

Chirurgie ambulatoire: premier classement

En France, plus de la moitié des patients opérés rentrent chez eux dans les heures qui suivent leur passage au bloc.

DAMIEN MASCRET ET GUILLAUME GUICHARD
@damascrret @guillaume_gui

CHIRURGIE Le développement de la chirurgie ambulatoire est devenu une priorité des pouvoirs publics, soucieux d'économies sur les dépenses de santé. Car, en retournant chez eux dans les douze heures suivant leur arrivée à l'hôpital, les patients opérés rapportent autant, en coûtant moins cher. En 2010, l'objectif affiché pour 2016 était que plus de 50 % des interventions chirurgicales réalisées le soient en ambulatoire. Soit un taux corrigé de 54,7 %, le périmètre des actes chirurgicaux concernés ayant été

élargi pour mieux s'aligner sur les standards internationaux.

Disons-le tout de suite, il y a peu de chances que cet objectif soit atteint. Le taux était de 51,9 % en 2015 et de 50 % en 2014. Au ministère de la Santé, on précise que « le taux global de chirurgie ambulatoire s'élève à 54 % pour les huit premiers mois de l'année 2016, soit +2,4 points par rapport au huit premiers mois de l'année 2015 ». Néanmoins, la progression, quoique lente, est régulière: ce taux n'était que de 43,3 % en 2010, et l'objectif de 54,7 % devrait être atteint l'an prochain.

L'ambition de Marisol Touraine est désormais d'atteindre 66,2 % en 2020. A priori raisonnable: les pays nordiques

dépassent déjà 65 %. Mais cela impliquera en France une progression plus soutenue entre 2017 et 2020 (+2,9 points par an en moyenne) qu'actuellement (environ 2,2 points par an).

« Une organisation performante en chirurgie ambulatoire ne gaspille ni temps ni ressources »

DR GILLES BONTEMPS (ANAP)

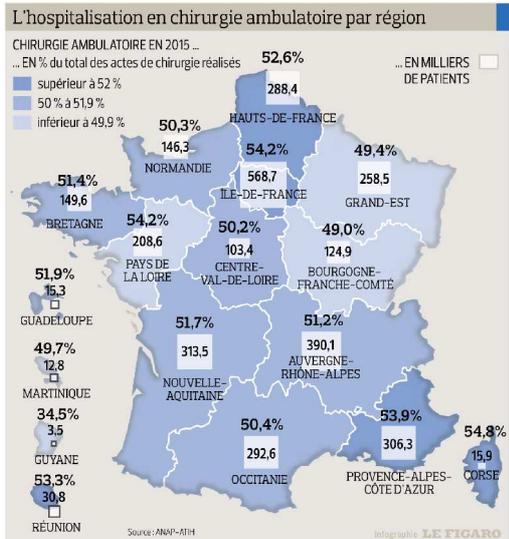
Du côté du ministère, on insiste sur le programme d'accompagnement demandé dès 2012 par Marisol Touraine à la

Haute Autorité de santé et à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). Le recours à des leviers réglementaires (avantage de libertés aux établissements) et tarifaires devra aussi être utilisé: « De nombreux actes de chirurgie ont été intégrés à une politique de tarif unique entre séjour ambulatoire et séjour avec hébergement, ce qui récompense les établissements qui se mobilisent pour développer la chirurgie ambulatoire. »

La performance d'un établissement en la matière ne se résume cependant pas à son taux d'interventions réalisées en ambulatoire. « Il y a des établissements qui ont un taux élevé, autour de 70 %, mais

un volume très faible, autour de 200 actes par an, ce qui n'est pas performant », expliquait le Dr Gilles Bontemps, directeur associé de l'Anap, il y a six mois lors du colloque consacré au sujet à l'Académie nationale de chirurgie. « À l'inverse, des CHU ont des taux faibles de CA mais peuvent être réellement performants parce qu'ils ont des volumes très importants. »

Certains établissements ont un éventail assez restreint du type d'opérations réalisées en ambulatoire. C'est le cas de l'établissement le plus performant du classement établi par *Le Figaro*, à partir de l'indicateur performance de chirurgie ambulatoire (IPCA) de l'Anap-Agence technique de l'information sur l'hospita-



En poussant au développement de l'ambulatoire, le ministère de la Santé escompte une économie de 160 millions par an sur les séjours en

« En France, on n'a toujours pas le droit d'ouvrir des centres dédiés »

LE 12 JANVIER, à Paris, l'Association française de chirurgie ambulatoire, présidée par le Pr Corinne Vons, chirurgien digestif, organise sa journée annuelle. L'occasion de faire le bilan au moment où la France a encore des progrès à faire en la matière.

LE FIGARO. - Qui a le plus d'intérêt à la chirurgie ambulatoire, le patient ou l'établissement de santé ?

Pr Corinne VONS. - L'intérêt principal est évidemment pour le malade, qui peut bénéficier d'un retour en toute sécurité dans son environnement habituel et confortable à la maison. Il y a également d'autres intérêts médicaux. Des études ont démontré qu'il y avait moins de risques d'infection nosocomiale. Il y a aussi moins de risques d'accidents thromboemboliques, c'est-à-dire de phlébites postopératoires qui risquent de se compliquer d'embolies pulmonaires parfois fatales.

Peut-on considérer que la France a pris « le virage ambulatoire » en chirurgie ?

Disons que la France est en train de prendre le virage ambulatoire. Il y a d'ailleurs une forte pression des pouvoirs publics car cela réduit les coûts de prise en charge. Sauf que c'est une révolution qui impose d'aller jusqu'au bout de la démarche. Jusqu'à maintenant, on a surtout commencé la chirurgie ambulatoire dans des locaux initialement prévus pour faire de la chirurgie classique. Une architecture et une organisation qui ne sont pas du tout adaptées au flux important de la chirurgie ambulatoire. Il y a d'ailleurs des établissements qui n'ont toujours pas compris cela. Idéalement, il faudrait concentrer cette chirurgie dans des centres adaptés spécifiquement, comme cela se fait dans certains pays

plus avancés que nous dans ce domaine. Mais en France, par exemple, on n'a toujours pas le droit d'ouvrir de tels centres. La seule chose qui se fait est la transformation d'établissements existants, et encore, seulement dans le secteur privé.

Quels sont les autres freins au développement de l'ambulatoire ? Parfois, le frein se situe chez les médecins. Il y a d'abord la peur du changement mais aussi une crainte, presque culturelle pour certains, surtout lorsqu'ils ont fait toute leur carrière en ayant les malades « sous la main »: qu'il se passe quelque chose la première nuit hors de l'hôpital. Il y a, c'est vrai, un niveau d'exigence dans la chirurgie ambulatoire et cela représente un véritable surcoût de travail pour toute l'équipe.

PROPOS RECUEILLIS PAR D. M.



Le Pr Corinne Vons, présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire. J. CHÂTIN/EXPANSION-REA

Les régions multiplient les efforts pour prendre

DÉTAIL DES efforts déployés dans les régions (NB: les ARS de Bretagne, Centre, Paca, Martinique et Guyane n'ont pas répondu).

■ **Île-de-France**

Avec 568 665 séjours en ambulatoire en 2015, l'Île-de-France est largement en tête en volume d'activité. C'est surtout l'une des trois régions dont le taux d'activité dépasse 54 %. « La réalisation de l'ambition de 66,2 % de chirurgie ambulatoire d'ici à 2020 apparaît à présent conditionnée à la prise en charge des pathologies et des patients de plus en plus lourds et complexes (comorbidités, patients âgés...) », note le directeur général de l'ARS Île-de-France, Christophe Devys. Mais les scores de performance (IPCA) individuels des établissements montrent que la progression reste inégale. Selon Christophe Devys, « les professionnels doivent apprendre à penser ou repenser le parcours de soins. Une coordination renforcée avec les acteurs de la ville ainsi qu'une organisation réfléchie et maîtrisée du parcours du patient sont indispensables. Nous devons continuer de développer nos réflexions sur ces grands chantiers d'avenir. »

■ **Auvergne-Rhône-Alpes**

Deuxième région en volume (390 128 séjours en 2015), la région a fortement progressé entre 2011, où le taux était de 42,8 %, et 2015, où il a atteint 51,2 %. « Le développement concerne donc des interventions de plus en plus conséquentes, grâce notamment à la mise en œuvre de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) », explique-t-on à l'ARS. Conçue par l'équipe du chirurgien danois Henrik Kehlet il y a une vingtaine d'années, la RAC vise à réduire le stress physique et psychique lié à l'intervention en anticipant et réduisant ses effets secondaires (nausées, vomissements, difficultés du transit, douleur). L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes propose un accompagnement dans les services volontaires. « Les centres référents parta-

gent leur expérience avec d'autres équipes chirurgicales, avec l'aide et le soutien au changement de l'ARS. Depuis fin 2015, 40 services de chirurgie de l'ex-région Rhône-Alpes se sont engagés dans cette première campagne nationale d'implémentation de la RAC. »

■ **Nouvelle-Aquitaine**

Très active, avec 313 546 actes réalisés en ambulatoire en 2015, soit un taux de 51,7 %, la région s'est, elle aussi, efforcée de promouvoir les techniques de RAC, notamment à travers des pathologies et des patients de plus en plus lourds et complexes (comorbidités, patients âgés...). « La réalisation de l'ambition de 66,2 % de chirurgie ambulatoire d'ici à 2020 apparaît à présent conditionnée à la prise en charge des pathologies et des patients de plus en plus lourds et complexes (comorbidités, patients âgés...) », note le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, Christophe Devys. Mais les scores de performance (IPCA) individuels des établissements montrent que la progression reste inégale. Selon Christophe Devys, « les professionnels doivent apprendre à penser ou repenser le parcours de soins. Une coordination renforcée avec les acteurs de la ville ainsi qu'une organisation réfléchie et maîtrisée du parcours du patient sont indispensables. Nous devons continuer de développer nos réflexions sur ces grands chantiers d'avenir. »

■ **Bourgogne-Franche-Comté**

Dans cette région, où le taux de chirurgie ambulatoire n'avait pas atteint 50 % en 2015 (49 %, 124 880 actes), l'ARS a organisé des rencontres entre des professionnels de santé libéraux et de centres de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens et psychologues) et des professionnels d'établissements de santé (chirurgiens, cadres d'unité de chirurgie ambulatoire et direction), en partenariat avec la Fédération des maisons de santé comtoises (Femasac). L'ARS espère que « ces rencontres permettent une meilleure compréhension des rôles de chacun et la définition des besoins de coordination entre ces professionnels, en particulier pour des gestes innovants ». L'ARS table aussi beaucoup sur le développement de la messagerie sécurisée de santé: « Elle sera un vecteur privilégié pour la transmission des éléments indispensables à la sécurité des patients en amont et en aval de la séquence opératoire. »

■ **Hauts-de-France**

Avec 288 414 actes en 2015 et un taux de 52,6 %, la région est au-dessus de la moyenne nationale. Elle a mis en place un accompagnement des établissements, « en particulier ceux présentant des taux inférieurs aux moyennes régionales: suivi mensuel de l'activité, partage de bonnes pratiques, rencontres, coaching... », précise l'ARS. Des journées régionales de promotion de la chirurgie ambulatoire sont organisées, et la région développe des dispositifs comme l'expérimentation Isipad (Intervention soins infirmiers postambulatoires à domicile) menée par l'ex-ARS Picardie. « Ce dispositif permet d'élargir le champ de la chirurgie ambulatoire en promouvant la réalisation de gestes innovants jusqu'à alors majoritairement réalisés en hospitalisation complète, et qui nécessitent des soins infirmiers à domicile », explique l'ARS. Le dispositif Isipad sera élargi en 2017 à l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais-Picardie sur la réalisation de gestes innovants en ambulatoire.

■ **Pays de la Loire**

Pour Cécile Courrèges, directrice générale de l'ARS Pays de la Loire, « le virage ambulatoire représente une exigence forte au niveau des établissements, car il leur demande de revoir leur organisation interne et leur fonctionnement. C'est un processus progressif, cela prend du temps. » La région se trouve dans le trio de tête (avec la Corse et l'Île-de-France) avec un taux de 54,2 % (208 640 actes) en 2015. Elle souhaite s'engager dans « l'accompagnement des établissements de santé dans le développement des gestes et pratiques innovants en chirurgie ambulatoire » et « le soutien aux établissements dans le développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie ».

■ **Grand Est**

Le taux n'était encore que de 49,4 % en 2015 (258 485 actes) mais la région se distingue sur la chirurgie ophtalmologique (par exemple, 73,9 % des chirur-