

Historique et évolution de la Chirurgie Ambulatoire en France

DIU de Chirurgie Ambulatoire

11 janvier 2017

PR. JEAN-PIERRE BETHOUX

A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

DÉFINITION

- ▶ La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation complète permettant le retour à domicile du patient le jour même de son intervention.

- ▶ Le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 précise:
« les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge... d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement (médicalisé), au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent, à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. »
- ▶ Il s'agit d'un concept organisationnel centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des acteurs hospitaliers et de ville, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques.

- La chirurgie ambulatoire est une innovation
- Qui sans cesse change la manière de faire
- Changement de comportement
- Il faut du temps

LE VIRAGE AMBULATOIRE



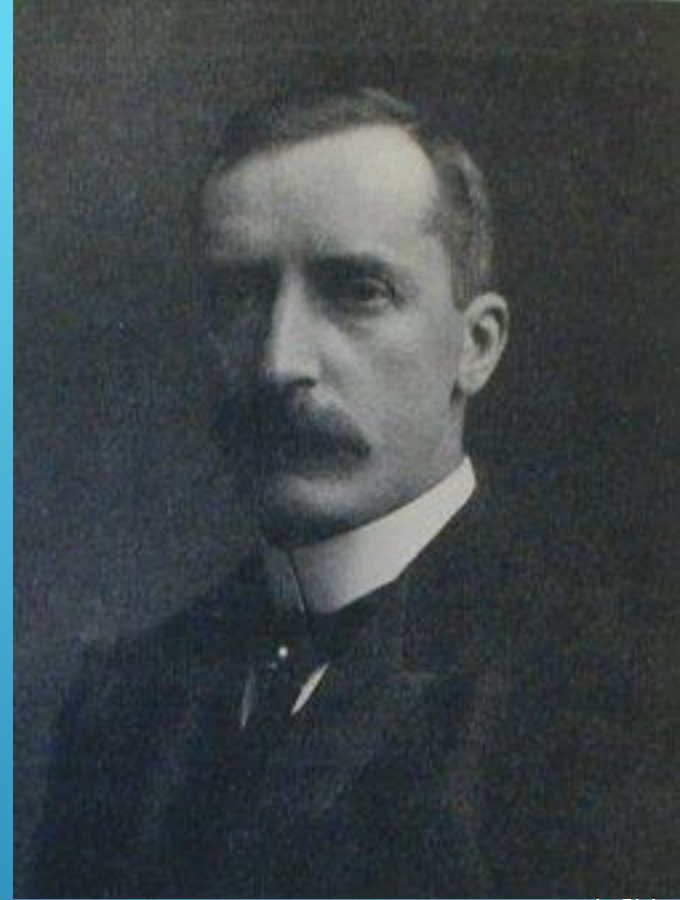
CONCEPT D'ORGANISATION QUI TOUCHE AUTANT LE MÉDICAL, L'ADMINISTRATION, LE POLITIQUE, L'ARCHITECTURE ET LE FINANCIER.

Arbitrage entre deux exigences

- **Economique**
 - **Sécuritaire**
- 

1899 À 1908 **JAMES HENDERSON
NICOLL** (GLASGOW HOSPITAL FOR
SICK CHILDREN) SÉRIE DE 9000
ENFANTS

- **Difficulté de l'hospitalisation des enfants**
- **Surveillance à domicile adaptée par la mère d'intelligence moyenne**
- **Meilleurs résultats post opératoire**
- **Diminution des coût de fonctionnement**
- **Organisation spécifique**
- **Extension aux adultes en préconisant le lever précoce**



UN DEMI SIÈCLE PLUS TARD



- **1955 Eric Farquharson à Edimbourg**
458 hernies opérées en ambulatoire sous anesthésie locale (Lancet). Enseignement des techniques opératoires
- **1965 La Shouldice clinic au Canada**

Organisation dans le cadre d'un hôpital traditionnel

Approche professionnelle de la chirurgie ambulatoire.
Précurseur de Khelet

LES ANNÉES FORMATION

LES PREMIERS CENTRES AMBULATOIRES (INDÉPENDANTS)

- 1968 à Providence aux USA: Butley Ambulatory Center

- 1969 Wallace Reed et John Ford :
Surgery center de Phoenix Arizona:
Les bases du concept ambulatoire
sur le territoire US: Gestion de flux



- 1993 200centres (Santa Barbara Cottage en Californie, Mont Sinai Medical center à Syracuse, Irwin Memorial Hospital Surgery center à Dallas...) dont le prestigieux Massuchetts Boston Hospital (Bevelry Phillips)

**Objectif : contourner les lourdeurs des structures hospitalières
pour les interventions courantes Recherche de la performance**

Résurgence UK avec Impulsion des pouvoirs publics


- 1969 Londres Hammersmith Hospital James Calnan
- Edimbourg: Rainey et Ruckley :Day Bed Unit Western General Hospital
- Guilford: New royal Surrey Country Hospital
- Irlande: Massereene Hospital

Objectif: diminuer les listes d'attente et pallier au manque d'infirmière

Culture anglo-saxonne déterminante

- Création de centre en :
 - Nouvelle Zélande Wellington surgical clinic (Calcinai et Barrette)
 - Australie
- ▶ Le besoin d'organiser, l'économie de la santé, le service au patient ont bousculéles professionnels de santé

LES ASSOCIATIONS

- 1974 FASA (USA) Wallace Reed
 - 1984 SAMBA (USA) Bernard Wetchler et Burton Epstein
 - 1989 BADS Paul Jarret Kingston University London
Tom OGG, Sarah Penn
 - Association Espagnol de chirurgie majeurs (Juan Marin)
 - Association Italienne(Castoro et Baccaglioni)
 - Association Portugaise; Paulo Lemos
 - Association Allemande Jacky Redelet
 - BAAS Claude De Lathouver.
- 

In the hospital sector which is the principal source of health care expenses, ambulatory surgery is probably the only really innovative approach. **It does not consist of managing shortage, but of making better use of available resources by modifying the modus operandi.**

It reflects elementary social ethics.


CLAUDE DE LATHOUWER
1985,
FIRST IAAS PRESIDENT

LA PLUPART DES PAYS SONT SORTI DU VIRAGE

- 1993 Revue Ambulatory Surgery. Edito de B. Wethler Paul Jarett

«D'ici la fin de ce siècle la question ne sera plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en chirurgie hospitalisée, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge avec séjour en hôpital.»

ET LA FRANCE EN 1990...

- La carte sanitaire et quelques pionniers
 - Circulaire CNAMTS du 26 Novembre 1990 interdit l'activité de chirurgie ambulatoire en France
 - 1990 SFAR recommandations de modalités spécifiques à l'exercice de l'AR
 - **1990 Premier congrès européen à Bruxelles**
- 

- 4 avril 1991: L'Etat s'engage à donner un statut juridique à la chirurgie ambulatoire
- **Octobre 1992 Décret fondateur**
- Novembre 1992, arrêtés sur les modalités de reconnaissance des structures
- Circulaire de la CNAMTS sur les modalités d'application tarifaire.

**LA FRANCE COMMENCE SON VIRAGE AMBULATOIRE,
LORSQUE TOUS LES AUTRES PAYS L'ONT TERMINÉ.**

Normes

DÉFINITION DE L'AMBULATOIRE

Article R 6121-4 CSP

LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION MENTIONNÉES A L'ARTICLE L 6121-2 ONT POUR OBJET D'ÉVITER UNE HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET OU D'EN DIMINUER LA DURÉE.

Normes

Article R 6121-4 CSP

**CES ALTERNATIVES COMPRENNENT LES ACTIVITÉS DE SOINS
DISPENSÉES PAR :**

- 1° LES STRUCTURES D' HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL DE JOUR OU DE NUIT,
Y COMPRIS EN PSYCHIATRIE ;**
- 2° LES STRUCTURES PRATIQUANT L' ANESTHÉSIE OU LA CHIRURGIE
AMBULATOIRE ;**
- 3° LES STRUCTURES DITES D' HOSPITALISATION A DOMICILE**

NORMES

Article R 6121-4 CSP (suite)

DANS LES STRUCTURES PRATIQUANT L' ANESTHÉSIE OU LA CHIRURGIE AMBULATOIRES SONT MIS EN ŒUVRE, DANS DES CONDITIONS QUI AUTORISENT LE PATIENT À REJOINDRE SA RÉSIDENCE LE JOUR MÊME, DES ACTES MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX NÉCESSITANT UNE ANESTHÉSIE OU LE RECOURS A UN SECTEUR OPÉRATOIRE

Normes

DÉFINITION PRÉCISÉE SUR LA NOTION DE SUBSTITUTION

Article D 6124-301

LES STRUCTURES D' HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL DE JOUR OU DE NUIT ET LES STRUCTURES PRATIQUANT L' ANESTHÉSIE OU LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DISPENSENT, SUR UNE DURÉE JOURNALIÈRE D' OUVERTURE INFÉRIEURE OU ÉGALE À DOUZE HEURES, DES PRESTATIONS NE COMPRENANT PAS D' HÉBERGEMENT AU BÉNÉFICE DE PATIENTS DONT L' ÉTAT DE SANTÉ CORRESPOND A CES MODES DE PRISE EN CHARGE.

Normes

Article D 6124-301 (suite)

LES PRESTATIONS DÉLIVRÉES ÉQUIVALENT PAR LEUR NATURE, LEUR COMPLEXITÉ ET LA SURVEILLANCE MÉDICALE QU' ELLES REQUIÈRENT À DES PRESTATIONS HABITUELLEMENT EFFECTUÉES DANS LE CADRE D' UNE HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET.

Normes

Article D 6124-301 (suite)

CES STRUCTURES DOIVENT ÊTRE AISÉMENT IDENTIFIABLES PAR LEURS USAGERS ET FONT L'OBJET D'UNE ORGANISATION SPÉCIFIQUE. ELLES SONT ORGANISÉES EN UNE OU PLUSIEURS UNITÉS DE SOINS INDIVIDUALISÉES ET DISPOSENT EN PROPRE DE MOYENS EN LOCAUX, EN MATÉRIEL ET EN PERSONNEL.

Normes

Article D 6124-101 (suite)

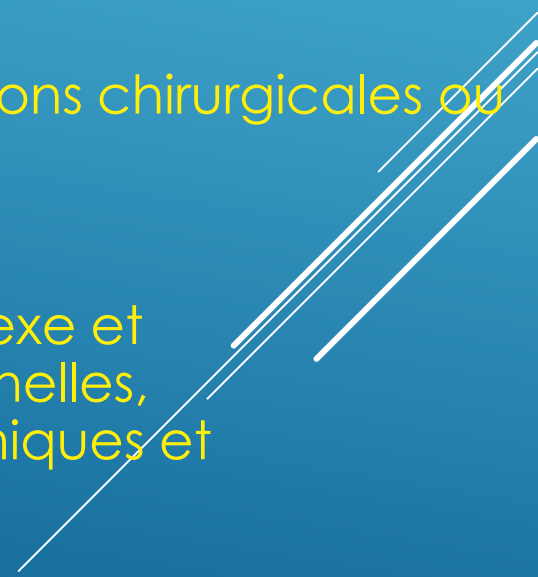
LORSQUE LA SALLE DISPOSE D'UNE CAPACITÉ ÉGALE OU SUPÉRIEURE À SIX POSTES OCCUPÉS, L'ÉQUIPE PARAMÉDICALE COMPORTE AU MOINS DEUX AGENTS PRÉSENTS DONT L'UN EST OBLIGATOIREMENT UN INFIRMIER OU UNE INFIRMIÈRE FORMÉ À CE TYPE DE SURVEILLANCE, SI POSSIBLE, INFIRMIER OU INFIRMIÈRE ANESTHÉSISTE.

- **1994 Création de l'AFCA :
société savante
multidisciplinaire, sur le modèle
d'autres sociétés nationales.**

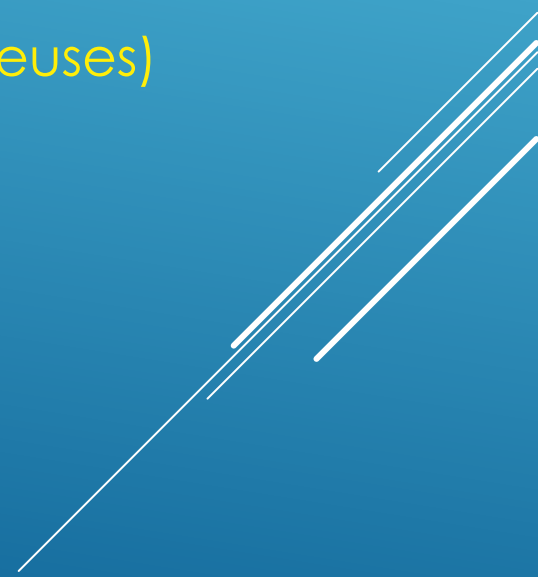
- **1995 Fondation de la société
internationale en mars 95 (IAAS
- International Association for
Ambulatory Surgery) :**



DÉCLARATION LIMINAIRE DE L'IAAS

- ▶ Les principes de l'efficacité dans l'emploi des ressources et de la qualité de la prise en charge
 - ▶ La chirurgie ambulatoire est un outil puissant pour gérer les ressources limitées
 - ▶ La chirurgie ambulatoire concerne les interventions chirurgicales ou diagnostiques lourdes BADS (UK)
 - ▶ La chirurgie ambulatoire est un concept complexe et multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelles, organisationnelles, médicales, de soins, économiques et qualitatives.
- 

PREMIER TRAVAIL DE L'IAAS: LE BENCHMARKING

- ▶ Enquête de l'IAAS et de l'OCDE
 - ▶ Notion de geste marqueurs
 - ▶ Liste de 18 gestes marqueurs (interventions traçeuses)
 - ▶ Les endoscopies sont écartées (biais statistique)
- 

TROIS RÉACTIONS: **V. BOTTOMLEY** MINISTRE BRITANNIQUE DE LA SANTÉ

« Depuis la création du NHS, il y a 47 ans, la chirurgie ambulatoire apparaît en tête de tous les progrès cliniques qui ont eu lieu dans notre pays (...) pour 1995-1996, il est demandé à chaque autorité sanitaire d'atteindre au minimum la proportion de 50% de chirurgie ambulatoire sur la totalité de la chirurgie programmée. Nous avons demandé à toutes les autorités sanitaires de faire en sorte d'atteindre le seuil de 60% en 1997-1998 »

TROIS RÉACTIONS: **E. GUZZANTI** MINISTRE DE LA SANTÉ ITALIEN

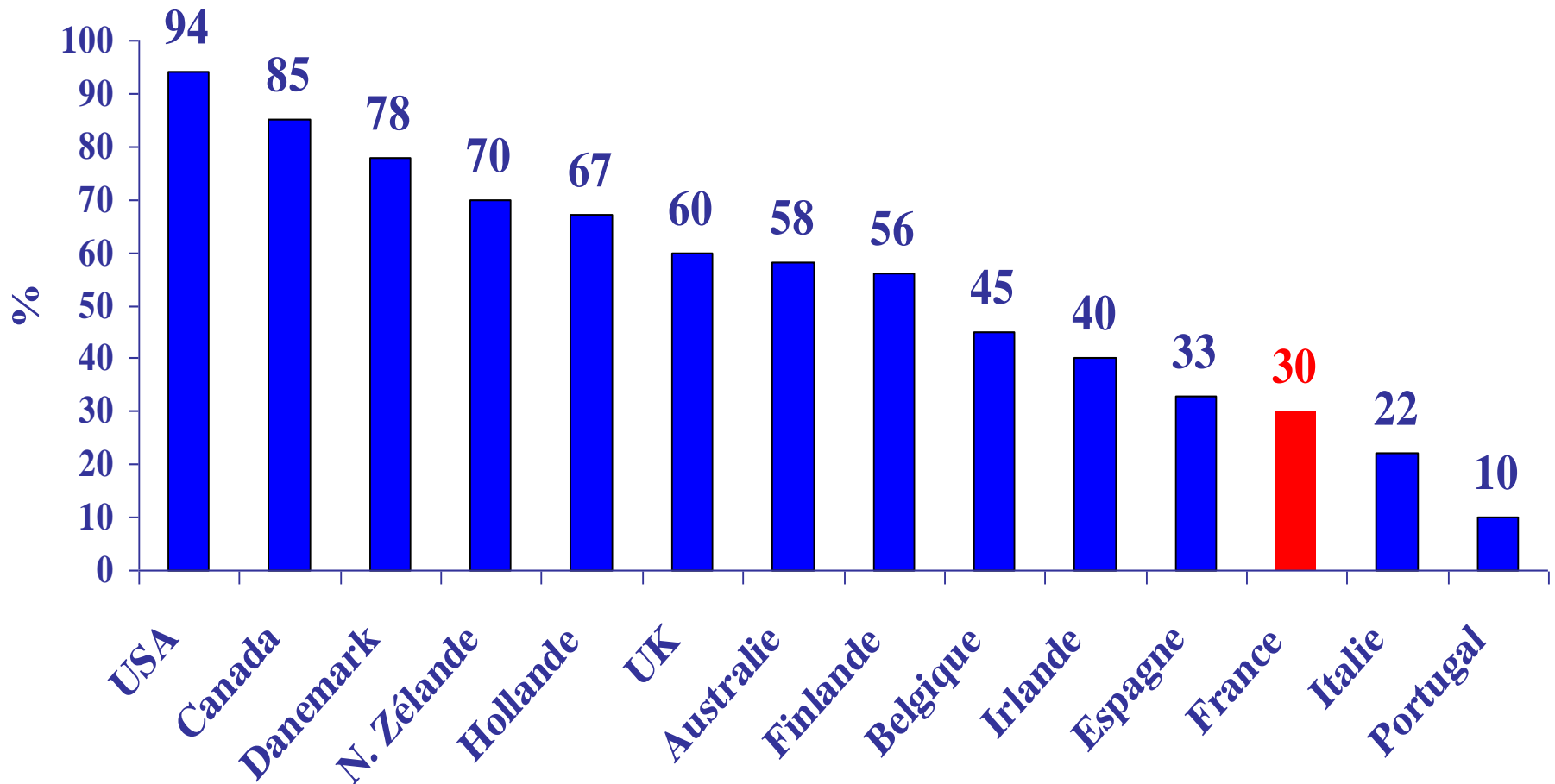
« Ce mode d'organisation et de prise en charge doit, selon nous, être introduit dans toutes les reformes hospitalières en cours dans nos pays européens ».



Trois réactions : **Simone Veil**

- *« La chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de soigner mais, lorsque l'indication le permet, la meilleure façon de soigner ».*

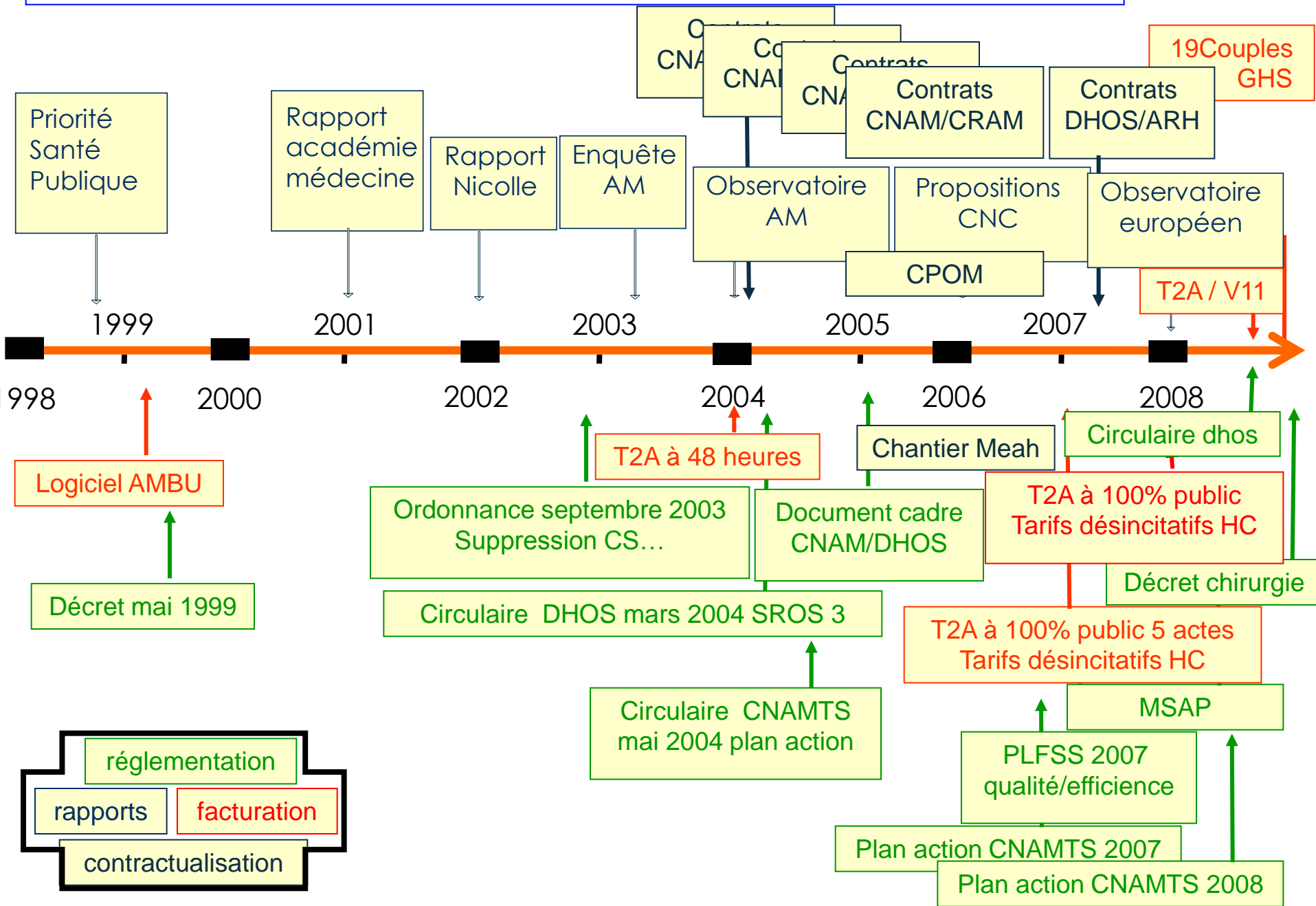
CONTEXTE INTERNATIONAL



Pourcentage de prise en charge ambulatoire sur 20 interventions traceuses en 1997

17 Décembre 2003

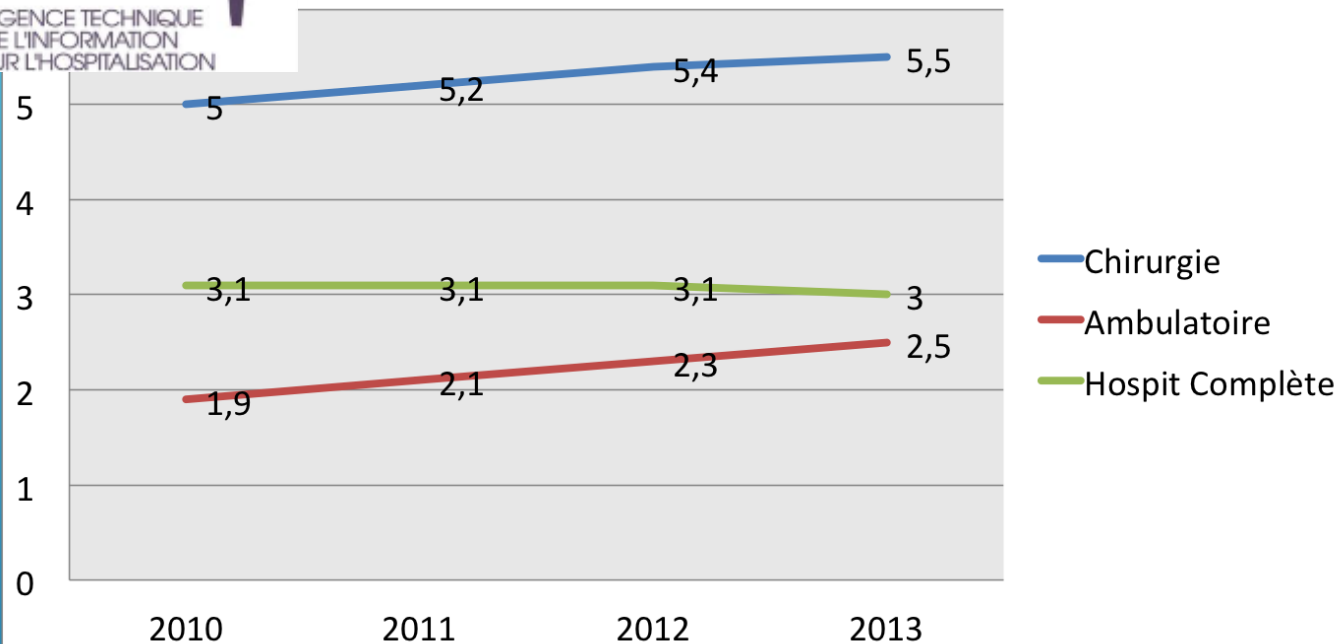
Évolutions des politiques incitatives : Gilles Bontemps Dir. Associé ANAP



atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Evolution 2010-2013 du volume d'activité de chirurgie



LYON NOVEMBRE 2014

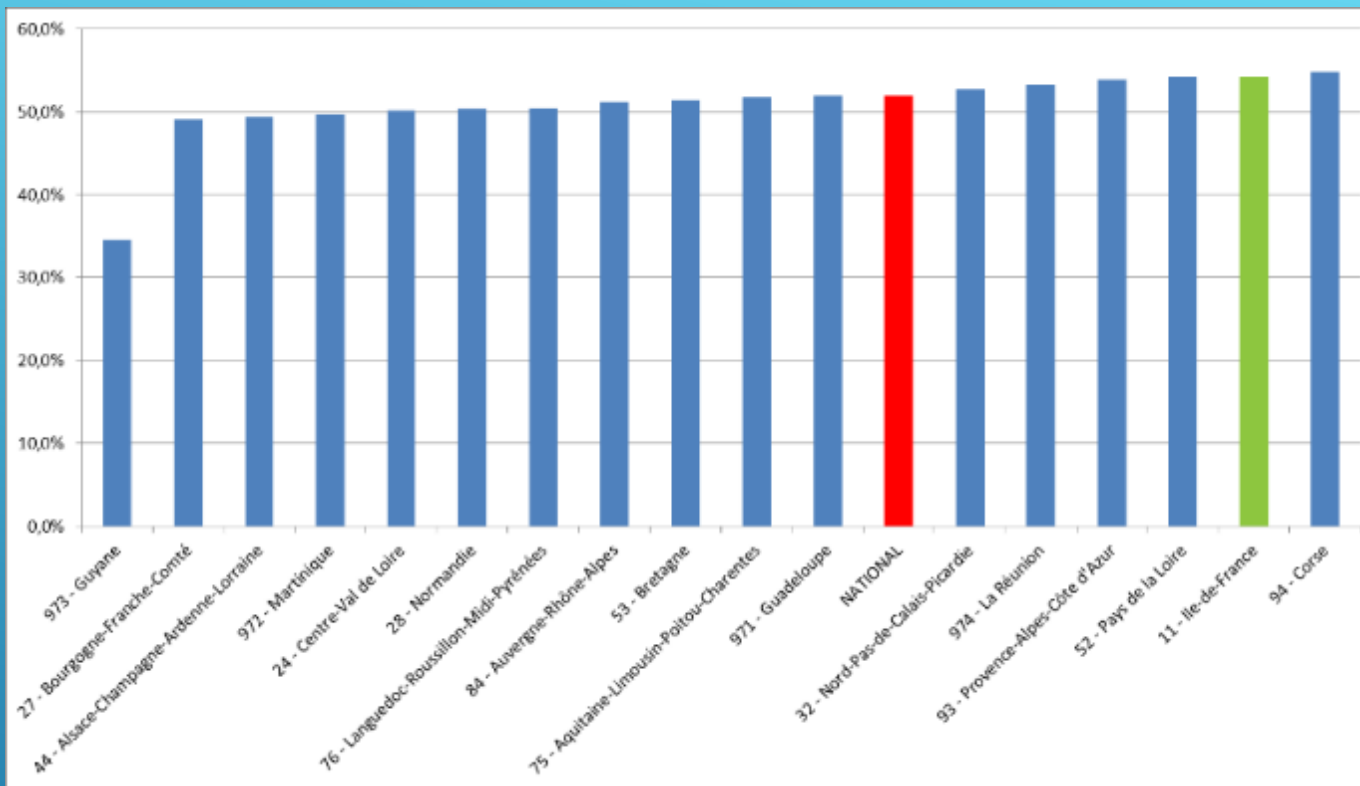
LES GESTES MARQUEURS

- ▶ 17 gestes en 2009
 - ▶ 43 gestes en 2013-2014
 - ▶ 55 gestes en 2015
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, arranged in a diagonal pattern from the bottom-left towards the top-right of the slide.

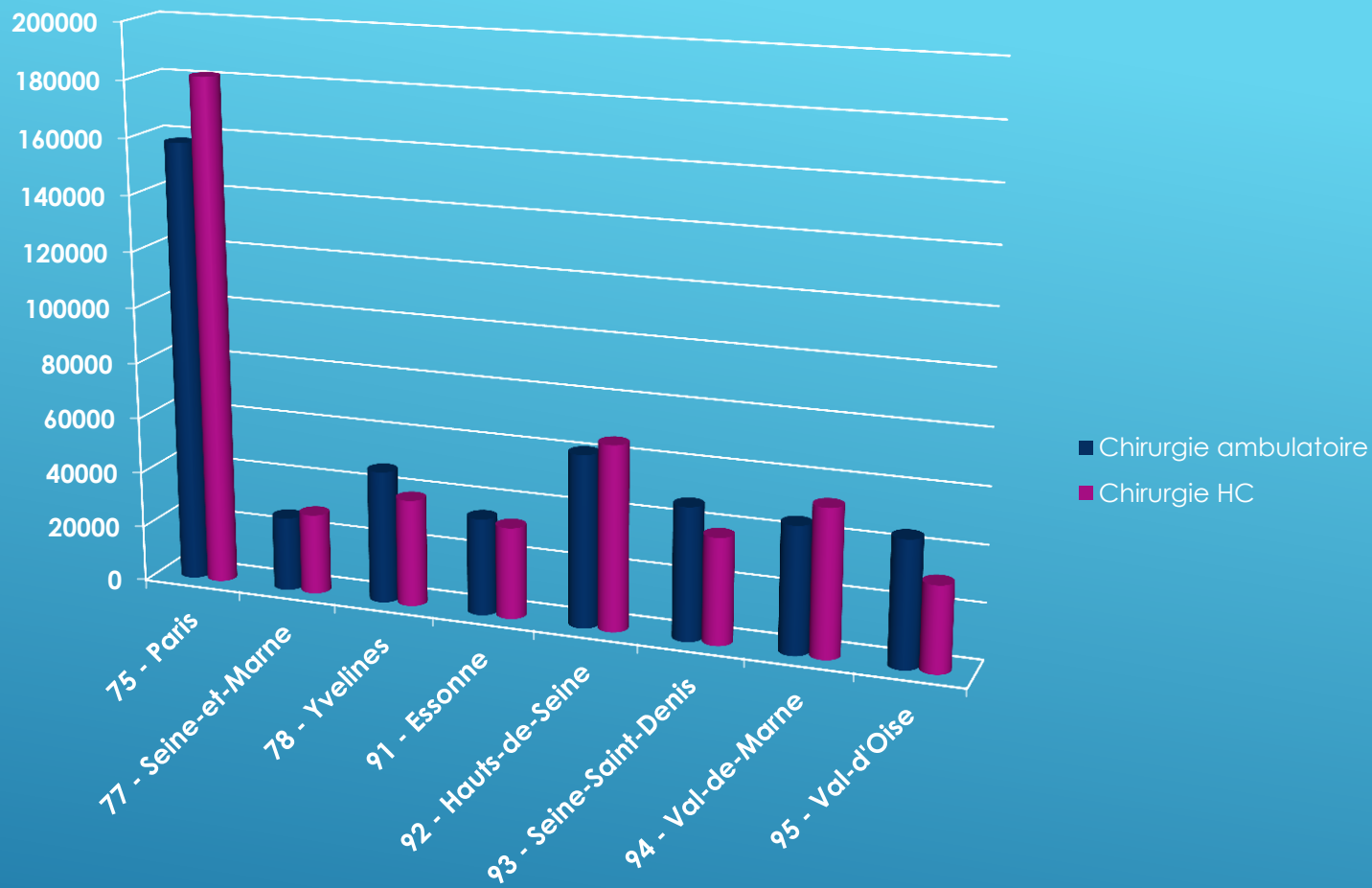
20 ANS PLUS TARD. LE RETARD FRANÇAIS

- ▶ - **52% en France* (2015)**
 - ▶ - **83% aux USA,**
 - ▶ - **79% en GB,**
 - ▶ - **70% dans les pays nord européens,**
 - ▶ - **45% au Portugal**
-
- ▶ **En 2017 nous parlons toujours de virage ambulatoire.**

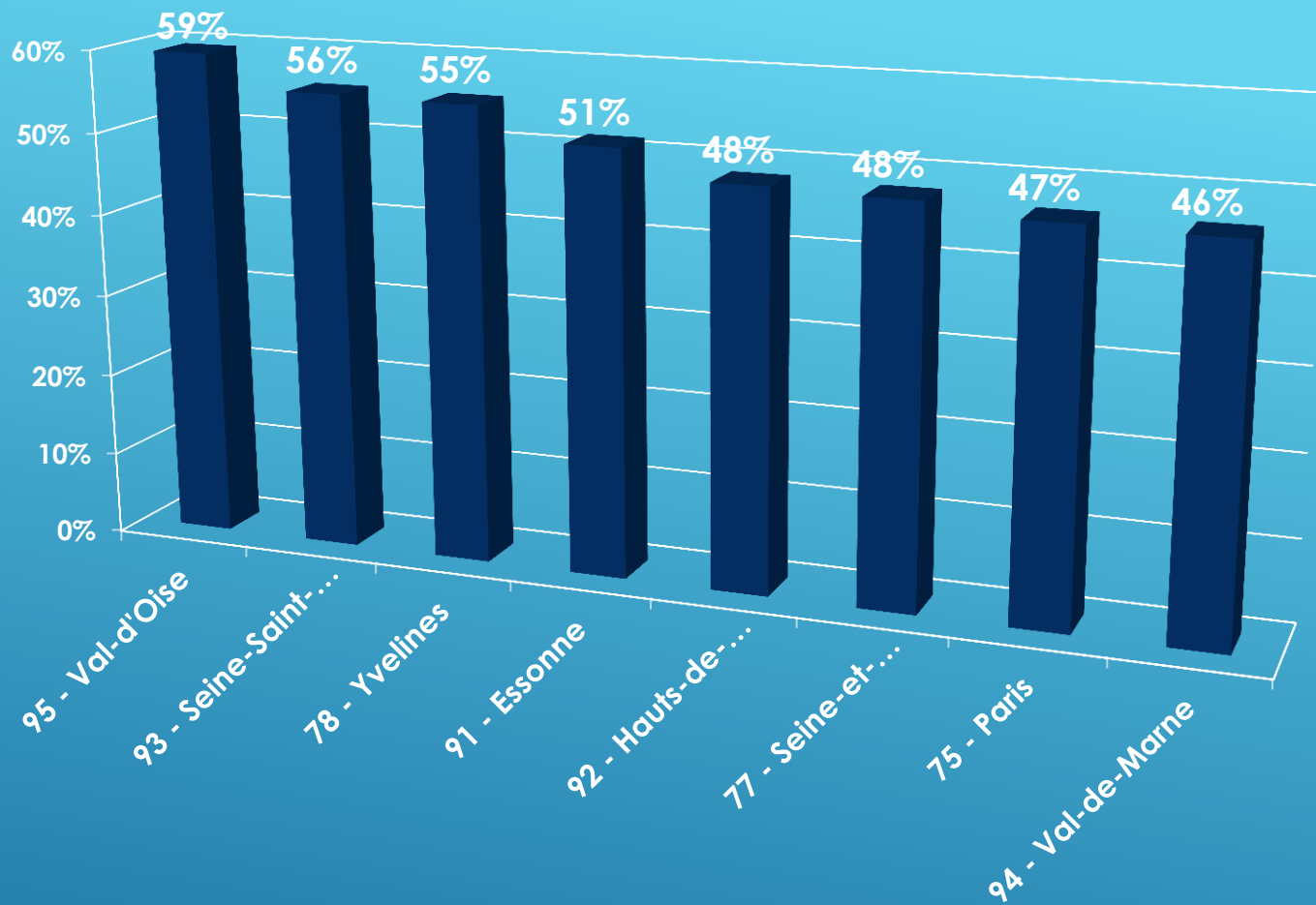




TAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE PAR RÉGIONS EN 2015

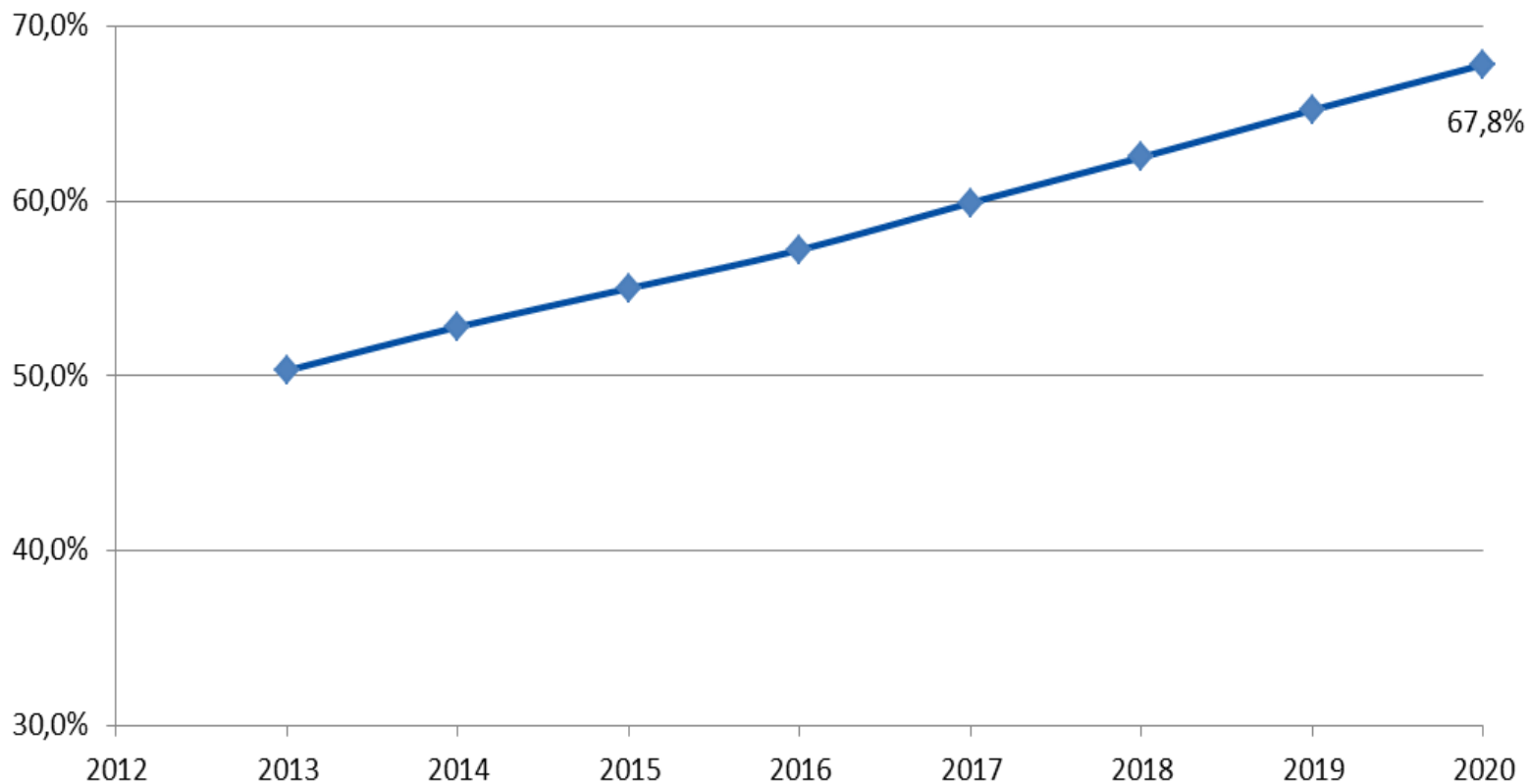


ACTIVITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PAR DÉPARTEMENT EN 2015



TAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE PAR
DÉPARTEMENT EN 2015

Evolution du taux cible de chirurgie ambulatoire IDF (nouveau périmètre)



Développement d'hôtels hospitaliers
(ex: parcours "AMBULOTEL" – Hôtel-Dieu 2009/2012)

Développement de la RAAC

Développement des outils connectés

Développement des dossiers électroniques avec organisation des parcours (ex: logiciel "AMBUDEM" à l'AP-HP)

Développement de la recherche Clinique en CA
(ex: PHRC "AMBUPROG" – 2011/2014), bigs data

Développement d'observatoires régionaux de CA (ex: l'"ORCA" en IDF) avec leur site web d'informations tous publics

Développement de la formation en CA (référentiels, MOOC, DIU..)

DES PISTES D'EVOLUTION

Incitation tarifaire (ex: suppression le 1^{er} mars 2014 des bornes basses pour les GHM chirurgicaux de niveau 1)

Chronologie de la restructuration

- ◆ Novembre 2009 : engagement de création d'une activité de CA hors ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu
- ◆ Printemps 2010 : transfert des activités d'HC viscérales les plus lourdes à Cochin et création d'une activité de CA intégrant une UF de chirurgie plastique
- ◆ Novembre 2010 : création officielle (CME) du SCGPA
« Service de Chirurgie Générale, Plastique et Ambulatoire »

- ◆ **Portant sur deux périodes :**

- ↳ 1^{er} avril 2008/31 mars 2009 vs 1^{er} avril 2010/31 mars 2011,
dans le même service

- ◆ **Période 1 (2008/2009) :**

- UF conv. de chir. visc. de 25 lits, 2 SO dédiées, 9,4 ETP

- ◆ **Période 2 (2010/2011) :**

- Transformée en UCA de chir. gén. de 8 places avec succès
avec 2 lits conventionnels, 1 SO dédiée, 5,6 ETP

- ◆ Patients programmés
- ◆ 1 seul acte opératoire par intervention chirurgicale
- ◆ Prise en charge exclusive en chirurgie
- ◆ 39 actes de pratique courante en chirurgie générale
- ◆ **Regroupés selon 5 catégories**
 - ↳ Chir. de la paroi abdominale (hernies, éventrations)
 - ↳ Chir. digestive (cholécystectomies)
 - ↳ Chir. gynécologique (hystérectomies, annexectomies)
 - ↳ Chir. des tumeurs du sein (Tumorectomies, mastectomies)
 - ↳ Chir. plastique et réparatrice (seins, cutanéoplasties)
- ◆ Analyse statistique quantitative et qualitative des données recueillies (Centre d'Epidémiologie Clinique Hôtel-Dieu)

Nombre de nuits

◆ Période 1 (N=229):

- ✓ **Moyenne** : 3,8 nuits (± 2.6)
- ✓ **1 nuit et +** :
226 patients /229 (98,7%)
- ✓ **2 nuits et +** :
222 patients /229 (96,9%)

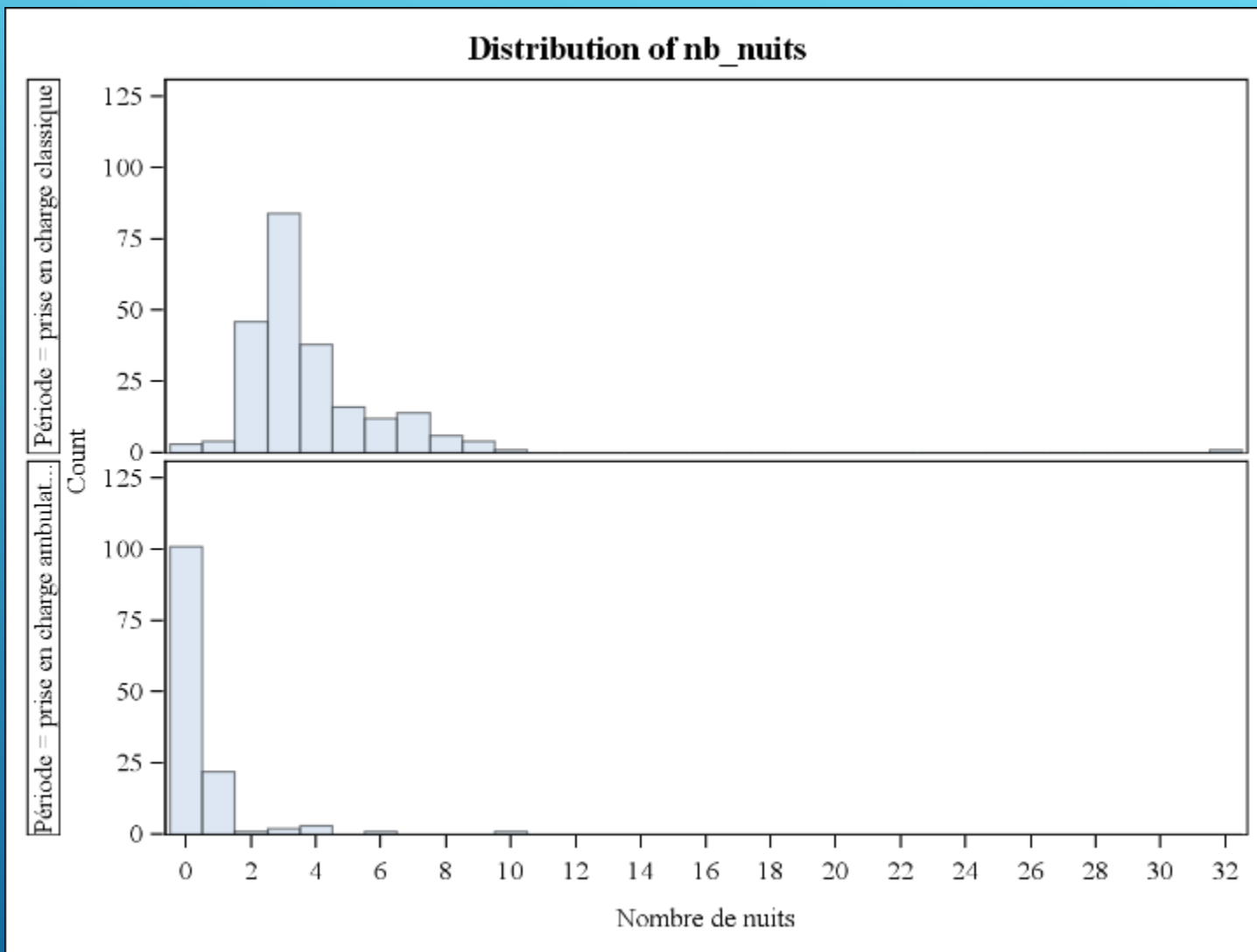
◆ Période 2 (N=131):

- ✓ **Moyenne** : 0,4 nuit (± 1.2)
- ✓ **1 nuit et +** :
30 patients /131 (22,9%)
- ✓ **2 nuits et +** :
8 patients /131 (6,1%)

(W) $p = 0,0001$

Valeur ajustée sur les facteurs de confusion (âge, sexe, ASA, type d'intervention)

Distribution du nombre de nuits selon le type de prise en charge

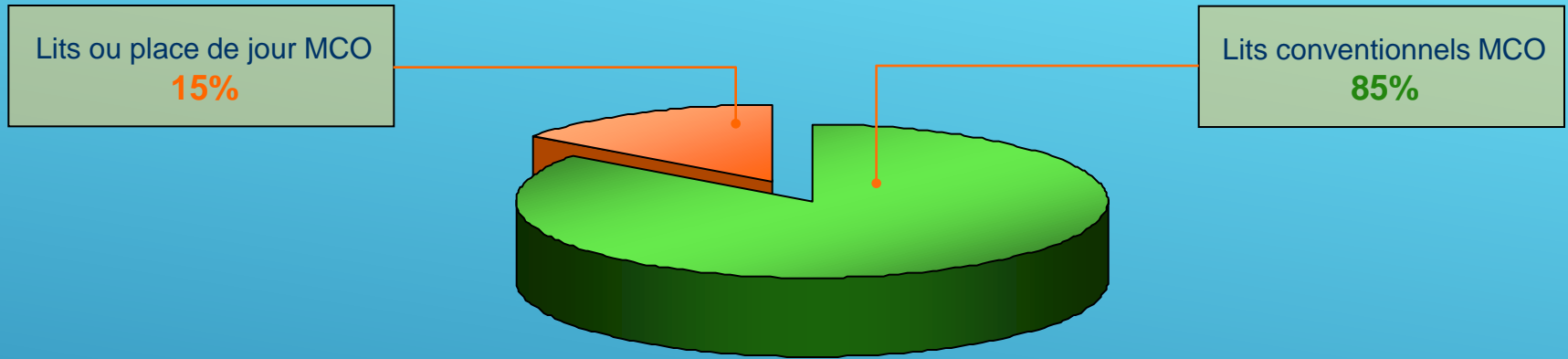


A RETENIR

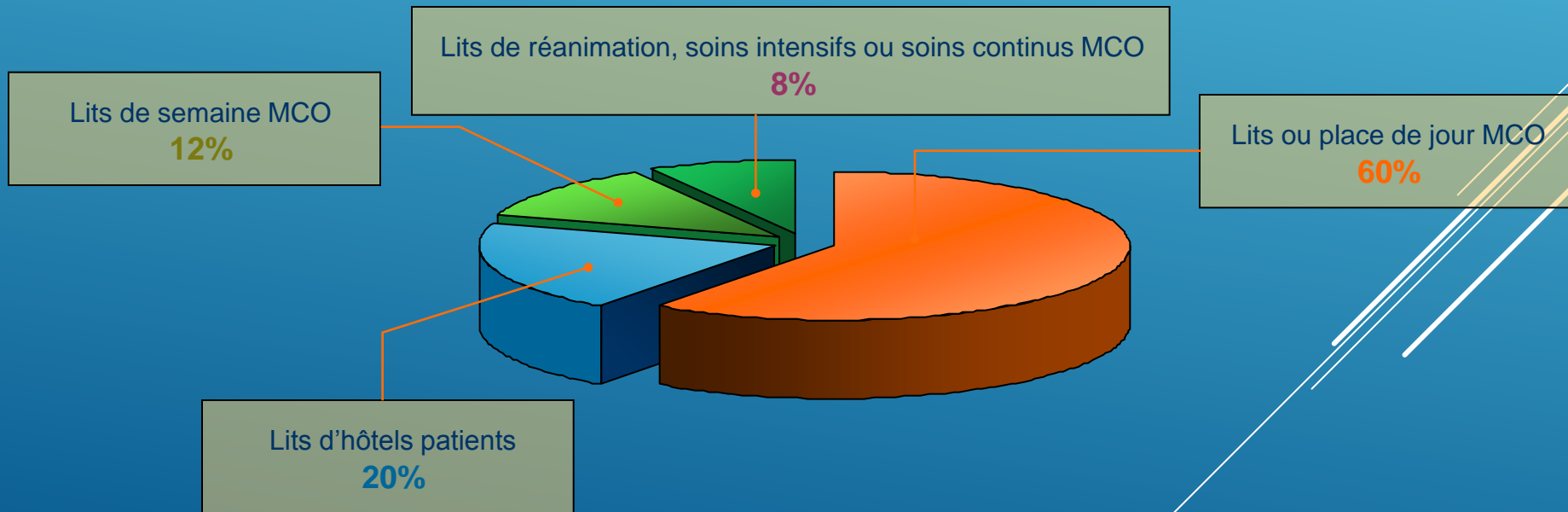
La chirurgie ambulatoire est

- un concept d'organisation innovant
 - pluridisciplinaire
 - qui ne s'impose pas de lui même
 - qui ne peut atteindre un développement normal qu'avec des mesures incitatives simples
 - dans un cadre spécifique
- 

Configuration hospitalière actuelle : Quasi monomodale



Future configuration hospitalière : Multimodale



Pour en savoir plus, consulter :

- ▶ Le site de la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpementde-la-chirurgie-ambulatoire)
- ▶ Le rapport d'évaluation technologique « Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire », HAS-ANAP, mai 2014
- ▶ Le guide « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire – Recommandations organisationnelles », HAS-ANAP, mai 2013
- ▶ Le guide « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire - Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire », HAS-ANAP, mai 2013
- ▶ Les recommandations AFU-SFAR-AFA-ANAP « Chirurgie ambulatoire en urologie », 2013 (label HAS)
- ▶ Le guide « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances », HAS-ANAP, avril 2012
- ▶ Les recommandations formalisées d'experts « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire », SFAR, 2009
- ▶ Les recommandations « Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans) », CNCE-Adarpef, 2008
- ▶ L'outil Web de l'ANAP « Itinéraire Chir Ambu » (<http://www.anap.fr/les-projets-delanap/organisation/chirurgie-ambulatoire/itineraire-chir-ambu/>)
- ▶ L'outil Web de l'ORCA (<http://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr>)