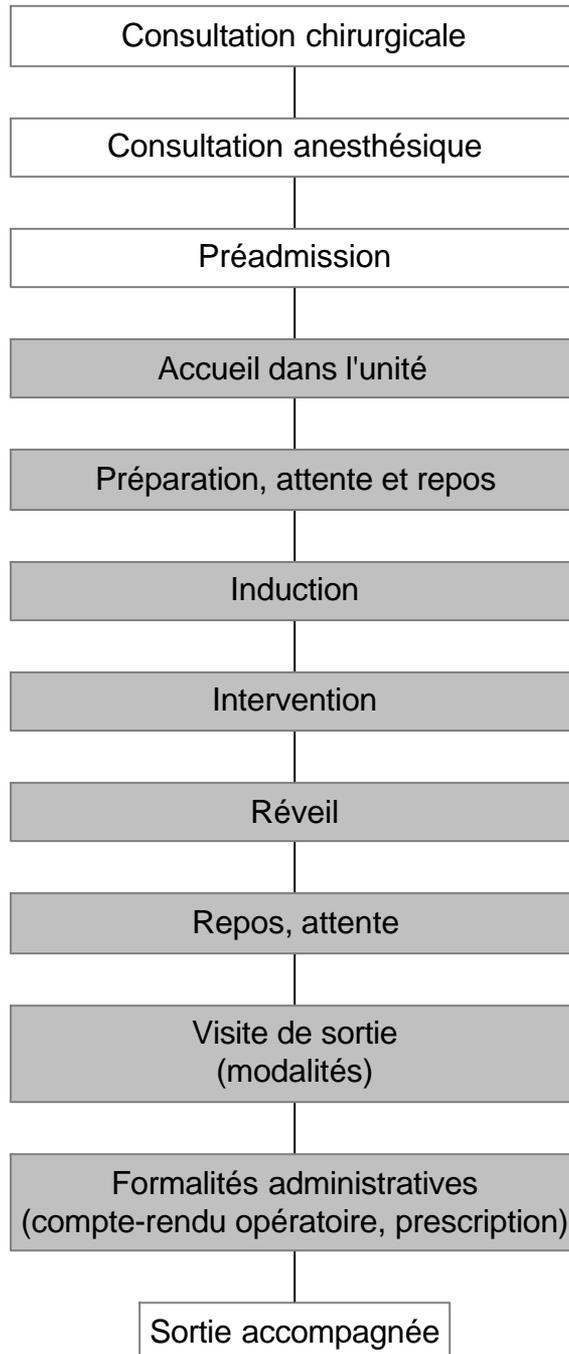
Qu'est-ce que
j'ai bien pu
faire de ma
carte de
priorité ?



6 h 30 - 7 h	ADMISSION , Attente
7 h - 7 h 30	Arrivée dans le service
7 h 30 - 8 h 30	Préparation
8 h 30 - 10 h 30	Attente dans le service
10 h 30	Descente au bloc opératoire
10 h 30 - 11 h	Attente au bloc opératoire
11 h - 11 h 45	Intervention chirurgicale
11 h 45 - 12 h	Passage au réveil
12 h - 13 h	Surveillance au réveil
13 h - 14 h	Attente au réveil
14 h	Retour dans le service
14 h - 16 h	Attente dans le service
16 h - 17 h anesthésiste)	Décision de sortie (chirurgien +
17 h - 17 h 30	Attente
17 h 30 - 18 h	Formalités de sortie, Attente
18 h	SORTIE

ANNEXE 8

CIRCUIT DU PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE





ANNEXE 9 : Un opéré de hernie quitte l'hôpital

FCA

Service de Chirurgie générale

- Entrée J-1, sortie J1
- Heure de sortie non fixée
- Ordonnance antalgique
- N° tel du bureau des rendez-vous

- Courrier MT J8 ou 10: CRO
- CS 1 mois

2508 Euro 2458 ISA

Unité de chirurgie Ambulatoire

- Entrée J0, sortie J0
- Heure de sortie programmée
- Dossier comportant
 - Recommandations pratiques
 - Ordonnance antalgiques et première dose
 - CRO et CRA
 - Coordonnées de la structure
 - N° tel: chirurgien ou médecin de garde
- Prise de rendez-vous sur place
- Appel du lendemain
- Cs à 1 mois

700 Euros 582 ISA