

Page_06

Médico-social

Perte d'autonomie :
comment améliorer
les parcours de santé ? /

Page_14

Grand angle

Chirurgie ambulatoire :
la France met les bouchées
doubles /

Page_21

+ d'interactions

La santé mentale sur le net /

INTERACTIONS

LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF

#9

Juillet 2012

Page_17

Grand angle

Médecines complémentaires :
entre espoirs et méfiance



Grand angle

ORGANISATION

Chirurgie ambulatoire : la France met les bouchées doubles

L'ESSENTIEL_ Si notre pays accuse un certain retard en matière de chirurgie ambulatoire, le développement de ce mode d'intervention est désormais une priorité nationale. Encouragée par de nouvelles techniques de pointe, toujours plus demandée par les patients, elle oblige à une organisation sans faille... Revue de détails.

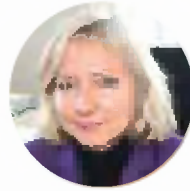


« **E**n 1998, quand j'ai opéré ma première vésicule biliaire en chirurgie ambulatoire, on m'a dit de prendre tout de suite un avocat, que j'allais tuer mon patient ! », se souvient, avec amusement, Corinne Vons, chirurgienne digestive au CHU Jean-Verdier de Bondy et aujourd'hui vice-présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA). La chirurgie ambulatoire recouvre toutes les interventions programmées, réalisées sous des

anesthésies de mode variable, qui permettent la sortie du patient le jour même. Les interventions réalisées en ambulatoire sont deux fois moins nombreuses en France qu'aux États-Unis (voir chiffres page 16)... Pourquoi un tel retard ? Pour des raisons culturelles, estime Corinne Vons. « Nous n'avons pas la même vision du système de santé que les Anglo-saxons. Notre sécurité sociale présente l'avantage de favoriser l'accès aux soins pour tous, mais elle favorise la passivité des patients, alors que la chirurgie ambulatoire nécessite qu'ils participent à leur prise en charge. Aux États-Unis, on ne passe la nuit à l'hôpital que si l'on est encore malade après une intervention. »

MODERNITÉ ET EXCELLENCE

Toutefois, la chirurgie ambulatoire gagne du terrain en France. Entre 2007 et 2010, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire a progressé de 5 points, contre 2,4 pour la chirurgie¹. Désormais, de l'avis de tous, c'est une chirurgie moderne, d'excellence, qui oblige à la rigueur et à l'efficacité. « En ambulatoire, on est tout de suite confronté aux suites opératoires, rapporte Corinne Vons. Il faut agir rapidement, par exemple pour prendre en charge la douleur ou les vomissements avant le retour au domicile. » La chirurgie ambulatoire profite également des derniers progrès de la médecine : **laparoscopie** ou **anesthésie locale**, pour ne citer qu'elles, favorisent le rétablissement rapide des patients. De plus, les techniques utilisées étant moins invasives et le séjour à l'hôpital plus court, le risque d'infections serait moindre. Mais on attend encore



Véronique Anatole-Touzet, directrice générale du CHR de Metz-Thionville,

_TÉMOIGNAGES

“Les équipes y trouvent leur compte”

Dans notre établissement, le taux de chirurgie ambulatoire est désormais de 45 %. Personne ne regrette cette réorganisation : les patients sont les premiers satisfaits, mais les chirurgiens et les équipes soignantes des services de spécialités y trouvent aussi leur compte. Ils peuvent mieux se consacrer aux malades les plus lourds ainsi qu'aux urgences. La prise en charge en ambulatoire a été protocolisée avec, notamment, un appel des patients la veille. Cela réduit le taux d'interventions annulées et peut éviter la prise d'anxiolytiques avant l'intervention.



et Élisabeth Gloaguen, coordinatrice des soins

des études sur des cohortes importantes pour en avoir confirmation. La diminution de certains risques, comme la phlébite ou l'embolie pulmonaire, est quant à elle bien démontrée². Au ministère de la Santé, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a fixé un objectif de 50 % d'actes chirurgicaux réalisés dans les établissements français en ambulatoire d'ici à 2016.

UN PLAN D'ACTION

Pour favoriser son déploiement, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) ont lancé un plan d'action (voir interview p. 16). L'Anap a aussi rénové son outil « Diagnostic Flash » : devenu « Hospi-Diag », il fournit aux établissements un tableau de bord de leurs performances... et permet aux hôpitaux d'estimer leurs forces, faiblesses et marges de progression en matière de chirurgie ambulatoire. En outre, la tarification T2A favorise de plus en plus ce mode de prise en charge. Désormais, 55 séjours pour le secteur public – un peu plus en privé – sont rémunérés de façon identique en ambulatoire et en conventionnel ; pour les autres séjours, les écarts se resserrent. D'autres incitations, coercitives, sont expérimentées. Ainsi, l'Assurance maladie a établi, dans certains établissements, la mise sous entente préalable pour la pratique en chirurgie

Suite, page 16 →

→ Cette technique d'endoscopie chirurgicale peu invasive est utilisée pour le diagnostic ou l'intervention, en particulier dans l'appareil digestif, en gynécologie et en urologie.

→ Mode d'anesthésie de plus en plus utilisé pour les interventions localisées et de courte durée, consistant à injecter un produit anesthésiant à proximité des nerfs de la région du corps concernée.



Nicolas Estienne, directeur du Centre hospitalier de Martignes et auteur d'un mémoire de MBA sur la chirurgie ambulatoire

“Pour des méthodes plus efficaces”

L'hôpital public n'est pas « génétiquement » programmé pour la chirurgie ambulatoire : si le patient est au centre des préoccupations, il n'est pas toujours au cœur de l'organisation. Il est impératif d'adopter des méthodes plus efficaces. Sinon, la santé va continuer à coûter de plus en plus cher et, à la fin, les plus démunis ne pourront plus se soigner. Pour réussir, il y a des impératifs à trois niveaux : que les Agences régionales de santé définissent des priorités précises, que l'établissement se fixe des objectifs clairs et atteignables et que médecins et cadres aient davantage de latitude dans leur organisation interne.



Yves Bloch, directeur du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye,

“Un coup de fil au patient, avant et après”

En chirurgie conventionnelle, c'est le patient qui attend le chirurgien et l'anesthésiste ; en ambulatoire, c'est l'inverse. C'est donc une organisation totalement différente. Nous avons mené un très gros travail pour accompagner ce changement auprès des personnels. Nous avons également mis l'accent sur l'information du patient, qui doit être rassuré, épaulé et doit sentir que sa prise en charge nous concerne. Nous l'appelons donc la veille de l'intervention et le lendemain pour vérifier que tout va bien, notamment qu'il n'a plus de nausées ou de vomissements et que les douleurs postopératoires sont bien traitées.



et Dr. Hélène Solus, médecin anesthésiste

_3 QUESTIONS À...



Dr Jean-Patrick Sales,
directeur
de l'évaluation
économique et de santé
publique à la HAS

Comment expliquer le retard français en matière de chirurgie ambulatoire ?

Le système de soins français a toujours été fondé sur l'hébergement. À l'époque où l'hôpital ne soignait pas encore, les hospices hébergeaient déjà. Depuis, l'hôpital est de plus en plus devenu un plateau technique mais ne s'est pas départi de sa fonction d'hébergement.

« Ne plus se demander quand une chirurgie ambulatoire est possible, mais quand un hébergement est nécessaire »

Est-ce en train d'évoluer ?

Oui, les patients sont de plus en plus rapidement autonomes après une intervention, notamment grâce aux progrès de l'anesthésie et des techniques chirurgicales. Le frein qui reste à lever réside dans l'organisation des établissements, particulièrement celle du parcours du patient. Si je peux faire une comparaison, c'est comme les péages autoroutiers. Il y a aujourd'hui des caisses de télépéage où l'on n'a plus besoin de s'arrêter et, si vous avez un abonnement Télépéage, vous tolérez mal de devoir passer à une caisse normale. La chirurgie ambulatoire permet elle aussi de supprimer certains temps morts, et ce sont les patients qui nous y poussent, mais il faut aménager des flux spécifiques.

En quoi consiste le partenariat HAS-Anap ?

L'idée est d'inverser la charge de la preuve : ne plus se demander quand une chirurgie ambulatoire est possible, mais quand un hébergement est nécessaire, pour quel bénéfice et avec quel risque, et accompagner les professionnels dans ce sens. Le *Socle de connaissances*, publié en avril, recense les publications scientifiques sur le sujet : état des lieux, organisations, information du patient, bénéfices et risques... Suivront, d'ici début 2013, des recommandations organisationnelles qui résulteront d'une analyse de processus réalisée par la HAS et d'un benchmark d'établissements particulièrement avancés sur le sujet établi par l'Anap. Ensuite, nous réévaluerons les critères d'éligibilité des patients, en particulier dans les aspects psychosociaux et environnementaux, et produirons des outils et analyses économiques.

Suite de la page 15 →

conventionnelle d'actes pouvant être réalisés en ambulatoire.

Concrètement, comment développer la chirurgie ambulatoire à l'hôpital ? « *Il faut créer des unités, avec des lits dédiés, une zone du bloc dédiée et du personnel dédié* », explique Corinne Vons. La chirurgie ambulatoire réclame une organisation sans faille, et donc protocolisée. Tout le monde doit être sur le pont à la première heure le matin, le patient devant subir plusieurs heures de surveillance postopératoire avant de rentrer chez lui. Celui-ci doit avoir été bien informé en amont, et l'anesthésiste doit adapter sa prise en charge afin que la personne vive au mieux l'opération tout en étant rapidement rétablie. De plus, le chirurgien est amené à anticiper l'analgésie postopératoire. L'infirmière doit surveiller de près l'état de santé du patient et l'aider à se remettre rapidement sur pied. Enfin, il revient à l'établissement de préparer la sortie et de contacter le patient après son retour à domicile afin de s'assurer qu'il a bien suivi et compris les prescriptions. « *Désormais, une page est tournée et ceux qui auront loupé le coche vont perdre des parts de marché. Changer de cap est difficile pour tout le monde. Il faut donc une volonté collective au sein des établissements, associant médecins, équipes soignantes et directions* », conclut Corinne Vons.

1. Source : *État des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire*, Atih.

2. *Chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances*, HAS-Anap, avril 2012.

63,5 %

Aux États-Unis, en 2010, la chirurgie ambulatoire représentait 63,5 % du total des interventions chirurgicales pratiquées dans les hôpitaux. Elle y est aussi de plus en plus pratiquée dans des centres indépendants et des cabinets médicaux.

36 %

Pour 18 interventions de référence, la France réalisait, en 2009, 36 % de chirurgie ambulatoire. Elle se place devant l'Italie (32 %) et l'Espagne (33 %), mais loin derrière le Danemark (74 %) ou la Suède (69 %).

(Source : *Chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances*, HAS-Anap)



LA FHF À VOS CÔTÉS

Dr Christine Bara, conseillère médicale à la FHF

« La FHF est largement favorable à la chirurgie ambulatoire : elle permet une prise en charge de qualité et va dans le sens de l'histoire, en impliquant un décloisonnement, une pluridisciplinarité et une meilleure coordination qui concourent à la fluidité du parcours du patient. Développer la chirurgie ambulatoire modernise toute l'organisation des soins et redéfinit la place de chacun : du brancardier au médecin traitant en ville, en passant par l'infirmière, le chirurgien et l'anesthésiste. Ces changements nécessitent cependant d'être accompagnés. C'est pourquoi la FHF s'implique aux côtés de la HAS et de l'Anap sur ce dossier. Sa filiale SPH-Conseil organise également des séminaires sur ce sujet et les délégations régionales de la FHF sont aussi mobilisées, comme a pu en témoigner, en particulier, le séminaire organisé par la région Pays de la Loire le 15 juin dernier. »