

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

La synthèse présentée ici permet de faire le point sur le développement de la chirurgie ambulatoire en France. Elle s'inscrit dans le projet concernant l'analyse des alternatives à l'hospitalisation. Elle complète un travail sur l'hospitalisation à domicile réalisé en 1992 et une étude récente présentant le développement de la chirurgie ambulatoire au Québec.

La recherche bibliographique a constitué l'élément essentiel de ce travail. De nombreux contacts ont été établis avec des organismes professionnels de chirurgie ambulatoire : l'Association française de chirurgie ambulatoire et l'Association internationale de chirurgie ambulatoire.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/01
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Secrétaire de rédaction :
Nathalie Meunier

Secrétaire :
Catherine Bancheureau

ISSN : en cours
Diffusion par abonnement : 300 F par an
Environ 10 numéros par an

Prix : 30 F

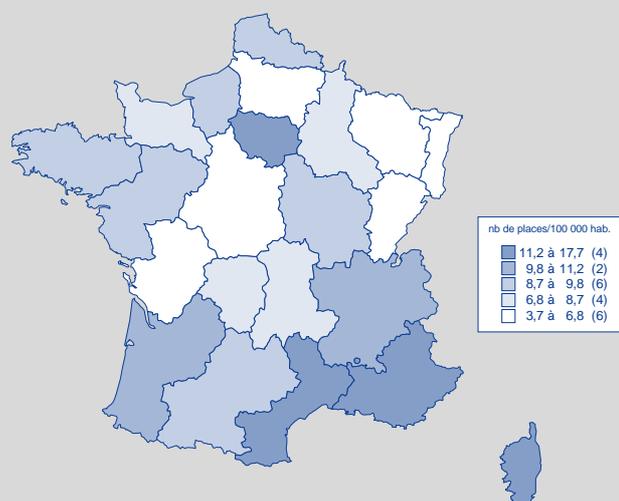
La chirurgie ambulatoire en France bilan et perspectives

Arrantxa Mahieu, Nadine Raffy-Pihan

Quelle place occupe la chirurgie ambulatoire en France ? Où est-elle pratiquée ? Peut-elle se développer ? Son intérêt économique a-t-il été démontré ? Le patient est-il satisfait par ce mode de prise en charge ?

La chirurgie ambulatoire permet au patient une sortie de l'hôpital le jour de son admission suite à une intervention chirurgicale ou un acte exploratoire. Dès les années 70, trois pays encouragent cette pratique (USA, Canada, Grande-Bretagne). Celle-ci est rapidement considérée comme un élément de contribution à la diminution des dépenses hospitalières. En France, la chirurgie ambulatoire connaît un développement tardif, au début des années 90. Aujourd'hui, cette pratique reste peu développée, en moyenne 20 % des interventions chirurgicales. Elle est exploitée de façon très inégale sur l'ensemble du territoire.

Nombre de places de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants, en 1995



Sources : Direction des Hôpitaux, CREDES

Une pratique encore peu développée

L'absence en France de cadre réglementaire jusqu'au début des années 1990 explique le retard enregistré pour le développement de ce mode de prise en charge.

Une reconnaissance juridique récente

Depuis 1992 seulement, la chirurgie ambulatoire est reconnue comme une véritable alternative à l'hospitalisation traditionnelle. En effet, les décrets du 2 octobre l'intègrent à la carte sanitaire de chirurgie. Un taux de change est défini : la création d'une place de chirurgie ambulatoire doit être compensée par la fermeture de deux lits de chirurgie traditionnelle¹. Les modalités de fonctionnement et d'organisation sont également posées.

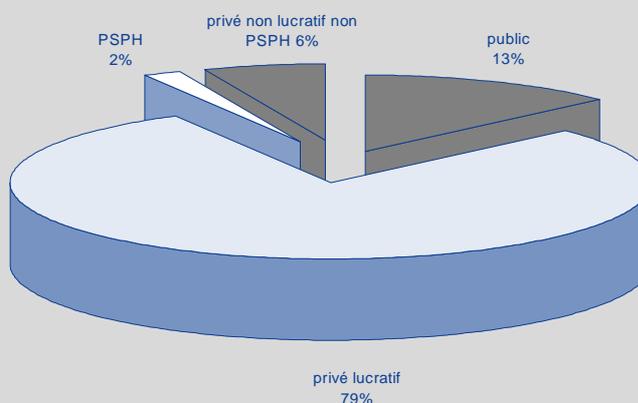
Cette reconnaissance juridique, complétée par d'autres textes législatifs récents a impulsé au début des années 1990 le développement de ce mode de prise en charge en France. Elle s'est accompagnée parallèlement d'une reconnaissance statistique en 1993-1994. Ainsi, ce n'est que depuis cette date que l'on peut repérer précisément les actes de chirurgie ambulatoire dans les statistiques du ministère du Travail et des Affaires sociales. Avant cette date, ces actes étaient comptabilisés dans la rubrique «hospitalisation de jour» regroupant entre autres, l'hospitalisation de jour «psy» et les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

¹ 2 lits lorsque la carte sanitaire est en dépassement jusqu'à 25 % et de 2,25 lits si ce dépassement excède 25%.

20 % des interventions chirurgicales

En 1994, près de deux millions d'interventions chirurgicales ont été réalisées en ambulatoire dans les secteurs

Répartition des places installées de chirurgie ambulatoire selon le statut de l'établissement



Source : SAE 1994

opératoires et obstétricaux, représentant 20 % de l'ensemble de l'activité chirurgicale en France.

Cette activité est beaucoup plus soutenue dans le secteur privé qui réalise en mode ambulatoire 30 % de ses interventions chirurgicales. Dans le secteur public, l'activité ambulatoire représente seulement 7 % des interventions chirurgicales qui y sont réalisées. Les actes réalisés en chirurgie ambulatoire sont deux fois moins lourds que ceux effectués en hospitalisation complète. En effet, seulement 9% du nombre total de k, lettre de cotation des actes chirurgicaux et de spécialité médicale, sont réalisés en chirurgie ambulatoire.

Une répartition géographique inégale

En 1995, 6 457 places installées de chirurgie ambulatoire sont recensées en France dans trois types de structures : les centres satellites, les centres indépendants et les centres intégrés.

Les centres satellites constituent la majorité des structures ambulatoires. Situés dans l'enceinte hospitalière, ils disposent de leurs propres locaux. Leur activité est

plutôt généraliste recouvrant l'ensemble des spécialités.

Les centres indépendants détachés d'un établissement hospitalier ont un fonctionnement autonome. Ils se concentrent sur un créneau étroit d'activités (chirurgie de la main, ophtalmologie...).

Les centres intégrés, localisés dans une structure hospitalière utilisent les salles d'opérations communes aux deux types d'activités, ambulatoire et traditionnelle. Leur activité est plutôt généraliste.

Les structures de chirurgie ambulatoire qui sont en général de petite taille, se répartissent de manière inégale sur le territoire. Les régions du Sud de la France et la région Ile-de-France apparaissent comme les plus favorisées.

Un concept d'organisation centré sur le patient

Evoluant dans un environnement médical hautement spécifique, la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré sur le patient, mis au point à partir des impératifs de sécurité. Ces structures nécessitent un environnement architectural propre et une organisation optimale. L'équipe hospitalière est bien

définie. Une coordination étroite doit être assurée entre les médecins, le personnel soignant et le personnel administratif. Enfin, elle implique une sélection stricte des actes et des patients. Contrairement à certains pays, il n'existe pas en France de listes précisant les différents types d'interventions pouvant être réalisés en ambulatoire.

Le mode ambulatoire est choisi pour des interventions diagnostiques ou thérapeutiques ne présentant pas de risque postopératoire prévisible. L'activité endoscopique représente selon certaines sources 35 % (voir graphique ci-dessous) des interventions réalisées en ambulatoire suivie de la chirurgie ORL (16 %) et de la chirurgie orthopédique (13 %)².

² Données de l'AFCA, 1996 (Association Française de Chirurgie Ambulatoire)

Un avenir difficile à cerner

Dès le début des années 80, la chirurgie ambulatoire avait été pressentie dans de nombreux pays comme un élément de contribution à la diminution des dépenses hospitalières. Aux Etats-Unis, la chirurgie ambulatoire a connu un essor important. Aujourd'hui, elle représente en effet la moitié de l'activité chirurgicale dans ce pays. Deux motivations sont à l'origine de ce développement : le désengorgement des lits hospitaliers, problème important aux Etats-Unis à la fin des années 60, et la réduction des coûts hospitaliers, apparue nécessaire dans le contexte économique et social des années 80. Ainsi de nombreux organismes payeurs dont Medicare, décident de rembourser la totalité des frais engagés lorsqu'il s'agit d'une intervention réalisée en ambulatoire alors que le remboursement n'est que partiel lorsqu'il s'agit d'une intervention classique.

En France, si l'intérêt médical de la formule n'est plus à démontrer (risque d'in-

fection nosocomiale réduit, reprise plus rapide de l'activité professionnelle), un certain nombre de blocages entravent aujourd'hui son développement, traduisant probablement le doute sur l'intérêt économique de la formule et sur la satisfaction inégale des patients vis-à-vis de ce mode de prise en charge.

Une satisfaction inégale des patients

La prise en charge ambulatoire entraîne peu de modifications dans la vie quotidienne du patient et dans son environnement. Le raccourcissement de l'incapacité postopératoire accélère la réinsertion familiale, scolaire et professionnelle. Mais, cette technique apparaît pour certains patients moins sécurisante que l'hospitalisation traditionnelle. L'absence de surveillance 24 h sur 24 ou le risque d'une hospitalisation imprévue sont les principaux éléments à l'origine de l'anxiété des patients.

Ainsi, la satisfaction des patients apparaît inégale selon les enquêtes. Si ce mode de prise en charge est parfois plébiscité selon certaines études³, 90 % de patients satisfaits, il l'est beaucoup moins dans d'autres⁴, la satisfaction des patients

ne différant pas selon le mode de prise en charge (hospitalisation complète ou chirurgie ambulatoire).

³ Enquêtes réalisées par le CEGOS en 1990 et par le centre hospitalier de Béziers (1987-1989)

⁴ Enquête réalisée par les Hospices Civils de Lyon

Définition

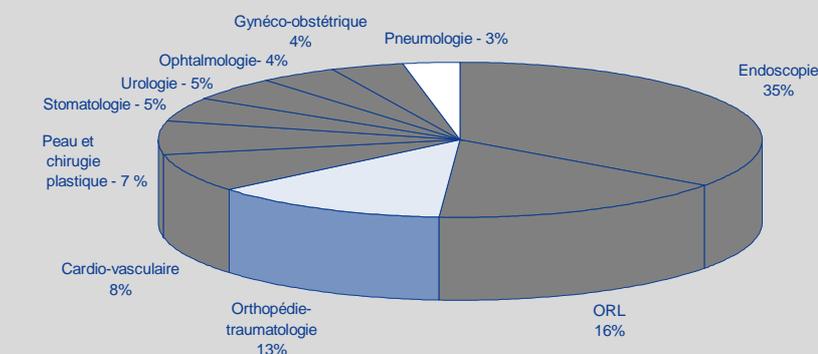
Qu'est-ce que la chirurgie ambulatoire ?

La chirurgie ambulatoire ou chirurgie de jour correspond à la réalisation d'actes chirurgicaux ou d'investigation sans hospitalisation. Ces actes sont programmés et réalisés dans des conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon des modalités permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son admission.

Cette définition a été donnée lors de la conférence de consensus sur « la chirurgie sans hospitalisation » organisée par la Mutualité Française et la Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée en mars 93.

3

Répartition des actes réalisés en chirurgie ambulatoire selon leur nature



Source : AFCA 1996

Une pratique susceptible de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé

Il est commun de penser que la chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge moins « coûteux » qu'une hospitalisation traditionnelle. Elle permet notamment une réduction de la durée de séjour et une utilisation moindre des ressources⁵ que la chirurgie classique. Ainsi, les actes de radiologie sont moins nombreux, le temps d'utilisation des ressources matérielles et humaines plus court et la prescription médicamenteuse moins importante. En contrepartie, les actes de biologie sont plus fréquents ainsi que les visites de généralistes. Enfin, la chirurgie ambulatoire serait génératrice de gains de productivité. En effet, la pratique chirurgicale ambulatoire améliorerait l'utilisation du bloc opératoire.

⁵ Source : évaluation médico-économique de 161 patients randomisés, *Revue médicale de l'Assurance maladie* n°4, 1996.

4 Un intérêt économique difficile à apprécier

D'une part, la mise en place de structures de chirurgie ambulatoire nécessite un investissement financier important pour l'adaptation de locaux spécifiques, coûteux et complexes à réaliser.

D'autre part, l'intérêt économique de ce mode de prise en charge varie selon le type d'intervention. Deux composantes déterminent cet intérêt économique : la nature et la gravité de l'intervention entraînant plus ou moins de soins postopératoires et le profil médical et socio-économique des patients traités. Néanmoins, il est surprenant de trouver des résultats inverses pour une intervention de même nature, issus de sources différentes.

Ainsi, le traitement en chirurgie ambulatoire d'une hernie inguinale moins coûteux qu'une hospitalisation classique selon l'étude réalisée au centre hospitalier de Béziers, s'avère plus onéreux dans le cadre de l'étude réalisée au centre médico-chirurgical de Chantilly.

Activité dans les secteurs opératoires et obstétricaux en 1994

	Nombre d'interventions			Part ambulatoire /total
	en hospitalisation complète ou de semaine	en ambulatoire	Ensemble des interventions	
Secteur public	3 759 521	263 678	4 023 199	6,6 %
Secteur privé	3 751 507	1 651 589	5 403 096	30,6 %
<i>établissements privés non lucratifs PSPH*</i>	424 526	91 170	515 696	17,7 %
<i>autres établissements</i>	3 326 981	1 560 419	4 887 400	31,9 %
Ensemble secteurs	7 511 028	1 915 267	9 426 295	20,3 %

Source : SAE 1994

Enfin, l'Assurance maladie redoute aujourd'hui une inflation de certains actes exploratoires, facturés indûment en chirurgie ambulatoire⁶. De plus, les soins postopératoires préalablement inclus dans la dotation globale des hôpitaux publics ou dans les honoraires du chirurgien exerçant dans les hôpitaux privés sont externalisés vers la ville et facturés en plus. Ce problème de substitution n'incite pas l'Assurance maladie à développer ce mode de prise en charge.

⁶ Source : journée interrégionale de Clermont-Ferrand - Marseille, 23 septembre 1994, *Revue médicale de l'Assurance maladie* n°1, 1995.

* * *

La chirurgie ambulatoire, génératrice de gains de productivité a su répondre aux problèmes de listes d'attente dans certains pays tels que les Etats-Unis, le Canada ou la Grande-Bretagne. L'inexistence de ce problème en France n'a pas encouragé cette pratique. Néanmoins, la chirurgie ambulatoire est appelée certainement à se développer dans l'avenir. En effet, fondée principalement sur le développement des technologies de pointe, la chirurgie ambulatoire reste une innovation où le progrès technique est le facteur essentiel et garant du développement de cette alternative.

Pour en savoir plus :

- Mahieu A. et Raffy-Pihan N. " *La chirurgie ambulatoire en France, Bilan et perspectives* ", CREDES, n° 1203, 1997, 126 p., prix : 120 F.

Voir aussi :

- Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, Conférence de Consensus, réunie le 22, 23 et 24 mars 1993, Paris, 209 pages.
- AFCA, Congrès National de Chirurgie ambulatoire, 7 et 8 juin 1996, Février 1997, 690 pages.
- ANDEM, " *La chirurgie ambulatoire* ", Avril 1997, 122 pages.
- *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, n°4, 1996, "Chirurgie ambulatoire et chirurgie classique : évaluation médico-économique de 161 patients randomisés".
- CNAMTS, Direction du service médical de la région Rhône-Alpes "Chirurgie ambulatoire, une pratique avantageuse, 1994", 455 pages.
- ENSP, mémoire de HOOP P., "Les potentialités de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital Henri Mondor", 1994, 100 pages.
- BOCOIGNANO A., MIREAULT J., SOURTY LE GUELLEC M.-J., "Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec", CREDES, n° 1191, 1997, 29 pages. Prix : 30 F.