

## La chirurgie ambulatoire et sa contribution à une amélioration de l'aménagement du territoire

**Alain Corvez**  
Médecin,  
chargé de mission  
ARH Languedoc-  
Roussillon

L'accompagnement du développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé constitue une priorité de santé publique (circulaire DGS de décembre 1997). Désormais, professionnels et institutions se sont emparé du sujet et l'ont intégré dans leurs projets. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire eux-mêmes ont choisi d'impulser cette politique dans plusieurs régions françaises. Consécration suprême, les scores hospitaliers qui fleurissent dans les médias, tiennent compte aujourd'hui de ce mode d'activité pour apprécier la performance des établissements.

La chirurgie ambulatoire a toutes les vertus : elle apporte un confort au malade, elle serait génératrice d'économies, elle favorise la mise en réseau des acteurs de soins, elle diminue le risque d'infections nosocomiales, elle a un côté moderne et efficace.

Pourtant, son développement ne se fait que très lentement en France et reste souvent l'œuvre de quelques pionniers. Qu'en est-il exactement, quelles sont les pratiques à faire émerger, en quoi cette pratique qui implique une organisation nouvelle est-elle susceptible de modifier le paysage sanitaire en matière de chirurgie, c'est ce que nous avons choisi d'étudier dans le cadre du Sros de deuxième génération sur ce thème en Languedoc-Roussillon.

Il n'est pas inutile de rappeler que si les premières expériences de chirurgie ambulatoire ont été tentées aux États-Unis dès le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, ce n'est qu'en 1955 que la chirurgie ambulatoire démarre réellement et voit son essor se concrétiser à partir des années soixante-dix. En France, alors que la chimiothérapie ambulatoire est précocement prise en compte par les pouvoirs publics via une circulaire du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale du 4 mai 1981, la chirurgie ambulatoire se développe dans les cliniques à partir de 1985, faute de textes, de manière informelle, dans une semi-clandestinité. C'est la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et les décrets du 2 octobre 1992 qui donnent enfin un cadre juridique en reconnaissant légalement la chirurgie ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est une pratique innovante avec une prise en charge différente du malade, assortie de règles de sécurité spécifiques. C'est un concept organisationnel centré sur le patient et privilégiant la gestion des flux. Il s'agit d'une chirurgie pratiquée en hospitalisation de moins de 24 h, qualifiée et substitutive, n'incluant pas les endoscopies ni la « bobologie ». C'est par essence une activité programmée qui exclut le champ de l'urgence, et ne peut s'appliquer à tous les patients. Elle concerne un acte chirurgical à faible risque hémorragique, à suites simples, à douleur post-opératoire facilement contrôlable.

La chirurgie ambulatoire reste, à ce jour, minoritaire en France puisqu'elle ne représente que 23 à 27 % du total des actes chirurgicaux réalisés. Elle est également minoritaire par rapport aux taux d'interventions réalisées en ambulatoire dans les pays étrangers.

Sur le plan de l'offre, 84 % des places en anesthésie et chirurgie ambulatoire sont installées dans le secteur privé lucratif qui enregistre une progression de 1,3 % l'an. La chirurgie ambulatoire représente environ 5 % du volume d'activité en secteur hospitalier public et 30 % en secteur privé (mais dans ces 30 % est incluse l'activité endoscopique importante, voire majoritaire).

En Languedoc-Roussillon, comme dans la plupart des régions, le privé a investi tôt le champ de l'ambulatoire. Cette forte pénétration accompagne une situation déjà dominante dans le domaine de la chirurgie classique.

Mais cette offre est très inégalement répartie sur le territoire régional, avec une concentration urbaine et surtout sur le département de l'Hérault. Beaucoup de structures privées de petite taille assurent une présence de proximité dans les zones de moindre population. Une vraie réflexion est à mener sur la contribution à l'aménagement du territoire que peuvent assurer ces petites structures, en regard des impératifs de rentabilité économique et des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins.

Il est à considérer en outre que, si l'on tient compte de la productivité d'une unité de chirurgie ambulatoire (une intervention par jour et par malade, au lieu d'en moyenne un tous les trois jours pour un malade hospitalisé), les établissements privés ont gagné dans ce développement une capacité de production 1,5 fois supérieure.

Le fait de disposer désormais en France des bases régionales du PMSI public et privé permet de décrire l'activité des établissements et plus particulièrement les efforts entrepris en matière de substitution chirurgicale. Ces études sont encore facilitées aujourd'hui par l'individualisation de groupes homogènes de malades spécifiquement dédiés à ces activités.

D'une façon globale, et si l'on excepte quelques établissements qui ont un réel positionnement en chirurgie ambulatoire substitutive, la plupart des établissements de la région Languedoc-Roussillon utilisent majoritairement les quelques places allouées pour des activités d'endoscopie et pratiquent en appoint d'une chirurgie classique une chirurgie de tout venant, faiblement qualifiée et de courte durée.

Pourtant une majorité d'auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire qu'un certain nombre d'interventions peuvent être désormais réalisées raisonnablement sur le mode ambulatoire. De nombreuses listes d'actes traceurs circulent sur l'exemple des modèles étrangers qui permettent de mesurer la progression de cette pratique. La sélection, dans les bases PMSI, des séjours de moins de 24 heures permet de repérer des actes « ambulatoires ». Ces mêmes actes retrouvés en

hospitalisation complète témoignent d'une possibilité de substitution pour peu que l'état du patient le permette. Le modèle peut ensuite être confronté aux études de l'AFCA et aux recommandations de L'Anaes permettant ainsi d'affiner les spécificités des interventions repérées et de s'assurer de la pertinence à privilégier une pratique similaire en ambulatoire sans nuire à la qualité médicale.

Le choix s'est porté en Languedoc-Roussillon sur un nombre volontairement restreint de techniques chirurgicales à substituer prioritairement, en s'appuyant sur des critères classiques de santé publique parce que :

- ces interventions concernent un grand nombre de patients ;

- les pratiques sont codifiées ;
- il existe de fortes disparités de pratiques et de couverture régionale ;

- les professionnels peuvent faire évoluer leurs pratiques ;

- il pourrait en résulter un gain financier.

Une majorité d'interventions ORL est déjà pratiquée en mode ambulatoire par de nombreux établissements et notamment chez l'enfant et ne relève donc plus de la substitution. De même, la chirurgie ambulatoire de la main et du canal carpien, bien que déjà développée par de nombreuses équipes, n'a pas été retenue faute de consensus formel sur le sujet.

Les quatre priorités retenues (chirurgie de la cataracte, chirurgie de la hernie inguinale, arthroscopie du genou, chirurgie des varices) sont à la portée de la majorité des équipes ce qui permet de leur donner un caractère rapidement opérationnel. Elles posent de plus, pour les équipes, et à titre pédagogique, la majorité des problématiques à aborder dans ce type de chirurgie : anesthésie spécifique, qualité et sécurité des pratiques, lutte contre la douleur, mesure de la satisfaction des patients.

### La chirurgie de la cataracte : un exemple riche d'enseignements

Mais au-delà de son aspect purement technique, la chirurgie ambulatoire pose un vrai problème de décision des implantations et l'exemple de la chirurgie de la cataracte se révèle particulièrement démonstratif.

La cataracte se caractérise par une opacification du cristallin entraînant une baisse de la vue. D'évolution généralement lentement progressive, elle est la cause d'une baisse de vision de plus en plus gênante qui entrave les gestes les plus courants de la vie, ce qui entraîne l'indication d'une intervention chirurgicale.

En matière de chirurgie de la cataracte, l'étude de la littérature montre l'absence de différence entre prise en charge ambulatoire et traditionnelle en termes de survenue de complications et de résultats (acuité visuelle à six mois).

Il est unanimement reconnu que la technique de phacoémulsification est la méthode de choix, ce qui a permis d'étendre les indications à une population plus large.

L'intervention consiste à enlever le noyau du cristallin opacifié. La récupération visuelle rapide est très appréciée des patients. L'absence de cristallin, est corrigée en introduisant dans l'œil en fin d'intervention une petite lentille optique (implant).

L'intervention de cataracte se déroule généralement sous anesthésie locale, ce qui permet au malade de rentrer à son domicile le soir même ou le lendemain.

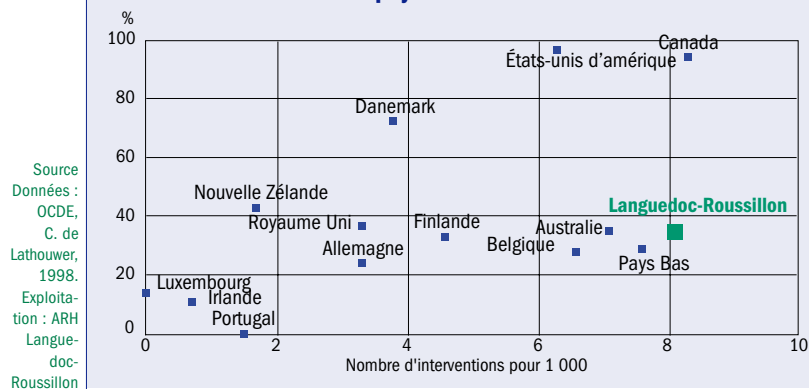
Dans la plupart des pays développés, la chirurgie de la cataracte figure parmi les interventions chirurgicales les plus pratiquées et ce nombre est en constante augmentation avec le vieillissement de la population que connaissent ces mêmes pays (une étude américaine récente montre que la fréquence des troubles de la vue serait de 15,2 % chez les plus de 60 ans pour passer à 28,6 % chez les plus de 90 ans).

En France, on estime à environ 250 000 le nombre d'interventions annuelles de patients atteints de cataracte et seulement 20 % se feraient en ambulatoire. On est donc loin des taux observés en Amérique du Nord (aux environs de 90 %).

Avec plus de 18 000 cataractes opérées, dont plus de 34,95 % en ambulatoire, le Languedoc-Roussillon se situe dans la moyenne de comportement des pays européens (figure 1).

figure 1

### Proportion d'interventions de la cataracte en ambulatoire en fonction du nombre d'interventions pour 1 000 en Languedoc-Roussillon et dans divers pays



La chirurgie de la cataracte est pratiquée par un grand nombre d'établissements de la région, avec une domination écrasante du privé (plus de 90 %). Cette large couverture régionale masque cependant de profondes différences dans la répartition :

- 6 à 7 établissements seulement ont une pratique dépassant les 1 000 interventions par an, dont deux avoisinant les 2 000.

- L'agglomération montpellieraine draine à elle seule environ 35 % de l'activité, alors qu'elle ne représente que 12 % de la population régionale.

- Cette pratique est insuffisamment substituée (36 %) et le fait de quelques structures.

- Une majorité d'établissements gardent les malades une à deux nuits

Une telle disparité des pratiques et d'implantation de l'offre implique nécessairement une réflexion sur la répartition judicieuse des sites et la régulation des activités pratiquées. Cet impératif s'avère d'autant plus nécessaire que la diminution prévue du nombre des ophtalmologistes qui devrait passer en France de 6 500 à 1 500, va faire disparaître les ophtalmologistes médicaux qui étaient souvent implantés dans des petites villes et permettaient de mettre en place des réseaux ophtalmologiques qui auraient pu permettre de répondre au développement des examens de qualité à J+1.

L'information géocodée contenue dans le PMSI permet maintenant d'identifier la provenance des patients opérés de la cataracte, quel que soit le mode de prise en charge. Une standardisation sur l'âge tenant compte de la survenue après 60 ans de cette pathologie permet de calculer par canton le taux de malades opérés, quel que soit l'établissement qui l'a pris en charge. Une répartition harmonieuse de ce taux rend compte d'une bonne adéquation de l'offre au besoin.

La situation observée en Languedoc Roussillon est riche de conclusions et appelle des arbitrages délicats pour l'action (figure 2).

L'observation générale de cette carte montre de toute évidence qu'il existe des différences manifestes dans la prise en charge de cette pathologie.

Les zones de sur-densité correspondant aux zones urbaines et péri-urbaines et le taux de 8,12 interventions pour 1 000 habitants étant parmi les plus élevés des pays de l'OCDE, il serait logique de conclure à un effet offre pouvant même aller jusqu'à des indications excessives. Une étude menée par le service médical régional du Languedoc Roussillon sur une cohorte de malades opérés conclut au respect des référentiels et atteste de la bonne qualité des pratiques, ce qui bat en brèche l'argument trop souvent avancé de conduites industrielles.

Dès lors, et au-delà de différences culturelles évidentes en milieu rural, y a-t-il lieu de rendre plus accessible cette chirurgie à des patients qui n'y recourent pas mais en justifieraient réellement ? Les réponses sont de plusieurs types et invitent à une vraie réflexion sur les choix à opérer en matière d'aménagement du territoire sanitaire régional.

Certes la chirurgie dans des centres de proximité a le mérite de pouvoir être développée sur un mode ambulatoire mais elle devrait aussi garantir une accessibilité financière qui minimise les dépassements d'honoraires bien souvent pratiqués pour de tels actes. Les faibles volumes potentiels d'activité sur certains bassins de santé risquent de rendre bien difficiles les équilibres économiques, et la dispersion sur plusieurs activités de faible volume garantit mal qualité et sécurité. La raréfaction des anesthésistes et prochainement des ophtalmologistes conduit à aborder ce type de scénario avec beaucoup de prudence.

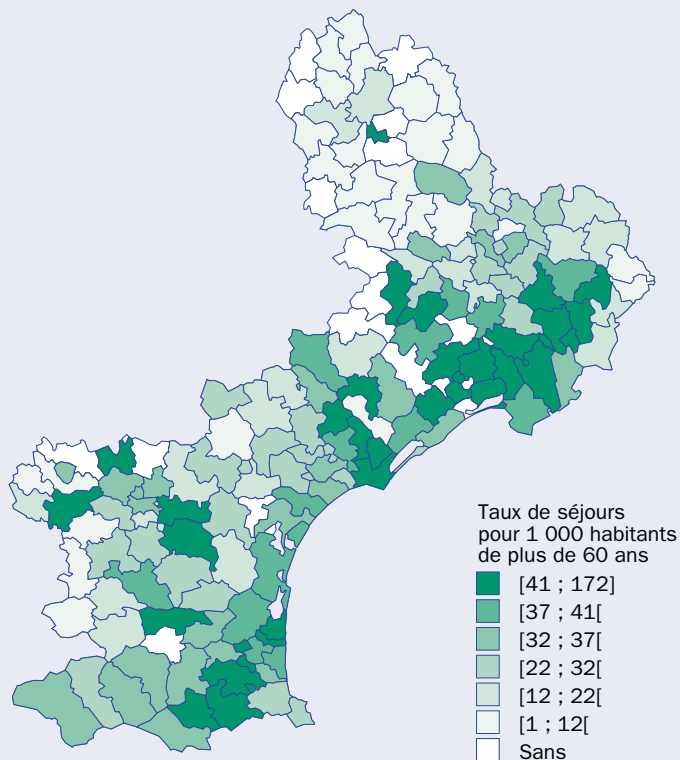
À l'inverse, la concentration d'activité dans des centres hyper-spécialisés et le plus souvent urbains garantit mieux la qualité et la sécurité mais ne contribue pas à favoriser une pratique chirurgicale souvent utile et qui contribue à prolonger l'autonomie de personnes âgées et très âgées. Plus encore l'éloignement des centres de soins ainsi maintenu en zone rurale contre-indique, de fait pour certains patients, la prise en charge ambulatoire et justifie une réflexion sur les transports et l'hébergement.

Dans tous les cas de figure enfin, il y a lieu d'être préoccupé qu'une telle incidence et une telle prévalence de troubles de la vue chez le sujet âgé résultant de la cataracte ne trouve pas disponible une offre alternative public/privé. Le secteur public universitaire pourrait trouver là une menace pour ses fonctions de formation et d'enseignement.

Au total, la chirurgie ambulatoire est susceptible de concourir utilement à la recomposition de l'offre hospitalière. La mise en réseau qu'elle implique, les impératifs de qualité et de sécurité qu'elle requiert justifient qu'une réflexion particulière soit menée sur les lieux d'implantation des structures et leurs conséquences. L'exemple un peu démonstratif de la cataracte vaut pour la majorité des techniques de substitution. ■

figure 2

### La chirurgie de la cataracte en Languedoc-Roussillon en 1997 (données publiques et privées)



Source :  
Geos/  
ARH  
Languedoc-  
Roussillon