

PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°81

Mars 2013

édito



Promotion de la chirurgie ambulatoire en France en 2013 ?

Pourquoi faire de la chirurgie ambulatoire en 2013 ?

Acette question, il existe trois raisons principales : le désir des patientes, l'évolution de la chirurgie, une réflexion économique qui amène rapidement au constat que la chirurgie ambulatoire est moins chère.

En premier lieu, qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?

En France, elle est définie comme une chirurgie programmée pour des patientes notées ASA1, ASA2 voire ASA3 stable, réalisée dans un bloc opératoire sous une anesthésie de mode variable et permettant la sortie du patient le jour même, moins de 12 heures après son admission. Au niveau international, les terminologies varient entre DaySurgery, Ambulatory Surgery, Same-DaySurgery et Day only. Néanmoins, il faut rester prudent car le temps d'hospitalisation peut, dans cette appellation, aller jusqu'à strictement moins de

24 heures. Cependant, quelle que soit la définition choisie, il faut garder à l'esprit que ce n'est pas l'acte opératoire qui est ambulatoire mais le patient.

En France, les décrets du 2 octobre 1992 avaient fixé le cadre législatif de ce type d'hospitalisation. La conférence de consensus de mars 1993 avait précisé les contraintes pour leur réalisation. Où en est-on 20 ans après lorsque l'on considère l'enquête internationale menée par l'Internationale Association Ambulatory Surgery (IAAS). Sur 37 gestes sélectionnés, le taux de chirurgie ambulatoire atteint 45% en France alors qu'il est supérieur à 65% dans les pays d'Europe du Nord. Pour l'ensemble des actes chirurgicaux, ce taux est seulement de 36% en France, alors qu'il dépasse les 50% dans la même Europe du Nord.

Il existe donc clairement un retard français, ce d'autant que ces chiffres ne concernent que les actes marqueurs, qui en coelioscopie excluent les actes thérapeutiques. Par contre

Rédacteur en chef: Philippe Debodinace

Rédacteur adjoint: Malik Boukerrou

Comité de rédaction:

Pierre Collinet, Philippe Descamps,
Philippe Ferry, Alain Proust

N° ISSN 1266 - 6181

Pour toute correspondance

S.C.G.P. - 12 rue de Redon

35000 Rennes

Tél / Fax: 0223 40 45 45

E-mail: scgp@wanadoo.fr

www.scgp.asso.fr



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

les actes d'hystérocopie sont considérés comme devant être faits en ambulatoire. Mais revenons aux trois questions initiales.

Le désir des patientes

La patiente est bien sûr au centre du dispositif et celle-ci éprouve le plus souvent un indice de satisfaction supérieur à celui de l'hospitalisation traditionnelle. La réhabilitation suivant l'acte opératoire est habituellement plus précoce et il existe une vraie diminution des risques infectieux nosocomiaux. Cependant, il faut que cette attitude soit comprise pas uniquement par la femme mais par son environnement familial et professionnel pour que l'acte opératoire réalisé, pas toujours anodin pour les femmes, ne soit pas vécu par cet entourage comme une non chirurgie, source de banalisation et remettant un peu trop précocement la patiente à ses activités.

L'évaluation de la chirurgie

A la deuxième question, il apparaît de plus en plus évident au chirurgien que beaucoup d'actes peuvent être réalisés en ambulatoire en raison des progrès de l'endoscopie (coelioscopie, hystérocopie), de l'apparition de nouvelles énergies facilitant nos actes opératoires et d'une réflexion organisationnelle qui, compte tenu de la diminution inexorable du nombre de lits offerts aux structures, justifie les sorties précoces et pourquoi pas de l'ambulatoire sur des interventions jusqu'à présent pratiquées en hospitalisation complète.

Le binôme anesthésiste/chirurgien a comme fondation dans notre spécialité d'améliorer la période postopératoire en prenant en charge dès la réalisation du geste la prévention des nausées et des vomissements et en débutant les traitements antalgiques afin que la boucle douloureuse du postopératoire ne s'enclenche pas. L'expérience acquise par ce binôme a permis de créer un questionnaire fiable d'aptitude à la sortie permettant au mieux de sélectionner les patientes programmées pour l'ambulatoire et pouvant réellement sortir dans la journée.

Une réflexion économique

A la troisième question, les équipes médicales sont confrontées avec nos administrations publiques ou privées à la gestion économique de nos activités. Un lit d'ambulatoire coûte quatre fois moins cher qu'un lit d'hospitalisation complète et deux fois moins cher qu'un lit de semaine. Le coût d'une nuit d'hospitalisation est de 500 à 600€, d'où clairement un avantage financier à l'hospitalisation ambulatoire. Il est toujours possible de rétorquer que l'instauration pour certaines pathologies de borne basse justifierait de prolonger les hospitalisations. En fait, il est toujours économiquement préférable de faire sortir les patientes le soir même et de mettre le lendemain dans le même lit une autre patiente. L'addition de ces deux actes est toujours supérieure à ce qu'aurait rapporté un acte en conservant la borne basse. Il est de plus en plus évident que certaines interventions type chirurgie du col, tumorectomie du sein, hystérocopie opératoire quelle que soit son indication, peuvent se limiter à un temps d'hospitalisation de 2 à 4 heures. Ceci permet à l'évidence de pouvoir mettre deux patientes dans un même lit pour une même journée tout en conservant la qualité des soins.

Enfin, existe-t-il des risques postopératoires supérieurs pour les patients hospitalisés en ambulatoire ? En premier lieu la survenue d'effets indésirables mineurs n'est pas spécifique de la chirurgie ambulatoire et les incidences retrouvées dans la littérature dépendent du type de chirurgie et des techniques d'anesthésie, mais jamais de la pratique en ambulatoire.

La détermination de l'aptitude à la sortie des patientes est donc un garant pour anticiper d'éventuelles complications assurant de ce fait une sécurité maximale à ces sorties précoces.

On voit ainsi que la chirurgie ambulatoire s'impose progressivement comme la norme de prise en charge de la plupart des interventions chirurgicales gynécologiques courantes et cette pratique est très encouragée

par les pouvoirs publics puisque la DGOS en son plan 2011/2016 fixe le seuil à 50% des actes en 2016.

Cependant, la constatation que la chirurgie ambulatoire satisfait les patientes, est efficace, est économique, et correspond au bon vouloir des pouvoirs publics, est-il suffisant pour promouvoir la chirurgie ambulatoire dans notre communauté. Autrement dit quelles mesures incitatives pourraient exister pour tirer vers le haut le développement de ce type de chirurgie ?

On constate l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans les dispositifs de planification de l'offre hospitalière. Ainsi depuis 2004 les SROS fixaient un objectif de progression dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Ce souhait des SROS ne répond pas à la question « Où hospitaliser les patientes ? ». La loi de 1992 avait souhaité qu'il y ait des circuits indépendants avec la création d'unités de chirurgie ambulatoire avec un circuit différent, des blocs différents. L'évolution de nos pratiques vers le tout endoscopie ne permet plus de justifier l'achat de matériels dédiés et différents, ce qui amène de plus en plus à observer que l'ensemble des actes opératoires est regroupé dans un même lieu. Cette réalité impose une modification des mentalités des chirurgiens. Il faut débiter la journée opératoire par les actes de chirurgie ambulatoire qui ne sont pas des chirurgies mineures, qui sont simplement des chirurgies de réalisation plus rapide. Le fait de dire que l'on ne commence pas une chirurgie dite longue en fin de matinée sous prétexte de risque de fatigue ne doit plus être accepté. On peut considérer qu'un chirurgien qui mettra 6 à 10 heures pour opérer un cancer de l'ovaire n'aura cette journée là que cette responsabilité. Mais par définition nous ne faisons pas quotidiennement ce type de chirurgie et les chirurgies dites plus longues habituellement durent 2 ou 3 heures et sont réalisables en fin de matinée ou dans l'après-midi. Ces possibilités dépendent une fois de plus de la triade relationnelle existant entre le chirurgien, l'anesthésiste et l'administration, cette dernière devant déterminer les plages

d'ouverture des blocs opératoires afin de ne pas limiter dans le temps la réalisation des actes chirurgicaux.

En termes de lieu d'hospitalisation, il faut sûrement prôner l'utilisation de l'hospitalisation dite « foraine » qui consiste simplement à mettre au sein de l'hospitalisation conventionnelle des lits régulièrement dédiés à la pratique de l'ambulatoire. Pour que ceci se passe au mieux, il faut améliorer le turn-over des malades donc deux patientes dans un même lit, favoriser les fauteuils, développer les salons, définir les conditions de sortie avec les chirurgiens. Il faut de plus être réaliste sur les heures de sortie, en particulier dans les grandes villes, pour éviter à tout prix que les patientes sortent aux heures de pointe de circulation. Une nouvelle fois, c'est l'incitation organisationnelle qui prime.

Il se dégage l'existence de la mise sous accord préalable par l'Assurance Maladies de 17 gestes chirurgicaux dits marqueurs. Lorsqu'un établissement souhaite réaliser un acte issu de cette liste en hospitalisation classique, il devra dans l'avenir deman-

der l'autorisation à la Caisse d'Assurance Maladie. Cette dernière mesure coercitive et administrative devrait pouvoir être évitée si les équipes chirurgicales réfléchissaient en amont pour faire exploser la définition des actes marqueurs actuelle car la majorité des actes de moins de 90 minutes doivent pouvoir être réalisés en ambulatoire. De ce fait, l'incitation médicale à la pratique de la chirurgie ambulatoire doit devenir prioritaire par rapport aux incitations administratives. C'est à nous chirurgiens de développer nos pratiques, nos performances pour améliorer la qualité de prise en charge. Nous ne devons pas subir les incitations administratives, nous devons les créer.

Enfin, il faut pousser nos tutelles à des incitations tarifaires. Il faut tendre, tel que le définissait l'HAS, vers l'instauration d'un tarif identique pour un ensemble de couples de GHM (Ambulatoire-Classique) et diminuer le différentiel des tarifs pour certains couples de GHM entre chirurgie ambulatoire et chirurgie traditionnelle avec suppression des bornes basses et revalorisation de certains tarifs à hauteur des coûts ajoutés.

Cette incitation financière finirait probablement par clore le débat de « Qu'est-ce qui est faisable en ambulatoire ? ».

Enfin, il ne faut à aucun moment oublier le rôle des réseaux de soins car toute cette organisation n'est réalisable que si le médecin traitant est impliqué avant et après la prise en charge en hospitalisation, et si l'ensemble des équipes non médicales, infirmières, secrétaires, aides-soignantes, se sent impliqué pour développer cette chirurgie ambulatoire.

J'espère pouvoir un jour connaître la situation où la question ne sera plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en ambulatoire, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge en hospitalisation traditionnelle. Ceci de toute façon est la chirurgie de demain.

Hervé FERNANDEZ

Sommaire

NOUVEAUX INSCRITS

- Dr Caroline DEYROLLE (Chambery)
- Dr Nicolas CARRABIN (Lyon)

5 FERTILITÉ ET TAUX DE RÉCIDIVE APRÈS PRISE EN CHARGE DES ENDOMÉTRIOMES OVARIENS PAR ABLATION À L'ÉNERGIE PLASMA : ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE DE 3 ANNÉES D'EXPÉRIENCE.

13 CHIRURGIE DU CANCER DE L'ENDOMÈTRE : DE LA CÉLIOSCOPIE À LA CHIRURGIE ROBOTIQUE

17 HYSTÉRECTOMIE TOTALE PAR CÉLIOSCOPIE EN AMBULATOIRE : TENDANCE BIEN FONDÉE OU RISQUE INUTILE ?

22 L'EMBOLISATION UTÉRINE EST-ELLE UNE RÉELLE ALTERNATIVE À LA CHIRURGIE ?

27 DE LA PRATIQUE À LA LOI : LE CHOIX DES ARMES

30 CONGRÈS À VENIR