



en place onze « univers de soins », renforçant la lisibilité des informations des séjours. Cette procédure appliquée à 2020 a donné un panorama représenté dans le tableau 1.

Si certains univers comme celui de gynécologie-obstétrique ou de l'addictologie sont bien définis, avec des agrégats de prise en charge délimités (gynécologie-obstétrique : 57 % des séjours pour IVG et 31 % pour des affections de l'*antepartum*), d'autres univers restent difficiles à catégoriser, comme la médecine adultes. Malgré la présence de codes suffisants, comme pour l'ascite, pour comprendre la prise en charge, d'autres situations appelleraient des précisions et le seul codage du diagnostic principal (DP) ne nous permet pas de tirer suffisamment d'informations pour interpréter le séjour, comme « douleur non classée ailleurs ».

Toutes spécialités confondues, le codage des séjours fait ressortir la prépondérance des groupes d'activités relevant d'une notion de suivi, de surveillance et d'exploration, qui représentent ensemble environ 42 % des séjours de l'univers de médecine adultes, 49 % des séjours de l'univers médecine enfants et 47 % de l'univers médecine personnes âgées.

La prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs représentent un domaine d'activité important, avec 6,2 % des séjours de l'univers de médecine adultes, chiffre assez stable dans d'autres univers comme celui de l'oncologie, avec 6,8 % des séjours. Un univers

de douleurs chroniques a été isolé, mais ne nous permet pas de catégoriser de manière plus précise le contexte de ces douleurs.

Le panorama obtenu est appelé à gagner en netteté, avec la mise en place par la Cnam d'un outil dédié à l'analyse de la médecine ambulatoire : VisuMed, en *open data*. Cette mise en place permettra aussi de s'interroger sur la question de l'adéquation entre le type de prise en charge, l'endroit de sa prise en charge et la durée de séjour adéquate : « *le bon patient au bon endroit pour la bonne durée de séjour* ». La notion de qualité des soins se profile derrière les questions d'organisation (les modes d'organisation sont différents selon les durées de séjour : ambulatoire, moins de 48 heures, moins de 72 heures et plus de 72 heures) et de pertinence (avec notamment la constatation de durées de séjours de plus de huit jours dans les unités d'hospitalisation de courte durée [UHCD]).

Des progrès seront facilités si le codage se fait plus précis, si des établissements et institutions de santé collaborent pour préciser les connaissances acquises. Ce travail collaboratif permettrait d'associer l'approche globale du sujet et les approches spécialisées des cliniciens, pour construire progressivement une culture de la médecine ambulatoire similaire à celle existant pour la chirurgie ambulatoire et définir un champ plus lisible pour tous. Dès lors, des mesures incitatives pourront être mieux ciblées, mieux comprises, et plus effectives. ➔

Évolution et organisation des prises en charge en chirurgie ambulatoire

Gilles Cuvelier
Praticien hospitalier,
chef de service
au centre hospitalier
de Cornouaille,
Quimper

Les volumes de chirurgie ambulatoire ont augmenté d'année en année, plus lentement que les objectifs annoncés : 47 % des actes chirurgicaux en 2013, la chirurgie ambulatoire est maintenant devenue majoritaire (lire p. 14).

Depuis vingt ans, quelles évolutions ?

Les établissements de santé ont tous créé leur unité de chirurgie ambulatoire (UCA), la chirurgie ambulatoire « foraine » (hors UCA) est en train de disparaître¹. Ces unités de chirurgie ambulatoire ont, pour les premières,

1. Quelles structures peuvent pratiquer la chirurgie ambulatoire ? En France, la chirurgie ambulatoire est une activité soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé. Les destinataires de cette autorisation peuvent être un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale. Différentes décisions juridictionnelles ont considéré que le fait d'être autorisé à exercer, pour une structure, une activité de soins en ambulatoire lui conférerait la qualification d'un établissement de santé, imposant de fait des obligations et contraintes en termes de sécurité et de qualité des soins.

plus de vingt années d'existence, un certain nombre d'entre elles ont plusieurs fois évolué sur le plan architectural à la fois pour accueillir plus de patients, mais aussi pour pouvoir appliquer des principes de *lean management* avec des circuits différenciés, une marche en avant, un accueil des patients en *box*, en cocons, en fauteuils ou en lits non plus à l'arrivée du patient mais au retour du bloc opératoire. Certaines unités en sont à leur quatrième version architecturale.

D'actes chirurgicaux simples, la chirurgie ambulatoire s'est progressivement élargie aux actes complexes. Les premières prothèses de genou et de hanche sont apparues en 2012 ; en 2013, *sleeve* et puis *by-pass* pour obésité morbide, résection pulmonaire, colectomie pour cancer, thyroïdectomie, néphrectomie ; en 2014, colectomie totale, hernie discale, cure d'anévrisme de l'aorte abdominale. La chirurgie robotique y participe également (prostatectomie radicale, néphrectomie partielle et totale, curage lombo-aortique...).

Rares sont devenus les gestes non réalisables ou non programmables le jour suivant en ambulatoire. Les urgences chirurgicales n'ont pas dérogé à cette évolution : appendicite aiguë, cholécystites aiguës, fractures et plaies sont dans beaucoup d'établissements pris en charge aux urgences puis opérés soit le jour même soit reconvoqués le lendemain en chirurgie ambulatoire.

L'évolution a également concerné les patients, la chirurgie ambulatoire est aujourd'hui réalisable et effectuée du plus jeune âge (quelques mois), dans certains centres spécialisés, au plus grand âge. Certains patients autrefois écartés, en raison de comorbidités, sont maintenant admis ; ASA 3 équilibré², syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Les idées ont évolué, les fausses croyances s'effacent : vivre seul n'est plus un obstacle complet à une prise opératoire ambulatoire sous anesthésie générale. La balance risque/bénéfice est maintenant une règle adoptée par les équipes anesthésiques et chirurgicales qui décident au cas par cas.

Les pouvoirs publics ont encouragé tardivement la chirurgie ambulatoire en alignant la tarification en ambulatoire sur les tarifs d'hospitalisation complète (2014). Persiste encore sauf exceptions (quelques actes majeurs sous condition de récupération améliorée après chirurgie [Raac]³), la non-prise en charge des CMA (Comorbidité associé, la lourdeur du patient) qui, lors du codage en hospitalisation complète, majore les tarifs.

Le *lean management*, les principes d'organisation industrielle ont longtemps rebuté le monde médical avant qu'il comprenne que même en chirurgie l'objectif était la qualité et que le gaspillage, les temps perdus existaient et pouvaient disparaître au grand profit des patients. L'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) a été un acteur majeur dans cette évolution.

La réhabilitation précoce, condition indispensable à la chirurgie en ambulatoire, s'est étendue à la chirurgie en hospitalisation conventionnelle à travers la Raac. Les équipes anesthésiques et chirurgicales ont élargi à tous leurs patients les bienfaits de l'absence de prémédication, du jeûne raccourci, de l'épargne morphinique, de la mobilisation précoce, de l'analgésie multimodale, pratiqués initialement en chirurgie ambulatoire.

La culture de la gestion des risques s'est diffusée à travers les sociétés savantes qui ont produit des recommandations pour la chirurgie ambulatoire, engagé leurs médecins dans des processus d'accréditation individuelle puis d'accréditation d'équipe. La Haute Autorité de santé (HAS) et l'Anap ont ensemble édité une somme d'informations et de recommandations sur la

chirurgie ambulatoire : *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire* [36].

De nouveaux outils sont apparus en *open source*, accessibles par tous sous l'impulsion de Guy Bazin, puis de Gilles Bontemps à l'Anap puis à l'Assurance maladie : Hospidiag puis Visuchir⁴. Plus précis dans leur description, et concernant l'ensemble des établissements de santé, ces outils jettent aux oubliettes les quelques classements des hôpitaux annuels à vision limitée. Ils permettent aux équipes médicales de suivre leur évolution et de se comparer ; aux directions des établissements de soins et aux agences régionales de santé (ARS) d'échanger sur des réalités partagées, aux sociétés savantes d'accompagner leurs équipes chirurgicales vers les bonnes pratiques.

Les grands principes d'organisation perdurent

L'Association française de chirurgie ambulatoire (Afca)⁵ défend et promeut de longue date les grands principes d'organisation, avec un petit nombre de bénévoles militants. Nous parlerons des unités, de la sélection des patients, de la continuité des soins et de la démarche qualité.

L'unité de chirurgie ambulatoire a été la cheville ouvrière du développement de la chirurgie ambulatoire, elle le reste. La formation de son personnel reste un impératif de qualité. Les unités de chirurgie ambulatoires doivent évoluer fonctionnellement et architecturalement avec leur développement.

La sélection des patients, l'éligibilité à l'ambulatoire doivent toujours être vérifiées par le chirurgien et l'anesthésiste. Ce n'est pas l'acte chirurgical qui est ou non ambulatoire, c'est l'association acte-patient-unité de chirurgie ambulatoire, voire le réseau mis en place, qui rend éligible ou non. Certains centres expérimentés peuvent rendre éligible à l'ambulatoire des patients pour des actes complexes qui ailleurs seraient dangereux.

La continuité des soins est un véritable défi à nos établissements de santé. Impérative en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée et éprouvée. Elle devrait *a fortiori* l'être en hospitalisation traditionnelle, et curieusement elle ne l'est pas. Les outils digitaux sont une aide certaine pour cela, ils éviteront des appels téléphoniques systématiques inutiles et chronophages. Ils permettront sans doute d'améliorer les contacts entre les professionnels des établissements de soins et les professionnels de ville : à la fois avec les patients et les professionnels de soins de ville qui ont pris le relais. Les hôpitaux doivent s'approprier leur usage.

La démarche qualité a été l'objet du premier congrès de l'Afca en 1996. Visionnaire, elle anticipait l'arrivée de l'accréditation. Plus que jamais, cette démarche

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

2. Classification de la société américaine d'anesthésie ASA3 : patient avec une pathologie équilibrée pouvant mettre en jeu son risque vital, par exemple patient coronarien équilibré.

3. Réhabilitation améliorée : la Raac est une prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après un acte chirurgical.

4. Visuchir : <https://www.scansante.fr/applications/visuchir>

5. Association française de chirurgie ambulatoire : <https://www.chirurgie-ambulatoire.org/>



Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

qualité doit être initiée, pilotée et évaluée régulièrement par les unités de chirurgie ambulatoire.

Le Covid-19 a redistribué les cartes d'une demande sociétale plus forte

C'est en tout cas une demande des patients : la possibilité du retour chez soi toujours plus vite, exigée de plus en plus avec l'idée du moindre risque (infectieux) d'un séjour hospitalier raccourci. À nous de vérifier l'éligibilité des patients, qui ne relèveront bien sûr pas tous de la chirurgie en ambulatoire.

C'est en tous cas devenu aussi une demande « sécuritaire » réactualisée par le Covid-19 : permettre un moindre risque épidémique par la brièveté du séjour pour le patient, grâce aux locaux et matériaux (nombre d'intervenants limité, circuits raccourcis).

La chirurgie ambulatoire sera-t-elle aussi une des solutions pour nous aider à résorber nos listes d'attente post-Covid (moins 1 million d'actes chirurgicaux réalisés en France en 2020, soit -16 %, dont -92 000 actes en urologie soit -10 %, dont -28 % pour la chirurgie de l'incontinence) ?

Des évolutions sont prévisibles, des questions restent posées

30 % de la chirurgie française relève non pas de la chirurgie ambulatoire mais de soins ambulatoires : c'est la chirurgie dite « de cabinet », déjà développée outre-Atlantique. Je vous renvoie à l'article qui suit, dédié à cette problématique (lire p. 32).

Les centres autonomes de chirurgie ambulatoire (*Ambulatory Surgery Center [ASC]* aux États-Unis) sont inexistant en France, pourquoi ? Ils ont prouvé à l'étranger leur efficacité pour développer la chirurgie ambulatoire.

Les textes ministériels (dont les nouveaux décrets d'autorisation sur l'activité interventionnelle) définissant le champ de la chirurgie apparaissent dépassés : de nombreux actes chirurgicaux interventionnels endovasculaires, échographiques, endoscopiques, extra-corporels (30 000 actes de lithotritie⁶ annuels), de radiofréquence sont exclus du champ de Visuchir car dits non chirurgicaux, et sont sous-rémunérés. La classification commune des actes médicaux (CCAM) est dépassée, de nombreux actes innovants n'y figurent pas, notamment en chirurgie cœlioscopique robotique. La robotique va se développer en chirurgie et en chirurgie ambulatoire. Les décrets de chirurgie sont obsolètes. Ils vont être réactualisés, il est urgent de faire évoluer la CCAM.

Visuchir est un outil intéressant à de nombreux titres, il permet par exemple de comparer les centres les plus performants (en volume et en taux d'ambulatoire). Et de voir que, même pour de très gros volumes, certains actes peuvent être réalisés de 0 % à 70 % en ambulatoire. Pourquoi de telles différences ? La

chirurgie ambulatoire est probablement une question de volonté, de choix. Volonté et choix de chirurgien, d'équipe anesthésique, d'établissement. Celui de la performance, de la dynamique d'équipe, de la qualité des soins, de la sécurité des patients, de leur confort et de leur satisfaction.

Il convient de l'encourager encore, c'est le chirurgien qui propose la chirurgie ambulatoire. Pourtant, c'est pour lui et son équipe, plus compliqué, plus chronophage à organiser qu'une prise en charge chirurgicale classique en hospitalisation traditionnelle. La revalorisation des actes en chirurgie ambulatoire a été faite pour les établissements avec le tarif unique. L'incitation financière a consisté, en 2014, à la création d'un tarif unique entre l'ambulatoire (avant 2014 sous-tarifé par rapport à l'hospitalisation traditionnelle) et le premier niveau de sévérité en hospitalisation complète (la lourdeur du patient, les comorbidités associées ne sont à ce jour sauf exceptions non rémunérées en ambulatoire).

Pourquoi ne pas rétribuer aussi le chirurgien (et l'anesthésiste ?) en créant un nouveau modificateur de la CCAM, ou avec un intéressement, au même titre que les modificateurs existants déjà pour les urgences, l'âge du patient, la chirurgie itérative, voire le J et le K « majoration transitoire de chirurgie » ? Pourquoi ne pas créer un nouveau modificateur que l'on nommerait « CA », comme chirurgie ambulatoire ?

Pour conclure

Et si, en fait, la chirurgie ambulatoire était le signe ou le marqueur de progrès et de qualité de la prise en charge chirurgicale ?

- Marqueur de qualité de la technique chirurgicale : qualité de la dissection, de l'hémostase, qualité des sutures permettant de supprimer le drainage, de limiter les risques de complications postopératoires.
- Marqueur de qualité de l'anesthésie, des soins péri-opératoires (gestion de la douleur, des nausées et vomissements, incitation à la réalimentation et à la déambulation précoces).
- Marqueur de la qualité de la gestion des risques post-opératoires (hémorragie, infection, accident thromboembolique).
- Marqueur de la qualité de la continuité des soins (planification de la gestion des risques post-opératoires après la sortie : contact du lendemain, suivi digital, consultations ciblées, procédure de contact et de réhospitalisation simplifiées).
- Marqueur de l'évaluation de la qualité des soins, intégrée à la pratique : annulations, conversions, réadmissions à trente jours.

« *Qui peut le plus, peut le mieux* » : c'est le titre du dernier numéro d'*Urojonction*, le journal de l'Association française d'urologie (AFU), numéro consacré à la chirurgie ambulatoire. Réussir l'ambulatoire pour des actes de chirurgie complexe, au-delà de marqueurs de qualité, au-delà d'une démarche aboutie de Raac, est aussi un véritable objectif et une réussite d'équipe. ➤

6. Intervention qui consiste à traiter les calculs.