

La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives

Arrantxa Mahieu
Nadine Raffy-Pihan

Rapport n° 466 (biblio n° 1203)

Novembre 1997

I.S.B.N. : 2-87812-221-6

- Remerciements -

La réalisation de ce rapport a bénéficié de la collaboration très active de plusieurs personnes que nous tenons à remercier :

- ◇ Gérard Parmentier, secrétaire général de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, pour ses précieuses informations concernant la situation actuelle et l'avenir de la chirurgie ambulatoire,*
- ◇ Luc Charié (Direction des hôpitaux, Ministère de l'Emploi et de la solidarité) pour ses nombreux renseignements statistiques,*
- ◇ Françoise Jallet et Catherine Beller (SESI - Bureau des statistiques des établissements d'hospitalisation) qui nous ont communiqué de nombreuses données concernant l'activité de la chirurgie ambulatoire,*
- ◇ L'équipe du CREDES, en particulier :*
 - Céline Arnoux qui a réalisé la mise en page de ce document,*
 - Véronique Lucas pour sa contribution à la réalisation de la carte de France,*
 - Suzanne Chriqui et Agnès Grandin pour leur aide dans nos recherches documentaires,*
 - Agnès Bocognano, Marie-Jo Sourty-Le Guellec et Laure Com-Ruelle qui ont bien voulu relire ce rapport et nous faire part de leurs commentaires.*

*Arrantxa Mahieu
Nadine Raffy-Pihan*

Sommaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
Historique	5
1.1 Deux pays précurseurs : les Etats-Unis et la Grande-Bretagne.....	7
1.1.1 <i>Un siècle d'histoire</i>	7
1.1.2 <i>1970 : un essor marqué aux Etats-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne</i>	7
1.2 Un démarrage tardif en Europe.....	10
1.3 Des motivations d'ordre économique, médical et technique.....	12
CHAPITRE 2	
La situation de la chirurgie ambulatoire en France	15
2.1 Un retard structurel en France	17
2.1.1 <i>Une reconnaissance juridique récente</i>	17
2.1.2 <i>Un développement important au début des années 1990</i>	19
2.2 Caractéristiques des structures de chirurgie ambulatoire en 1994-1995.....	22
2.2.1 <i>Une répartition géographique inégale</i>	22
2.2.2 <i>Une domination du secteur privé</i>	22
2.2.3 <i>Des structures de chirurgie ambulatoire de petite taille</i>	26
2.2.4 <i>Une progression des places de 8 % entre 1994 et 1995</i>	26
2.3 Une activité largement plus soutenue dans le secteur privé, à l'image de l'implantation des équipements.....	27
2.3.1 <i>20 % des interventions chirurgicales sont réalisées en ambulatoire</i>	27
2.3.2 <i>Des actes deux fois moins lourds en ambulatoire qu'en hospitalisation complète</i>	27
2.3.3 <i>Une progression des venues de 3 % entre 1994 et 1995</i>	27
CHAPITRE 3	
Le mode de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire	31
3.1 Trois types de structures	33
3.2 Une configuration architecturale spécifique	34
3.3 Un personnel parfaitement organisé	35
3.4 Des interventions aux indications multiples.....	36
3.4.1 <i>La nature des interventions</i>	36
3.4.2 <i>La sélection des patients</i>	38
3.5 Un parcours du patient rigoureusement défini	39

CHAPITRE 4	
Quel avenir pour la chirurgie ambulatoire en France ?	43
4.1 Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire.....	45
4.1.1 <i>Des freins imputables à la demande</i>	45
4.1.2 <i>Des freins imputables aux praticiens</i>	45
4.1.3 <i>Des freins imputables à l'organisation de la pratique</i>	47
4.2 Les facteurs de développement de la chirurgie ambulatoire.....	47
4.2.1 <i>Des motivations psychosociales</i>	47
4.2.2 <i>Des motivations médicales</i>	48
4.3 Un enjeu économique	49
4.3.1 <i>Une pratique susceptible de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé</i>	49
4.3.2 <i>Un intérêt économique difficile à apprécier</i>	51
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	63
ANNEXE 1	
1. Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991	71
2. Décret n° 92-1100-1101-1102 du 2 Octobre 1992	87
3. Arrêté du 7 Janvier 1993.....	93
4. Décret n° 94-1050 du 5 Décembre 1994	97
5. Accord tripartite du 27 Janvier 1993	103
LISTES DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES	123

Introduction

La chirurgie ambulatoire, également appelée chirurgie de jour, est une alternative à l'hospitalisation classique, bien connue aux Etats-Unis et de manière plus inégale en Europe.

Elle recouvre « l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigation, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon les modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission ¹».

Mais la chirurgie ambulatoire n'est pas simplement une hospitalisation raccourcie. Si la définition ci-dessus varie selon les pays quant aux types d'interventions ou au nombre d'heures passées à l'hôpital, la chirurgie ambulatoire reste un concept à part entière, à la fois architectural, organisationnel et thérapeutique, centré sur la prise en charge du patient.

Derrière ce nouveau concept, la chirurgie ambulatoire apparaît comme une innovation. La chirurgie ambulatoire devient ainsi ce concept innovant, historique et irréversible qui renouvelle, transforme et prétend faire progresser la chirurgie². Mais la chirurgie ambulatoire est aujourd'hui dans la phase la plus délicate de son processus de diffusion. Si sa légitimité thérapeutique est aujourd'hui affirmée, elle rencontre de nombreux blocages liés aux profondes modifications structurelles, comportementales et culturelles qu'elle engendre. A ces difficultés, s'ajoute le problème essentiel de l'intérêt économique de la formule qui n'a pas encore été validé. Pourtant, dès le début des années 1980, la chirurgie ambulatoire avait été pressentie dans de nombreux pays comme un élément de contribution à la diminution des dépenses hospitalières. Les enjeux sont d'autant plus considérables aujourd'hui que la pratique ambulatoire représente aux Etats-Unis la moitié des interventions chirurgicales.

Comme toute innovation, la chirurgie ambulatoire suscite de nombreuses interrogations. Quelle est sa situation en France ? Où est-elle pratiquée ? Quel développement pourrait-elle avoir ? C'est pour tenter d'apporter des réponses à ces différentes questions que nous nous proposons d'établir dans ce rapport, après un bref rappel historique, un bilan de la chirurgie ambulatoire en France en trois parties. Nous nous intéresserons successivement à la situation de la chirurgie ambulatoire en 1995, au mode de fonctionnement de ses structures et, enfin, à l'analyse des facteurs de blocage et de développement de cette pratique.

¹ Définition issue de la Conférence de Concensus réunie en mars 1993.

² Analyse du Dr Guy BAZIN, Président de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire.

1. Historique

1.1 Deux pays précurseurs : les Etats-Unis et la Grande-Bretagne

Les Etats-Unis et la Grande-Bretagne apparaissent comme les pays précurseurs en matière de chirurgie ambulatoire. Les premières expériences réalisées dans ces pays contribuent au commencement du développement de cette alternative à l'hospitalisation dès la fin des années 60. Le Canada s'inspire très rapidement de ces différentes expériences.

1.1.1 Un siècle d'histoire

Les premières expériences de chirurgie ambulatoire ont été tentées aux Etats-Unis dès le milieu du 19^{ème} siècle par C.LONG et W. MORTON, respectivement en 1842 et en 1846. William MORTON a, semble-t-il, été le tout premier à avoir réussi une intervention à l'éther chez un patient souffrant d'une tumeur du cou. C'était le 16 octobre 1846 au « Massachusetts General Hospital » à Boston [1].

Une expérience de grande envergure fut ensuite réalisée au début du vingtième siècle au Royaume-Uni. Un praticien écossais du nom de Nicoll retraça dans le British Medical Journal, vers 1909, la réussite vécue à l'hôpital des enfants malades de Glasgow où furent réalisées près de 7 000 interventions ambulatoires. Cependant, les connaissances embryonnaires en matière d'anesthésie et de réanimation, l'absence d'antibiotiques et d'anticoagulants découverts à partir de 1940, constituèrent un réel frein à l'expansion de cette pratique [2] [3] [4].

1.1.2 1970 : un essor marqué aux Etats-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne

- **Les Etats-Unis**

La chirurgie ambulatoire apparaît tout d'abord aux Etats-Unis, au début des années 60. Deux programmes officiels de chirurgie ambulatoire sont mis en place dans des centres hospitaliers de Californie en 1962 (J.B. DILLON et D.D. COHEN) et de Washington en 1966 (M.L. LEVY et C.S. COAKLEY). La fin des années 60 voit l'ouverture des deux premiers centres indépendants de chirurgie ambulatoire à Providence (Rhode Island, 1968) et à Phénix (Arizona, 1970) [1].

Cette alternative connaît un rapide essor [3] : dix centres indépendants sont dénombrés entre 1970 et 1975, 150 en 1983, 459 en 1985 [2]. En 1986, 838 centres sont répertoriés et 1700 en 1992. Parallèlement, en 1979, 2,6 millions d'interventions sont réalisées, 3 millions environ en 1980, 8,5 millions en 1986 et 11 millions en 1990³.

³ Chiffres issus de « Ambulatory Surgery », R.S. TWERSKY, volume 1, n°1, Mars 1993

Méthodologie

1. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux de la chirurgie ambulatoire en France en 1997. Cette alternative à l'hospitalisation suscite de nombreuses questions :

- Quelle est sa situation en France ?
- Où est-elle pratiquée ?
- Son intérêt économique est-il validé ?
- Quel développement pourrait-elle avoir ?

2. Méthode de recherche

La recherche bibliographique a constitué l'élément essentiel de ce travail. Plus de 60 références bibliographiques ont été utilisées. Les bases de données Medline, Pascal et Embase ont constitué des sources d'information importantes. Des recherches complémentaires ont été effectuées dans les centres de documentation du CreDES, de la CNAMTS, de la Sanesco, de la Cité des Sciences (La Villette) et à la bibliothèque du centre Georges Pompidou.

De nombreux contacts ont été établis avec les organismes professionnels de la chirurgie ambulatoire : l'Association française de Chirurgie Ambulatoire et l'Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire (Bruxelles).

Plusieurs travaux de recherche nous ont plus spécialement aidés dans l'élaboration de ce rapport :

- Les articles issus de la Conférence de Consensus des 22, 23 et 24 mars 1993,
- Les actes du Congrès National de Chirurgie Ambulatoire des 7 et 8 juin 1996,
- Le rapport de l'ANDEM sur la chirurgie ambulatoire,
- Le rapport de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de la région Rhône-Alpes,
- Le mémoire de P. HOOP sur les potentialités de développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital Henri Mondor, en région parisienne.

Deux motivations sont à l'origine du développement de cette alternative : 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. Selon la littérature, la chirurgie ambulatoire absorbe aujourd'hui entre 50 % [5] et 65 % [2] de l'activité chirurgicale aux Etats-Unis.

Au cours des années 80, des mesures d'incitation financière viennent encourager le développement de la chirurgie ambulatoire. 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 atteint seulement 80 % des honoraires des chirurgiens pour une intervention classique. Une liste des interventions chirurgicales qui doivent être pratiquées en ambulatoire est ensuite élaborée par certains organismes pour donner droit au remboursement [2].

- **La Grande-Bretagne**

La Grande-Bretagne apparaît comme le pionnier européen de la chirurgie ambulatoire. Deux préoccupations autres que financières ont motivé son développement : le problème des listes d'attente en chirurgie et la difficulté de recrutement du personnel infirmier. Dès le milieu des années 70, la chirurgie ambulatoire « day patient » est définie dans le cadre du National Health Service. Encouragée par la politique du NHS et par les « Guidelines of the Royal College of Surgeons for day-case surgery » (1985), son développement est rapide [4] [2]. La croissance annuelle des interventions, de l'ordre de 7 % entre 1973 et 1983, atteint 15 % par la suite [4].

Mais la pratique de la chirurgie ambulatoire n'est pas aussi développée en Grande-Bretagne qu'aux Etats-Unis. Bien que pratiquée depuis 40 ans, la chirurgie ambulatoire représente aujourd'hui seulement 20 % environ des interventions chirurgicales (17 % [6] à 22 % [2] selon les sources). En effet, peu de mesures financières incitatives sont venues encourager le développement de cette alternative dans les hôpitaux qui fonctionnaient selon un budget annuel fixé, indépendamment du nombre de cas traités. Dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière, les hôpitaux en situation de concurrence sont désormais incités à proposer les pratiques les plus efficaces.

- **Le Canada**

Dès le début des années 70, dans un contexte de maîtrise des dépenses hospitalières, les gouvernements canadiens mettent en place un certain nombre de mesures visant à arrêter la construction de nouvelles structures hospitalières, à fermer les lits hospitaliers ou parfois certains hôpitaux. Cette restructuration hospitalière apparaît comme un élément de la politique de maîtrise de dépenses de santé et l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation sont concernées.

Au Québec, le développement de la chirurgie ambulatoire est subordonné à trois objectifs : celui de maximiser l'efficacité avec laquelle les ressources en lits d'hospitalisation sont utilisées, celui de favoriser le maintien de la personne dans son milieu naturel et, enfin, celui d'accroître l'accessibilité à des services chirurgicaux pour certaines catégories de patients [7]. Peu de données concernant l'évolution de la chirurgie ambulatoire au Canada sont disponibles. Cette pratique constitue environ 40 % à 50 % de l'activité chirurgicale en 1993 [8].

1.2 Un démarrage tardif en Europe

A l'exception de la Grande-Bretagne, la chirurgie ambulatoire connaît un démarrage tardif en Europe à la fin des années 80 [3, 4]. Sa croissance aussi s'opère de façon plus lente qu'aux Etats-Unis. Elle se développe essentiellement pour des raisons économiques de maîtrise des coûts hospitaliers. Celle-ci encourage le développement de cette pratique présentée comme un élément de contribution à la diminution des dépenses hospitalières.

La Grande-Bretagne, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Belgique s'affirment aujourd'hui comme les pays leaders de cette pratique en Europe. Mais la définition varie selon les pays quant aux types d'interventions ou au nombre d'heures restées à l'hôpital, d'où les difficultés de comparaison des données disponibles entre pays.

- **Les Pays-Bas** sont depuis quelques années très actifs en matière de chirurgie ambulatoire. En 1993, près de 30 % des interventions chirurgicales sont déjà réalisées en ambulatoire.
- **En Allemagne**, la chirurgie ambulatoire est officialisée tardivement dans les hôpitaux [9]. En effet, jusqu'en 1992, cette pratique demeure un domaine réservé aux médecins libéraux installés en cabinet, qui seuls, peuvent facturer les interventions en ambulatoire. La loi du 21 décembre 1992 autorise les hôpitaux à pratiquer des actes de chirurgie ambulatoire. Désormais, les patients peuvent être traités à l'hôpital sans être obligés d'y séjourner. En 1993, la part des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire est de 18,6 % [3].
- **La Belgique** connaît un système de financement et d'assurance peu incitatif au développement de la chirurgie ambulatoire. Néanmoins, en 1993, la part des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire représente déjà près de 20 % de l'ensemble des interventions.
- **En Suisse**, le système de financement et d'assurance freine le développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, 10 % du coût de l'acte chirurgical pratiqué en ambulatoire est à la charge du patient alors que l'acte chirurgical classique est remboursé intégralement par l'état et les assurances.

- **En Espagne**, la chirurgie ambulatoire ou « *cirurgia mayor ambulatoria* » débute en 1990 à Barcelone dans une optique d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux. Une commission ad hoc est rapidement chargée par le Ministère de la Santé de l'élaboration d'un guide et d'un manuel concernant les unités à créer. La description des activités pratiquées en ambulatoire ainsi qu'une liste des conditions à satisfaire pour que les patients soient acceptés en unités de jour favorisent la reconnaissance des centres de chirurgie ambulatoire.
- **Au Portugal**, la chirurgie ambulatoire est tout à fait récente : elle s'inscrit dans le cadre d'une stratégie de grand changement impulsée par le Ministère de la Santé pour la période 1992-1994. Cette stratégie de grand changement est actuellement expérimentée dans quelques hôpitaux publics.
- **En Suède**, la chirurgie ambulatoire apparaît à la fin des années 80. En 1994, seuls trois hôpitaux comportent un service spécifique de chirurgie ambulatoire. Il n'existe pas à cette date de service autonome. En fait, l'activité de jour se concentre fortement dans les services normaux de chirurgie. Selon le rapport Dagmar 50 de 1989, cette activité est appelée à poursuivre son développement.
- **Au Luxembourg**, en 1994, la chirurgie ambulatoire est au stade expérimental dans de nombreux hôpitaux. Il n'existe à cette date ni réglementation, ni statistiques spécifiques.
- **En France**, le premier centre indépendant est créé en 1980, à Strasbourg, par le chirurgien Guy FOUCHER. C'est après avoir exercé la chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Strasbourg que ce praticien, spécialisé en chirurgie orthopédique et en chirurgie plastique, décide de créer son propre établissement pour y faire en ambulatoire de la chirurgie orthopédique des membres supérieurs.

Le praticien doit s'accommoder du vide juridique laissé par la loi hospitalière de 1970. Il poursuit son activité en ambulatoire pendant quatre ans dans l'illégalité la plus complète avec le soutien discret de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM).

En 1984, une convention est enfin signée avec la CRAM. L'accord est ensuite appliqué aux quelques établissements de ce type créés par la suite (le centre d'Angers, spécialisé dans la chirurgie de la main et celui de Saint Jean-de-Luz spécialisé en ophtalmologie). La signature de l'accord permet à ces trois établissements de percevoir une indemnité compensatrice d'une valeur égale à celle du F.S.O (Forfait de Salle d'Opération). La faiblesse de l'indemnité rend la réalisation de projet d'investissement difficile. Mais, ce type d'accord reste exceptionnel.

En effet, en l'absence de cadre réglementaire, la chirurgie ambulatoire se développe dans de nombreuses cliniques de manière informelle dès 1985. Celles-ci demandent le remboursement des forfaits de salles d'opération correspondant à ces interventions. Le début des années 90 marque l'essor de la chirurgie ambulatoire en France.

1.3 Des motivations d'ordre économique, médical et technique

Les motivations d'ordre économique et politique liées aux diverses difficultés structurelles des systèmes de santé impulsent le développement de la chirurgie ambulatoire dès le début des années 1970 : désengorgement des lits d'hôpitaux aux Etats-Unis, réduction des listes d'attente et difficulté de recrutement du personnel infirmier en Grande Bretagne. La maîtrise des coûts hospitaliers prend le relais au début des années 80.

Parallèlement à ces motivations d'ordre économique et politique, un autre type de motivation encourage le développement cette pratique : les motivations d'ordre médical ou technique.

En effet, depuis le début des années 80, ont émergé dans le domaine médical de nombreux progrès, jouant un rôle non négligeable dans le développement de la chirurgie ambulatoire.

En matière d'anesthésie [2], de nouvelles techniques locales et loco-régionales constituent actuellement une alternative intéressante à l'anesthésie générale, diminuant les risques de sédation, amnésie, vomissements... Généralement plus longues à mettre en œuvre que les techniques traditionnelles d'anesthésie générale, elles raccourcissent néanmoins la durée des phases pré et postopératoires en assurant un haut niveau de sécurité. De plus, les progrès réalisés sur les produits anesthésiants généraux améliorent la qualité du réveil.

En matière de technologies médicales, certaines innovations ont participé et participent aujourd'hui encore pleinement à l'essor d'une pratique chirurgicale moins invasive, moins traumatique sur le plan anatomique : utilisation de fibres optiques, de laser, des ultrasons, de matériaux synthétiques. Parallèlement, les systèmes d'information se développent dans les structures de chirurgie ambulatoire et doivent permettre à terme d'intégrer toutes sortes d'informations cliniques et médico-administratives (imageries, résultats de laboratoires, dossiers médicaux) et de favoriser l'échange de documents informatiques entre différents producteurs de soins (collaboration entre l'hôpital et la médecine de ville). La télémédecine, peu développée en France, mais utilisée dans d'autres pays, permet d'ores et déjà des téléconsultations à visée diagnostique et du télémonitoring pour le suivi à distance des patients.

Mais, les niveaux de remboursement de prestations qui diffèrent d'un pays à l'autre sont à l'origine de différences internationales dans la diffusion de ces progrès médicaux.

La pratique chirurgicale en ambulatoire, bien que relativement ancienne, ne prend son essor qu'au début des années 80 sous la contrainte de la maîtrise de coûts hospitaliers. En France, son développement est appréhendé de façon plus tardive au début des années 90.

Références bibliographiques

- [1] **LANGLOYS J.** *Anesthésie ambulatoire*, Editions Arnette, 1992, pages 5-6.
- [2] **BATAILLE N., FLEURETTE F., MAUREL F. et CHARVET-PROTAT S.** *La chirurgie ambulatoire*, A.N.D.E.M, Avril 1997.
- [3] **BONHOMME C.** « *Chirurgie ambulatoire à l'hôpital : une marginale en quête d'avenir* », Revue Hospitalière de France, n° 1, pages 6-9, Janvier/Février 1993.
- [4] **SCHUTYSER K.** « *Les alternatives à l'hospitalisation en Europe* » Gestions Hospitalières, n° 334, pages 227-232, Mars 1994.
- [5] **BELIN V.** « *La chirurgie ambulatoire, mythe et réalités* » Décision Santé, n° 99, pages 18-20, Juillet 1996.
- [6] **MOONEY** note 24 dans « *Les alternatives à l'hospitalisation en Europe* » Gestions Hospitalières, n° 334, page 230, Mars 1994.
- [7] **Direction générale du recouvrement de la santé du Québec** « *propositions pour une nouvelle gestion des ressources de courte durée* » *Les alternatives à l'utilisation des lits de courte durée*, pages 25, 26 et 42, Février 1992.
- [8] **BERTHELIER S.** « *Le bus pour la chirurgie ambulatoire* » La Santé de l'homme n°307, pages 17-19, Septembre/Octobre 1993.
- [9] **REYDELET J.** « *Chirurgie ambulatoire en Allemagne* » Congrès National de Chirurgie Ambulatoire des 7 et 8 Juin 1996, A.F.C.A, Février 1997.

2. La situation de la chirurgie ambulatoire en France

2.1 Un retard structurel en France

Il faut attendre le début des années 90 pour constater un développement important de la chirurgie ambulatoire en France. Le retard enregistré en France tient plus au manque de création de structures de chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux ou de centres autonomes qu'à la réalité des pratiques chirurgicales. La reconnaissance juridique de la pratique chirurgicale d'un jour en 1991 semble avoir impulsé le développement des interventions et des actes d'investigation en ambulatoire.

2.1.1 Une reconnaissance juridique récente

– L'avènement de **la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et les décrets du 2 octobre 1992** reconnaissent la chirurgie ambulatoire comme une véritable alternative à l'hospitalisation classique et l'intègrent à la carte sanitaire de chirurgie. Le cadre juridique des structures est défini, leurs modalités de fonctionnement et d'organisation sont posées (Annexe 2 et 3).

- Le décret du 2 octobre 1992 définit clairement les structures de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire.

«Les structures de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire permettent d'effectuer, dans les conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. Ces structures dispensent des prestations équivalentes par leur importance à celles effectuées habituellement en hospitalisation complète, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures ».

- La création de toute nouvelle structure est soumise au régime des autorisations du ministre de la santé, subordonnée à la fermeture de lits hospitaliers quand les moyens d'hospitalisation traditionnelle sont excédentaires. Ainsi, la création d'une place d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire doit être compensée par la fermeture de 2 lits de chirurgie traditionnelle lorsque la carte sanitaire est en dépassement jusqu'à 25 % et de 2,25 lits de chirurgie si ce dépassement excède 25 %. L'application de ce taux de change devrait à terme entraîner une réduction des places en hospitalisation complète.
- La capacité maximale d'accueil des structures de chirurgie ambulatoire est exprimée en places. Elle est obtenue en divisant par 365 le nombre maximum annuel de patients pouvant être accueillis pour une durée inférieure à un jour.

- Ces structures doivent faire l'objet d'une organisation spécifique pour garantir certaines exigences de qualité.
 - * Les structures de chirurgie ambulatoire doivent être conçues comme des unités de soins individualisées spécifiquement affectées au traitement en ambulatoire des malades. Le secteur opératoire doit être conforme aux caractéristiques fixées par arrêté ministériel. Les structures doivent posséder les équipements et agencements nécessaires à la préparation préalable du patient (y compris la consultation de l'anesthésie), d'une salle de repos et d'autres moyens nécessaires à la sortie du patient. Les moyens disponibles à la prise en charge immédiate d'une complication doivent être disponibles sans délai (locaux, matériel, médicaments).
 - * Les exigences en personnel sont clairement explicitées : pendant les heures d'ouverture, il est exigé que soient présents au minimum et de manière permanente un médecin qualifié, un infirmier pour cinq malades présents, un médecin anesthésiste réanimateur et deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.
 - * La continuité des soins doit être assurée en dehors des heures d'ouverture de la structure, y compris le dimanche et les jours fériés. Le cas échéant, les structures sont tenues de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant des disciplines pratiquées par les structures précitées.
- Il faut attendre la **Conférence de consensus** réunie les 22, 23 et 24 mars 1993 pour voir apparaître une définition relativement exhaustive du terme « chirurgie ambulatoire ».

« Par chirurgie sans hospitalisation, plus communément appelée chirurgie ambulatoire ou chirurgie de jour on entend les actes chirurgicaux et/ou d'investigation, programmés et réalisés dans les 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 ».

- Deux autres textes législatifs sont venus compléter le dispositif juridique de la chirurgie ambulatoire :

L'arrêté du 7 janvier 1993, en décrivant les caractéristiques du secteur opératoire des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie d'un jour, officialise la notion de bloc chirurgical en ambulatoire. Entité indépendante, ce bloc doit néanmoins posséder toutes les caractéristiques d'un bloc opératoire traditionnel pour garantir la qualité des actes et la sécurité des patients (Annexe 4).

Le décret du 5 décembre 1994 insiste une nouvelle fois sur la sécurité en mettant l'accent sur la pratique anesthésique. Il précise les obligations auxquelles doivent se soumettre les structures de chirurgie ambulatoire pour garantir cette sécurité (consultation préanesthésique, anesthésie, surveillance post-interventionnelle...) (Annexe 5).

2.1.2 Un développement important au début des années 1990

Devant l'absence de cadre réglementaire, l'évolution de la chirurgie ambulatoire reste difficile à appréhender. Jusqu'en 1993, les statistiques officielles du SESI ne permettent pas de repérer précisément la chirurgie ambulatoire regroupée sous la notion plus large d'« hospitalisation de jour »⁴. Les chiffres cités au cours de cette période sont certainement inférieurs à la réalité.

- Dans les hôpitaux publics, la distinction des « services hospitaliers de chirurgie » en hospitalisation de jour dans l'enquête H80 du SESI, permet de témoigner d'un développement important du nombre de patients hospitalisés moins de 24 heures en chirurgie. En effet, le nombre de venues⁵ dans ces services augmente en moyenne annuelle d'environ 30% entre 1990 et 1992 (Cf. Tableau n° 1). On peut penser que les soins qui sont prodigués lors de ces venues sont essentiellement des soins de chirurgie ambulatoire.

Un ralentissement apparaît en 1993, pouvant s'expliquer, comme pour les cliniques privées, par la mise en place des autorisations d'ouverture des services de chirurgie ambulatoire.

- Dans les établissements d'hospitalisation privés, deux types d'indicateurs⁶ nous permettent d'appréhender l'essor de la chirurgie ambulatoire au début des années 90.
 - Le nombre d'interventions de chirurgie et de gynécologie chirurgicale effectuées en ambulatoire augmente selon le taux d'accroissement annuel moyen de 15,3 % entre 1990 et 1991 et de 12,1 % entre 1991 et 1992 (Cf. Tableau n° 2). Cette augmentation s'explique principalement par la forte croissance des actes supérieurs à K 100 qui progressent selon le taux d'accroissement annuel moyen de 54 % entre 1990 et 1991, de 40 % entre 1991 et 1992 et de 35 % entre 1992 et 1993. Leur part reste malgré tout marginale (ils représentent 4 % de l'ensemble des interventions en 1993).

⁴ L'hospitalisation de jour comporte trois rubriques : l'hospitalisation de jour « psy » (elle regroupe les services ayant comme discipline d'équipement dominante une discipline relevant du groupe « lutte contre les maladies mentales et les toxicomanies »), les I.V.G, l'hospitalisation de jour autre que psychiatrie et I.V.G.

⁵ Le nombre de venues élémentaires ou séances en hospitalisation partielle correspond au nombre de passages non individualisés, un même malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année. Si le malade vient dans une même discipline plusieurs fois le même jour, il n'est comptabilisé qu'une seule fois.

⁶ Enquête EHP du SESI

Tableau n° 1
Evolution de l'activité des hôpitaux publics et privés en hospitalisation de jour

	Hospitalisation de jour					
	Public				Privé*	
	Ensemble venues		venues en service de chirurgie		Ensemble venues	
	Nombre total (yc CHS, nc psychiatrie)	TAAM	Nombre total	TAAM	Nombre total (nc PSY)	TAAM
1987	2 948 396	-	-	-	548 263	-
1988	3 280 597	11,27%	-	-	586 900	7,05%
1989	3 559 170	8,49%	-	-	668 836	13,96%
1990	3 889 145	9,27%	-	-	700 657	4,76%
1991	4 197 946	7,94%	94 900	31,00%	880 066	25,61%
1992	4 476 847	6,64%	123 000	29,90%	-	-
1993	4 674 551	4,42%	135 100	9,60%	-	-

Enquête H 80 et EHP du SESI

* Le secteur privé regroupe à la fois les établissements privés à but non lucratif participant au service public (PSPH), les établissements privés à but non lucratif non PSPH et les établissements à but lucratif.

Tableau n° 2
Evolution de l'activité chirurgicale
des cliniques privées à but lucratif et non lucratif de 1991 à 1993,
en ambulatoire et sur l'ensemble des hospitalisés

	Cliniques privées à but lucratif et non lucratif							
	Interventions en chirurgie et gynécologie chirurgicale				K opératoires			
	TAAM (%)		Structure (%)		TAAM (%)		Structure (%)	
	en ambulatoire	sur hospitalisés	en ambulatoire	sur hospitalisés	en ambulatoire	sur hospitalisés	en ambulatoire	sur hospitalisés
1991	15,30%	2,10%	34%	66%	24,40%	5,60%	19%	82%
1992	12,10%	-1,70%	37%	63%	20,50%	2,90%	20%	80%
1993	-1,60%	-4,50%	38%	62%	13,70%	-1,40%	23%	77%

Enquête EHP du SESI, Comptes de la Santé

La croissance négative du nombre d'interventions de chirurgie et de gynécologie chirurgicale enregistrée entre 1992 et 1993 (-1,6 %) s'explique par une chute des petites interventions (<K50) réalisées en ambulatoire. Cette diminution serait consécutive à la mise en place d'un accord sur la chirurgie ambulatoire fin 1992 qui vise à transférer certaines petites interventions préalablement traitées en chirurgie ambulatoire (notamment en gastro-entérologie et en stomatologie) vers des cabinets de ville.

Parallèlement, la part des interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire sur l'ensemble des interventions chirurgicales hospitalières et en ambulatoire du secteur privé augmente. Elle passe de 34 % en 1991 à 37 % en 1992 et atteint 38 % en 1993 (Cf. Tableau n° 2). Ces chiffres ne sont pas comparables avec ceux de l'année 1994 (Tableau n°3), les deux enquêtes ne couvrant pas le même champ.

- Le nombre de K opératoires en chirurgie et gynécologie chirurgicale ambulatoires connaît une envolée : +24,4 % entre 1990 et 1991 et +20,5 % entre 1991 et 1992 (Cf. Tableau n° 2). Il continue de progresser en 1993 mais à un rythme moins soutenu (+13,7 %). L'évolution la plus remarquable reste celle des actes supérieurs à K 100 qui augmentent de plus de 35 % en moyenne annuelle entre 1991 et 1993.

La part des K opératoires en chirurgie et gynécologie chirurgicale réalisés en ambulatoire sur l'ensemble des K effectués en hôpital et en ambulatoire évolue également à la hausse. Elle augmente de 4 points entre 1991 et 1992 pour atteindre 23 % en 1993. L'augmentation de la part de l'ambulatoire dans l'ensemble de l'activité traduit le développement d'un transfert de soins de la chirurgie avec hospitalisation vers la chirurgie ambulatoire.

La conséquence de ce développement se traduit par une reconnaissance statistique intervenue en 1993 dans différentes sources statistiques.

2.2 Caractéristiques des structures de chirurgie ambulatoire en 1994-1995

En 1995, 6 457 places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire sont recensées en France⁷. Les places de chirurgie ambulatoire se caractérisent actuellement par :

- l'hétérogénéité de leur répartition géographique,
- la prédominance du secteur privé,
- leur concentration dans des structures de petite taille.

2.2.1 Une répartition géographique inégale

Les régions françaises sont inégalement pourvues en places de chirurgie ambulatoire qui se concentrent principalement dans les régions urbaines. La Carte n°1 illustre la densité de places de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants au 1^{er} juin 1995⁸. Elle décrit ainsi trois grandes tendances :

- Les régions du Sud de la France apparaissent comme les plus favorisées. Deux régions apparaissent les mieux équipées, la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) avec 18 places de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants, soit 12 % de la capacité totale d'accueil en France et le Languedoc Roussillon (14,5 places pour 100 000 habitants). Les régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes ainsi que la Corse, sont également bien placées, disposant entre 9,7 places et 11,9 places de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants.
- La région Ile-de-France reste la région la mieux équipée dans la partie Nord de la France, totalisant 1 849 places, soit près de 29 % de la capacité totale d'accueil (Cf. Graphique n° 1). 16,8 places sont ainsi disponibles pour 100 000 habitants.
- Quatre régions apparaissent sous-équipées : l'Est de la France (Alsace, Franche-Comté et Lorraine) et la région Centre. Ces régions disposent seulement de 3,8 à 6,3 places de chirurgie ambulatoire pour 100 000 habitants.

2.2.2 Une domination du secteur privé

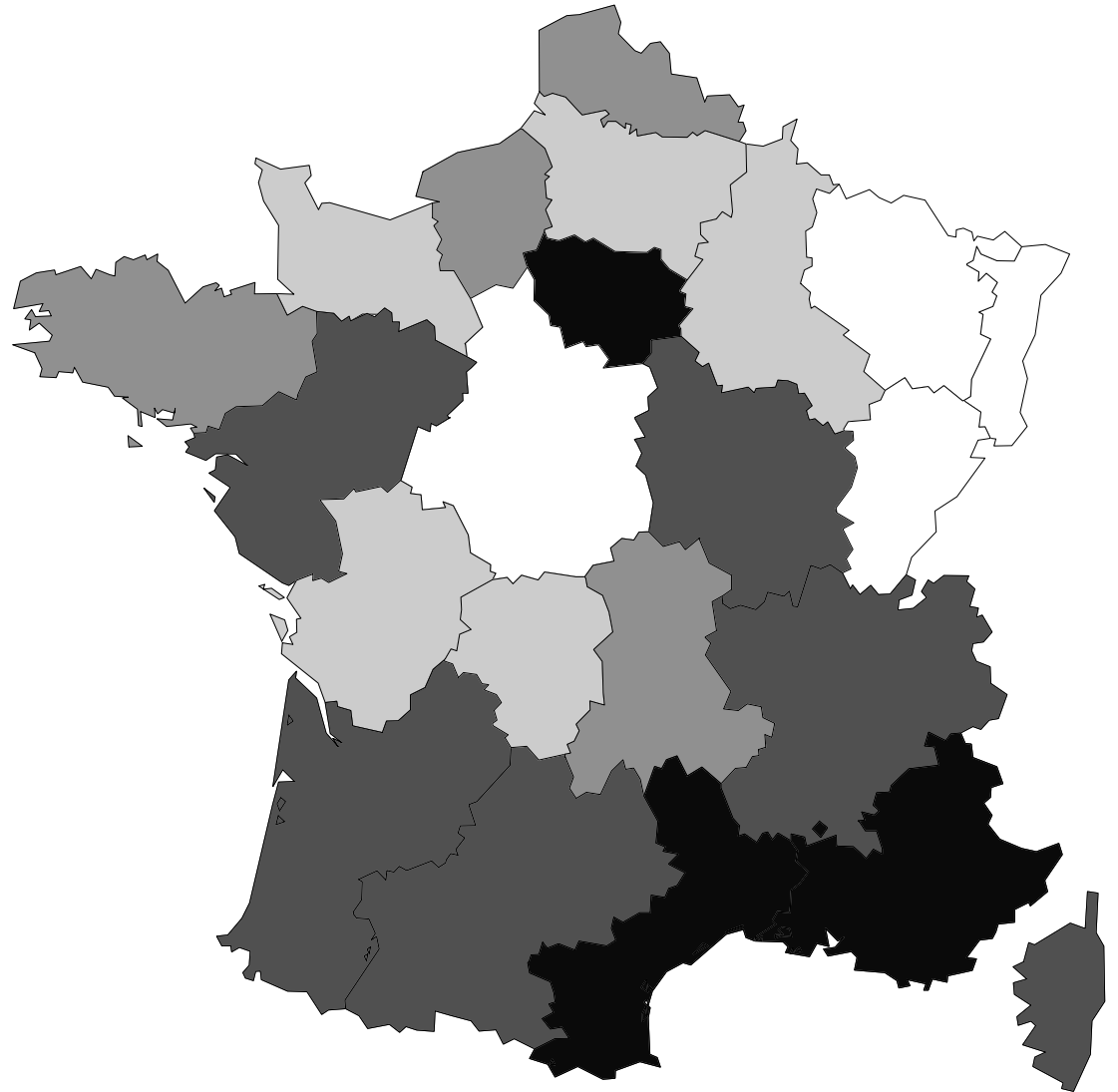
87 % des places installées de chirurgie ambulatoire se trouvent concentrées dans le secteur privé en 1994 (Cf. Graphique n° 2). Le secteur public ne détient que 13 % de la capacité totale d'accueil.

Dans le secteur privé, les établissements à but lucratif possèdent plus de 90 % des places autorisées. Seulement, 6 % des places sont concentrées dans les établissements à but non lucratif et non PSPH et 2 % dans les établissements à but non lucratif PSPH.

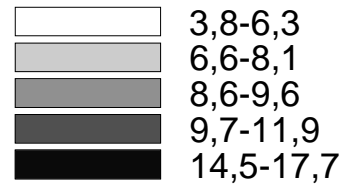
⁷ Données issues de la SAE 95, SESI, données provisoires. Il s'agit de places installées

⁸ Données régionales issues de la Direction des Hôpitaux, juin 1995. Il s'agit de places autorisées.

Carte n° 1
Répartition du nombre de places de chirurgie ambulatoire en 1995
pour 100 000 habitants

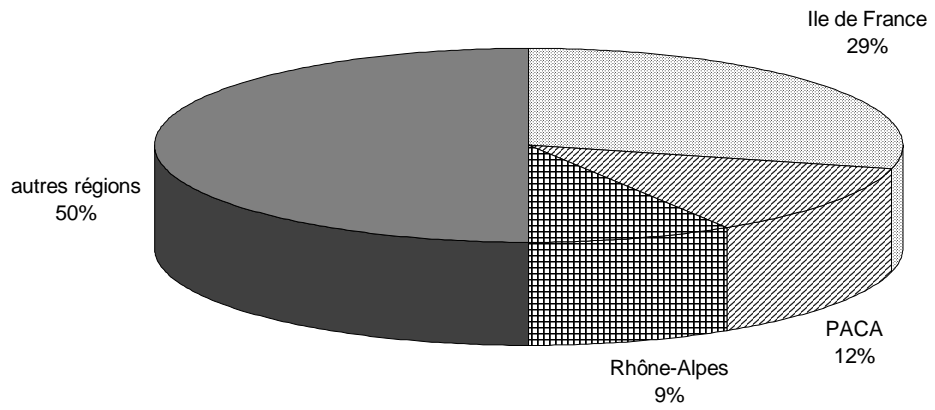


pl./100000 habitants



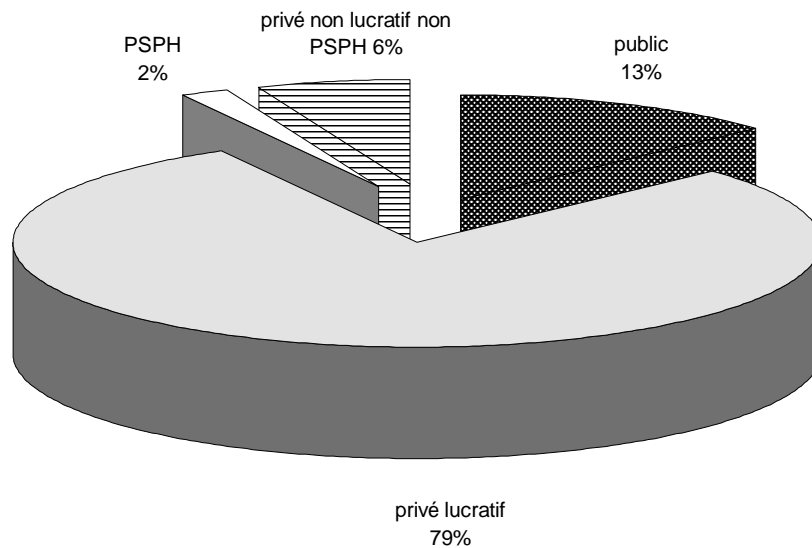
Sources : Direction des Hôpitaux 1995, CREDES

Graphique n° 1
Répartition régionale des places autorisées de chirurgie ambulatoire

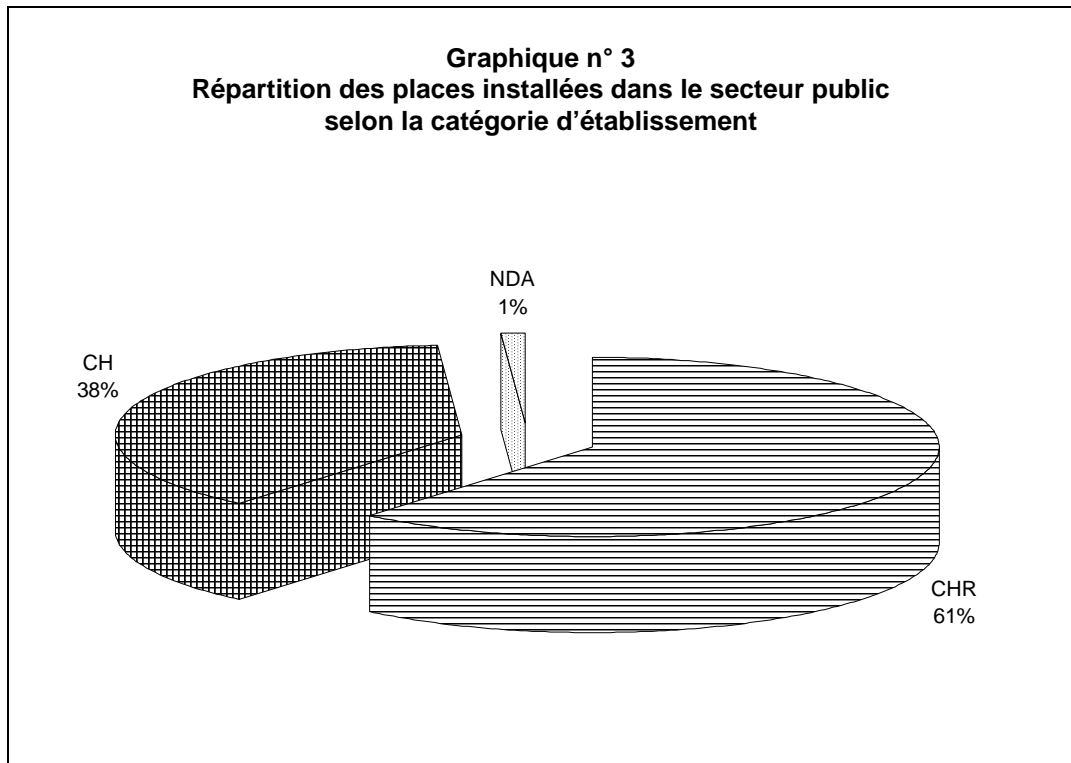


Source : Direction des hôpitaux, juin 1995

Graphique n° 2
Répartition des places installées de chirurgie ambulatoire selon le statut des établissements



Source : SAE 1994



Source : SAE 1994

Au niveau régional, la répartition public/privé est assez inégale. La Basse Normandie et le Limousin affichent la répartition public/privé la plus homogène (1/3-2/3). Les régions Auvergne, Corse, Franche-Comté, au contraire, sont totalement dépourvues de places de chirurgie ambulatoire dans le secteur public, le secteur privé détenant à lui seul toute la capacité d'accueil. La région Ile-de-France se situe dans la moyenne nationale avec environ 13 % des places autorisées dans le secteur public et 87 % dans le secteur privé.

Un constat simple s'impose : les professionnels de santé se sont orientés beaucoup plus rapidement vers ce mode de prise en charge dans le secteur privé que dans le secteur public où 61 % de l'ensemble des places de chirurgie ambulatoire sont concentrés dans les centres hospitaliers régionaux (Cf. Graphique n° 3). En effet, le secteur public qui réalise des interventions complexes est du fait de son activité moins concerné par la chirurgie ambulatoire que le secteur privé. Ce dernier, réalisant des interventions moins lourdes a pu plus facilement transférer une partie de son activité chirurgicale vers la chirurgie ambulatoire.

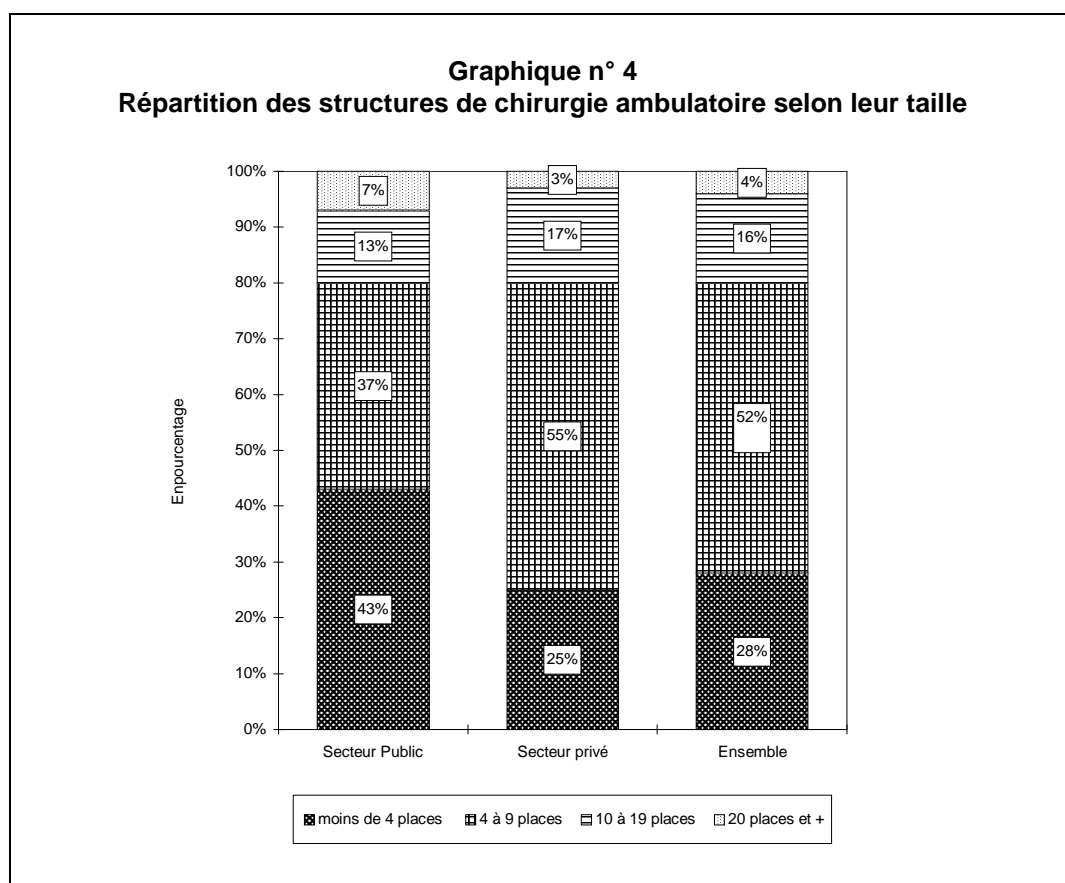
2.2.3 Des structures de chirurgie ambulatoire de petite taille

En 1994, on recense environ 886 structures de chirurgie ambulatoire. La majeure partie des places est concentrée dans de petites structures⁹. Près de 80 % des structures ont en effet moins de 10 places (Cf. Graphique n° 4). Ceci est vrai aussi bien pour le secteur privé que pour le secteur public.

On constate cependant dans le secteur public une part plus importante des structures de plus de 20 places (7 %) que dans le secteur privé (3 %).

2.2.4 Une progression des places de 8 % entre 1994 et 1995

Le nombre total de places installées en anesthésie ou chirurgie ambulatoire connaît une progression de près de 8 % entre 1994 et 1995 (Cf. Tableau n° 5). La progression est beaucoup plus rapide dans le secteur public que dans le secteur privé, respectivement 14 % et 7 % (Cf. Tableau n° 4).



Source SAE 1994, places installées

⁹ Les données concernant le nombre de structures et la répartition de structures selon leur taille ont été données par M. Thierry BECHU, attaché de direction à l'Union Hospitalière Privée, lors du premier Congrès National de Chirurgie Ambulatoire qui s'est tenu à Limoges les 7 et 8 juin 1996.

2.3 Une activité largement plus soutenue dans le secteur privé, à l'image de l'implantation des équipements

Les statistiques officielles du SESI permettent de définir plus précisément l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 1994. Cette activité peut être appréciée à travers trois types d'indicateurs¹⁰ : le nombre d'interventions, le nombre de venues et le nombre de K réalisés.

2.3.1 20 % des interventions chirurgicales sont réalisées en ambulatoire

Près de deux millions d'interventions dans les secteurs opératoires et obstétricaux¹¹ ont été réalisées en ambulatoire, représentant 20 % de l'ensemble des interventions. 6,6 % des interventions pratiquées dans le secteur hospitalier public sont réalisées en ambulatoire et 32 % pour le secteur privé (Cf. Tableau n° 3).

86 % des interventions réalisées en ambulatoire sont réalisées dans le secteur privé et principalement dans les établissements lucratifs.

2.3.2 Des actes deux fois moins lourds en ambulatoire qu'en hospitalisation complète

9 % du nombre total de K sont réalisés en ambulatoire. Ces actes sont deux fois moins lourds que ceux effectués en hospitalisation complète. En effet, la valeur d'une intervention (nombre de K / nombre d'interventions) réalisée en hospitalisation complète s'élève en moyenne à K 73 alors que celle d'une intervention effectuée en ambulatoire est de K 29. Dans les cliniques privées à but lucratif et non lucratif, les actes supérieurs à K 100 ne représentent que 3,8 % des interventions réalisées en ambulatoire et 26 % des interventions réalisées en hospitalisation complète en 1993¹².

79 % du nombre de K ambulatoires sont réalisés dans le secteur privé et 21 % dans le secteur public. Le secteur public qui ne réalise que 14 % des interventions ambulatoires, effectue de plus lourdes interventions.

2.3.3 Une progression des venues de 3 % entre 1994 et 1995

Plus de 1 850 000 venues en chirurgie ou anesthésie ambulatoire ont été enregistrées pour l'année 1995, soit une progression de 2,58 % par rapport à l'année précédente (Cf. Tableau n° 4). Le secteur privé enregistre à lui seul plus de 1 700 000 venues en 1995. Cet indicateur connaît une croissance soutenue entre 1994 et 1995 (+3,36 %).

¹⁰ Enquête SAE 1994

¹¹ Les secteurs opératoire et obstétricaux regroupent trois disciplines : la médecine, la chirurgie et l'obstétrique.

¹² Comptes Nationaux de la Santé, rapport juin 1995, Ministère de la santé publique et de l'Assurance Maladie.

La baisse du nombre de venues constatée pour le secteur public doit être appréhendée avec beaucoup de prudence, les données 1995 étant provisoires. Le nombre de venues dans le secteur public reste environ plus de 10 fois inférieur au nombre de venues du secteur privé. Il représente à peu près 8 % de l'ensemble des venues tous secteurs confondus.

Tableau n° 3
Comparaison de l'activité réalisée en ambulatoire
et en hospitalisation complète ou de semaine,
dans les secteurs opératoires et obstétricaux en 1994

Nombre d'interventions

	Hospitalisation complète ou de semaine	En ambulatoire	Ensemble interventions	Part (en %) ambulatoire / total
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
- budget global	424 526	91 170	515 696	17,7
- convent. CRAM à double tarification et à tarif d'autorité	3 269 678	1 549 399	4 819 077	32,2
- non convent. CRAM	57 303	11 020	68 323	16,1
Ensemble secteurs	7 511 028	1 915 267	9 426 295	20,3

Source SAE 1994

Nombre de K

	Hospitalisation complète ou de semaine	En ambulatoire	Ensemble interventions	Part (en %) ambulatoire / total
Secteur public	342 495 815	11 824 070	354 319 885	3,3
Secteur privé	201 776 532	43 871 187	245 647 719	17,9
- budget global	43 733 428	3 199 934	46 933 362	6,8
- convent. CRAM à double tarification et à tarif d'autorité	151 071 546	39 735 840	190 807 386	20,8
- non convent. CRAM	6 971 558	935 413	7 906 971	11,8
Ensemble secteurs	544 272 347	55 695 257	599 967 604	9,3

Source SAE 1994

Tableau n° 4
Evolution comparée des principaux indicateurs d'activité des structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire

	1994	1995	Evolution 1994/95 (en %)
Secteur public			
- venues	148 807	139 786	-6,06
- places	779	831	6,68
- nombre de K	11 824 070	15 966 895	35,04
Secteur privé			
- venues	1 656 513	1 712 231	3,36
Privé non lucratif PSPH	83 882	-	
Privé non lucratif non PSPH	104 614	-	
Privé lucratif	1 468 017	-	
- places	5 251	5 626	7,14
- nombre de K	43 871 187	-	
Ensemble			
- venues	1 805 320	1 852 017	2,58
- places	6 030	6 457	7,08
- nombre de K	55 695 257	-	

Source SAE 1994 et SAE 1995 (base provisoire)

• **Un taux d'occupation moyen qui avoisine les 90 % dans le secteur privé**

Le taux d'occupation moyen en chirurgie ambulatoire est défini comme le rapport du nombre de journées réalisées sur le nombre de journées réalisables.

- Nombre de journées réalisées = nombre de venues¹³
- Nombre de journées réalisables = nombre de places autorisées * 365 jours.

En 1994, le taux d'occupation moyen s'élève à 82 %. Le secteur public ne fonctionne qu'à 52 % de ses potentialités, le secteur privé à 86 %. Depuis 1994, l'évolution de cet indicateur apparaît à la baisse à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. Cette régression touche surtout le secteur public.

Tableau n° 5
Répartition comparée en % des places installées et des venues de chirurgie ambulatoire par statut juridique

	Places	Venues
Privé lucratif	80%	81%
Privé non lucratif	7%	11%
Public	13%	8%
Total général	100%	100%

Source SAE 1994

¹³ Le nombre de venues élémentaires ou de séances en hospitalisation partielle est le nombre de passages non individualisés.

3. Le mode de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire

Evoluant dans un environnement médical hautement technologique, la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré sur le patient, mis au point à partir d'une réflexion sur les impératifs de sécurité. Elle nécessite de structures spécifiques, intégrant un environnement architectural propre et une organisation optimale. Elle implique par ailleurs une sélection stricte des actes et des patients.

3.1 Trois types de structures

Trois types de structures réalisent de la chirurgie ambulatoire en France : les centres indépendants, les centres satellites et les centres intégrés. Ces structures se caractérisent par la nature de leur activité et les modalités de leur organisation [5, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

- **Les centres indépendants** (*free standing*) sont les premiers à émerger simultanément au concept américain de chirurgie ambulatoire à la fin des années 70 et au début des années 80. Ces centres ont imprimé un véritable courant de chirurgie ambulatoire en France.

Ces centres sont parvenus à trouver leur pleine expression dans des domaines de chirurgie très spécialisés. En effet, ils se concentrent habituellement sur un créneau étroit d'activités. Les centres spécialisés en chirurgie de la main (Strasbourg et Angers pour S.O.S Mains) et en ophtalmologie (Nice et Saint Jean-de-Luz) en sont les meilleurs exemples. D'autres centres se sont spécialisés dans des disciplines différentes (telle la gastro-entérologie pour Marseille et Reims). Ces centres disposent de véritables plateaux techniques. Totalement détachés d'un établissement de soins, ils ont un fonctionnement autonome et sont en général le fruit d'initiatives privées. Ces centres restent aujourd'hui peu nombreux : on en comptait une trentaine en 1991 [11].

- **Les centres satellites**, situés dans une enceinte hospitalière, constituent la majorité des centres ambulatoires. Le cadre juridique a favorisé le développement de ce type de structure. En effet, suite aux décrets du 2 octobre 1992 instaurant un taux de change, il était plus facile pour une structure hospitalière de convertir un lit d'hospitalisation complète en une place de chirurgie ambulatoire que pour un centre indépendant. Ces centres fonctionnent de façon indépendante, disposant de leurs propres salles d'accueil, de leurs propres chambres, de leurs propres salles d'opération et de leurs propres salles de réveil. Contrairement aux centres indépendants dont l'activité est fortement spécialisée, les centres satellites ont plutôt une activité généraliste, recouvrant l'ensemble des spécialités allant parfois de l'endoscopie digestive à la chirurgie ophtalmologique.
- **Les centres intégrés**, également localisés dans une structure hospitalière, constituent plutôt un secteur d'activité. Les expériences ont montré qu'il était difficile pour un établissement public de disposer de locaux d'accueil spécifiques à cette activité, d'un secrétariat et d'un personnel exclusif. En général, les salles d'opération sont communes aux deux types d'activité ambulatoire et traditionnelle. La qualification de centre est ici quelque peu abusive.

Ces centres sont pour la plupart généralistes. Ils pratiquent une chirurgie que l'on peut davantage qualifier de « rapide » plutôt que d'ambulatoire. Certains auteurs montrent les limites et les dangers de cette pratique.

Dans l'état actuel des connaissances, le centre satellite possède un certain nombre d'avantages semblant répondre au mieux à la spécificité du mode de prise en charge en ambulatoire : transfert rapide d'un patient dans la structure d'hospitalisation classique adjacente, grande souplesse de gestion et facilité de formation des personnels de chirurgie ambulatoire dans les unités classiques [13, 17, 19].

3.2 Une configuration architecturale spécifique

La chirurgie ambulatoire impose par la spécificité de son activité une configuration architecturale précise. Celle-ci est largement décrite dans les textes juridiques et dans la littérature ; elle répond à une logique de fonctionnement.

- Un des trois décrets du 2 octobre 1992 précise la structure architecturale des centres de chirurgie ambulatoire :

« La configuration architecturale et fonctionnelle de chaque structure et unité de soins doit garantir à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité, en comportant notamment des espaces spécifiques adaptés. » (article D.712-31).

Ces structures doivent disposer d'un secteur opératoire et également d'une salle de repos et autres moyens nécessaires à la préparation de la sortie du patient. Le secteur opératoire et la zone opératoire qui s'y trouvent doivent être physiquement délimités et signalés. Ce secteur doit assurer certaines fonctions telles que la préparation médicale du patient aux actes opératoires, la réalisation des actes opératoires, la surveillance postopératoire immédiate et la surveillance du réveil anesthésique. Les agencements et les équipements nécessaires sont clairement définis. Comme dans tous les établissements hospitaliers, la surveillance post-interventionnelle requiert l'existence d'une salle spécifique (décret du 5 décembre 1994).

- De manière générale, l'architecture d'une structure de chirurgie ambulatoire tend la plupart du temps à se rapprocher d'un modèle classique à cinq zones [15, 17, 20]. Ce modèle est composé :
 - * **d'une zone d'accueil** : premier lieu de contact du patient avec la structure, cette zone doit aussi accueillir l'accompagnant ;
 - * **d'une zone patient** qui comporte en général des vestiaires, des douches, une salle d'attente, une salle de consultation ;

- * **d'une zone opératoire** regroupant une salle d'opération, un laboratoire destiné à effectuer des analyses rapides et un lieu pour la stérilisation ; la présence d'une salle d'induction est spécialement utile dans le cas d'anesthésie loco-régionale ;
- * **d'une salle de réveil** localisée près du bloc opératoire. Elle communique avec une salle de repos qui possède à la fois un rôle technique de surveillance et un rôle hôtelier. Elle est aujourd'hui qualifiée de salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) ;
- * **d'une zone de personnel** bien souvent négligée.

3.3 Un personnel parfaitement organisé

- **Une équipe hospitalière bien définie**

Le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 insiste sur la spécificité du personnel des structures de chirurgie ambulatoire quelle que soit la nature du centre :

« Les structures pratiquant la chirurgie ambulatoire sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel. » (Article D. 712-30)

La composition de l'équipe est bien définie : doivent être présents au minimum et de façon permanente, un médecin qualifié et un infirmier pour cinq malades présents, un médecin anesthésiste-réanimateur et deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire. L'anesthésiste joue un rôle essentiel dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, assurant une véritable prise en charge pré, per et postopératoire.

Par son activité, la chirurgie ambulatoire suppose une coordination étroite entre tous les acteurs : l'administration, les médecins et le personnel soignant afin d'assurer une programmation rigoureuse des interventions et de prévoir l'éventualité de complications.

- **Une coopération possible avec la médecine de ville**

Les soins et la surveillance postopératoire sont assurés selon les interventions soit par le chirurgien lui-même, soit par l'infirmière du centre ou soit par le médecin traitant. Celui-ci doit alors avoir été averti au préalable de l'intervention et de ses suites. Il doit être informé de l'entrée de son patient en unité de jour et doit recevoir le jour même de l'intervention un compte rendu opératoire, nécessaire pour assurer un suivi postopératoire de son patient. Il peut ainsi organiser le suivi du patient lors de son retour à domicile.

3.4 Des interventions aux indications multiples

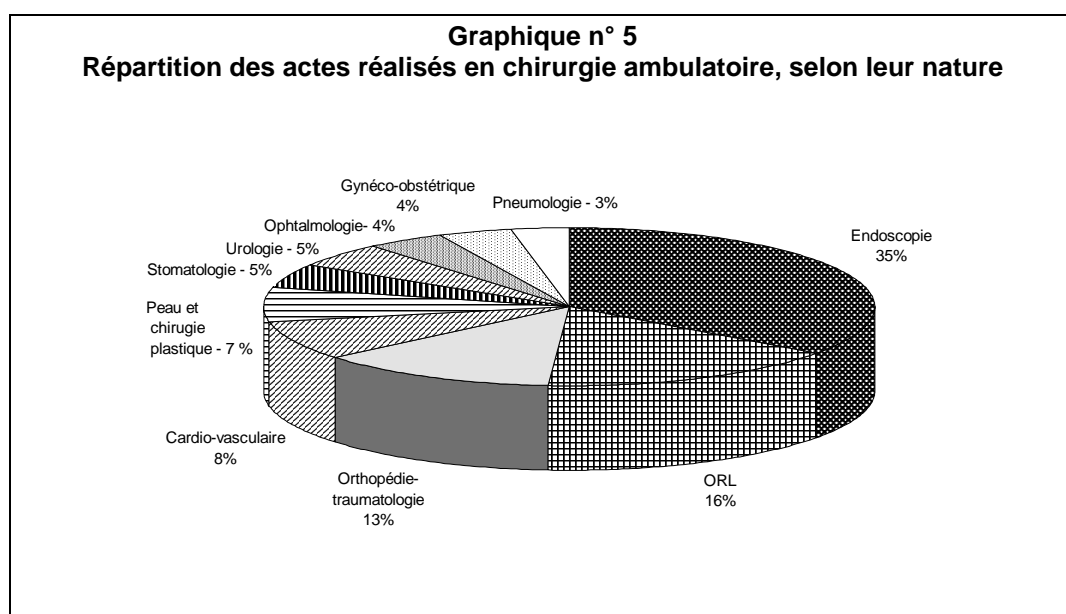
La décision de pratiquer une intervention sur le mode ambulatoire dépend de deux paramètres : la nature de l'intervention et les caractéristiques des patients. Contrairement à d'autres pays, il n'existe pas en France de liste limitative des interventions pouvant être réalisées en chirurgie ambulatoire.

3.4.1 La nature des interventions

Le mode ambulatoire est choisi pour des interventions diagnostiques ou thérapeutiques, ne présentant pas de risque postopératoire prévisible. Cinq critères sont généralement examinés pour décider ou non d'une intervention en ambulatoire : il faut un risque algique limité, un risque hémorragique minime, une durée d'intervention courte (moins de 90 minutes), un risque thromboembolique faible, la non modification des paramètres physiologiques vitaux (respiratoire, cardio-vasculaire, neurologique...) [13, 15, 22, 23].

Les indications sont multiples et concernent toutes les disciplines : chirurgie générale, orthopédique, plastique, ophtalmologique...(Cf. Tableau n° 6) [3, 8, 11, 13, 23]. Les actes réalisés sont cependant moins lourds qu'en hospitalisation complète. La liste des interventions réalisées en chirurgie ambulatoire évolue au rythme des progrès des techniques chirurgicales.

Il n'existe pas aujourd'hui de données statistiques précises sur la nature des interventions réalisées actuellement en ambulatoire en France. Certaines sources [24, 25, 27] s'accordent néanmoins pour souligner l'importance de l'activité endoscopique au sein des structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle représenterait environ 34 % des interventions réalisées en chirurgie ambulatoire. La chirurgie ORL constituerait près de 16 % de l'activité totale, suivie de près par l'orthopédie (13%). La stomatologie ne représenterait quant à elle que 5 % de l'ensemble (Cf. Graphique n° 5).



Source : AFCA, 1996

Tableau n° 6
Les principales techniques ou indications médicales en chirurgie ambulatoire

Spécialités	Indications et techniques
EXAMENS ENDOSCOPIQUES	Laryngoscopie en suspension Coelioscopie, cystoscopie, arthroscopie du genou Colonoscopie
O.R.L.	Otoplastie, rhinoplastie, cloison nasale, polype, fracture du nez Incision de phlegmon, dilatation oesophagienne Amygdalectomie adulte pour certains ORL
ORTHOPEDIE	Kyste arthro-synovial, Canal carpien Maladie de Dupuytren, Syndactylie, Ténolyse Réduction de fractures, de luxations.... Ablation de matériel d'ostéosynthèse, d'exotose
STOMATOLOGIE	Extractions dentaires multiples Canine incluse Germectomie
UROLOGIE	Circoncision Dilatation urétrale, méatotomie
OPHTALMOLOGIE	Sonde bi-canaliculaire Hernie de l'iris, ablation d'éponge Entropion, pterygion, certains ptosis Strabisme Dacryo cysto rhinostomie Cataracte
GYNECOLOGIE	Curetage, conisation du col, IVG
CHIRURGIE GENERALE	Sutures de plaies, de tendons... Exérèses cutanées avec ou sans greffe Biopsies diverses, adénome du sein, prothèse mammaire Kyste sacro-coccygien, fistule anale Chirurgie plastique de surface : correction de cicatrices, plastie en Z, liposuccion Ablation de corps étrangers Hernie Chiva, éveinage unilatéral
DIVERS	Scanner cérébral chez l'enfant Laser laryngé, oesophagien, gastrique ou rectocolique

3.4.2 La sélection des patients

La sélection des patients s'effectue à la fois sur des critères médicaux et socio-environnementaux.

- **Les critères médicaux**

- L'âge : il n'existe pas d'âge limite réglementaire pour la pratique d'une intervention en ambulatoire. Toutefois, la réalisation d'une intervention sur un enfant âgé de moins de six mois est en effet déconseillée, pouvant entraîner suite à l'anesthésie, une mort subite inexplicée (la fréquence de cet événement est de 1/2 000 enfants opérés) [25].

La pratique chirurgicale en ambulatoire chez les personnes âgées pose un certain nombre de problèmes liés à la santé du patient (pathologies associées), à son isolement familial ne facilitant pas le suivi post-opératoire.

- Les pathologies associées : certaines d'entre elles constituent des contre-indications formelles à l'intervention chirurgicale ambulatoire. On peut citer à ce titre l'infarctus récent, l'insuffisance respiratoire chronique grave. Les individus souffrant d'hypertension artérielle sont en général étroitement contrôlés au cours de la période post-opératoire. Une tension élevée persistante peut donner lieu à un transfert en hospitalisation complète.

- **Les critères psychosociaux**

L'appréciation psychosociale porte surtout sur des conditions de déroulement du suivi post-opératoire.

Le patient ne doit pas rester seul à la sortie de l'établissement. Il doit impérativement être accompagné à son domicile par une personne adulte, responsable, en bonne santé et disponible. Cette personne est également chargée d'assister l'opéré la première nuit suivant l'intervention.

Appréciée selon la nature de l'intervention, la distance entre le domicile et l'établissement de soins reste un critère sélectif pour le suivi post-opératoire en cas de complications. A ce titre, il est recommandé que le trajet n'excède pas une heure de route.

Selon certains auteurs [25], le contexte psychosocial est un critère discriminant appelé à devenir le plus important. Il s'agit de s'assurer de la sécurité et du confort du patient à son domicile.

3.5 Un parcours du patient rigoureusement défini

Des règles rigoureuses encadrent le parcours du patient de la phase préopératoire jusqu'à sa sortie [3, 13, 15, 22, 28, 29].

- **La consultation préopératoire**

Elle s'impose à la fois pour le chirurgien et pour l'anesthésiste quelques jours avant l'intervention. Le chirurgien pose l'indication opératoire et propose le statut ambulatoire à son patient. Le médecin anesthésiste, après examen du patient, accepte ou non ce statut. La consultation pré-anesthésique représente une obligation en France depuis le décret du 5 décembre 1994. Le patient doit, au préalable, donner son consentement.

- **L'anesthésie**

L'anesthésie ambulatoire est, par définition, une anesthésie générale, locale ou loco-régionale (associée ou non à une sédation¹⁴) qui, soit en raison de sa brièveté, soit en raison de l'agression minimale subie par le patient, ne nécessite pas une surveillance médicale de 24 heures. Quel que soit son type, elle doit garantir aux patients les mêmes conditions de sécurité qu'une anesthésie classique.

Ainsi, le réveil est étroitement surveillé. Il s'effectue dans une salle de réveil équipée pendant une durée suffisante. Celle-ci est de deux à trois heures pour une anesthésie de moins de trente minutes et de quatre à six heures pour une anesthésie de plus de trente minutes ou avec intubation [15].

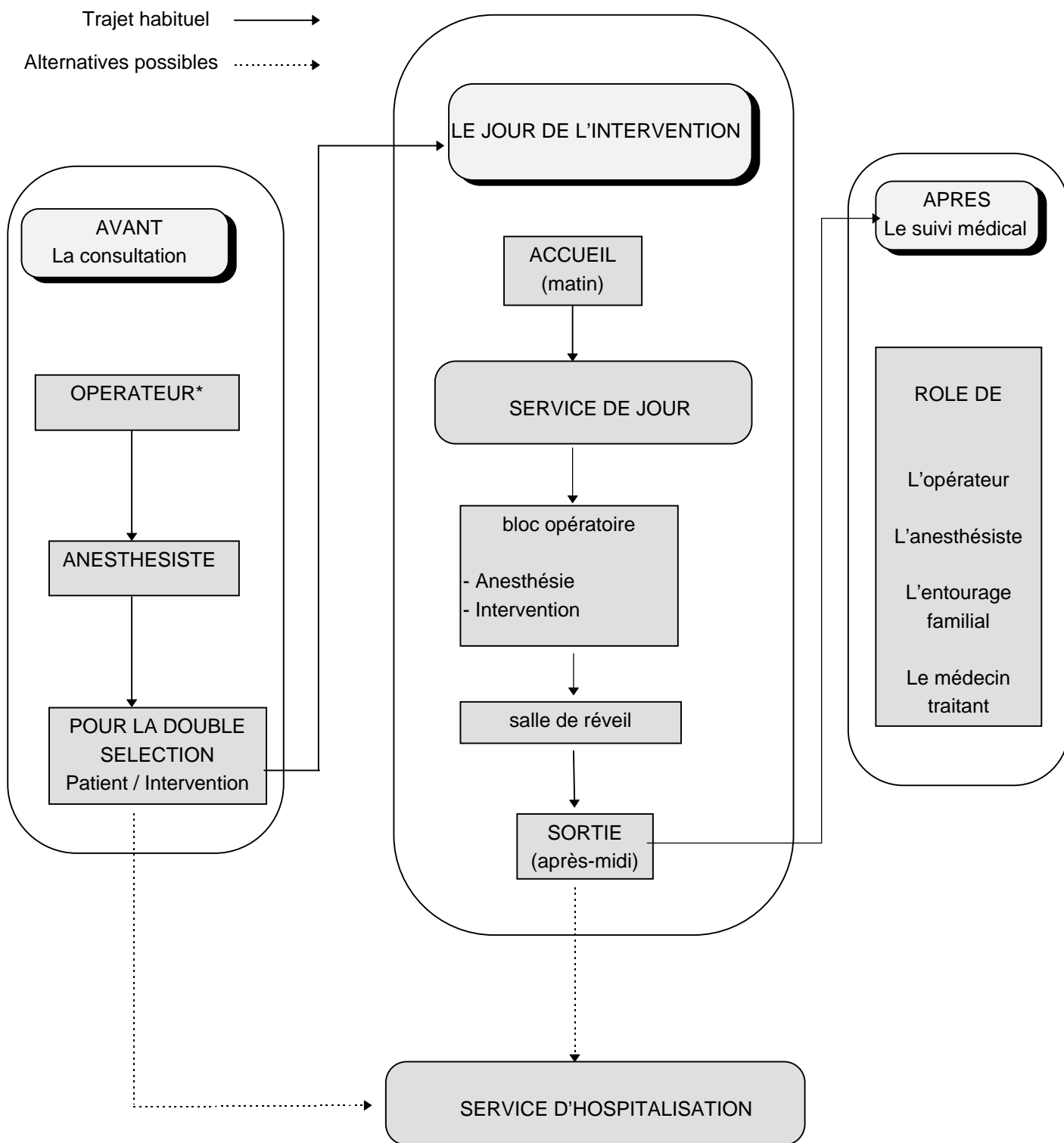
- **La sortie**

La décision de sortie relève du chirurgien et du médecin anesthésiste. La sortie n'est envisageable qu'en présence d'une personne qui doit raccompagner et surveiller le patient à son domicile pendant 48 heures, après lui avoir transmis les recommandations nécessaires. En l'absence de cette personne, le patient est forcément hospitalisé [15, 22].

Le lendemain de l'intervention, les patients sont systématiquement contactés par téléphone.

¹⁴ Apaisement de la douleur au moyen d'un sédatif.

Figure n° 1
Parcours du patient en structure de chirurgie ambulatoire¹⁵



* chirurgien, endoscopiste, radiologue.

¹⁵ Schéma inspiré du Tableau n°4 du Dr J. Brassier, Conférence de Consensus « Chirurgie sans hospitalisation », 22,23 et 24 mars 1993, Paris.

Références bibliographiques

- [10] **CHOUKROUN J.** « *Les centres autonomes, quel avenir ?* », Congrès National de Chirurgie Ambulatoire des 7 et 8 juin 1996, A.F.C.A, Février 1997.
- [11] **KANTER P.** « *Chirurgie ambulatoire, qui freine encore ?* », Tonus, n°1447, Septembre 1991.
- [12] **CHABRUN ROBERT C.** « *La chirurgie ambulatoire* », Le Concours Médical, Septembre 1991.
- [13] **MANSAT C., BANCO P.** *Chirurgie ambulatoire*, Editions Masson, Décembre 1993.
- [14] **PARMENTIER G.** « *Chirurgie sans hospitalisation* », Conférence de Consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 22, 23 et 24 Mars 1993.
- [15] **STARKMAN M., VENUTOLO F.** « *Problèmes posés par la création d'une unité indépendante de chirurgie ambulatoire* », Cahiers d'anesthésiologie n°5, 1993.
- [16] **DE LATHOUWER C.** « *La chirurgie sans hospitalisation : aspects organisationnels* », Techniques Hospitalières n° 591, Décembre 1994.
- [17] **MALIVEL N., SERAQUI M.** « *L'architecture de la structure ambulatoire* » « *Quels espaces pour l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire* », Les journées ARCHIMED de l'innovation 6-7 Décembre 1996, Hôpital Cochin, Paris. Techniques Hospitalières n°614 Mars 1997.
- [18] **BURRUS O.** « *Soins et espaces ambulatoires* », Revue de l'infirmière n° 25, page 28, Mars 1997.
- [19] **Rapport de la Conférence « Chirurgie sans hospitalisation »**, Conférence de Consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 22, 23 et 24 Mars 1993.
- [20] **HABRE W., FORSTER A.** « *Les structures requises en anesthésie ambulatoire* », *Anesthésie du patient ambulatoire*, Editions Arnette, J.E.P.U, 1991.
- [21] « *Chirurgie ambulatoire, la Fondation de l'Avenir ouvre le débat* » Espace Social Européen, Juin 1994.
- [22] **LIENHART A., DU GRES B.** « *Recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation sur l'anesthésie du patient ambulatoire* », *Anesthésie du patient ambulatoire*, Editions Arnette, J.E.P.U, 1991.

- [23] **BRASSIER J.** « *Chirurgie sans hospitalisation* », Conférence de Consensus, Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 22, 23 et 24 Mars 1993.
- [24] **AOUSTIN M.** « *Bilan et perspectives de la chirurgie ambulatoire* », Congrès National de Chirurgie Ambulatoire des 7 et 8 Juin 1996, A.F.C.A, Février 1997.
- [25] **FELLMANN A.** « *La chirurgie ambulatoire, clé du futur* », Professions Santé & Plateau Technique n° 10, Août-Septembre 1996.
- [26] **MURAT I., GOUYET L.** « *L'anesthésie de l'enfant en hôpital de jour & Anesthésie du patient ambulatoire*, Editions Arnette, J.E.P.U, 1991.
- [27] **JOHANET H., MARICHEZ P., GAUX F.** « *Chirurgie ambulatoire, organisation et résultats à propos de cinq ans d'expérience* », *Chirurgie*, Masson, Paris, pages 35-38, 1997.
- [28] **HABARER J.P.** « *La surveillance post-opératoire dans l'établissement, de la salle de réveil à la sortie du patient* », *Techniques Hospitalières* n° 591, Décembre 1994.
- [29] **LIENHART A.** « *Les impératifs de sécurité de la chirurgie ambulatoire* », *Techniques Hospitalières* n° 591, Décembre 1994.

4. Quel avenir pour la chirurgie ambulatoire en France ?

Le développement de la chirurgie ambulatoire se trouve entravé par un certain nombre de blocages. Malgré tout, un grand nombre de facteurs devrait encourager son développement. Le bilan que l'on peut aujourd'hui dresser de la chirurgie ambulatoire en France doit nous permettre à terme d'apprécier le potentiel de développement de cette alternative. Ainsi, dans un premier temps, nous allons faire le point sur les freins et les facteurs de développement de cette pratique cités dans la littérature. Puis, nous allons tenter de définir l'enjeu économique de cette alternative. En effet, l'argument économique ne peut être aujourd'hui considéré ni comme un frein, ni comme un facteur de développement de la chirurgie ambulatoire. Tout reste encore à démontrer pour valider l'intérêt économique de cette pratique.

4.1 Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire

Le retard de la France en matière de chirurgie sans hospitalisation s'explique à la fois par la présence de freins aussi nombreux du côté de la demande que du côté de l'offre.

4.1.1 Des freins imputables à la demande

Dans sa grande majorité, le public ignore la possibilité de cette pratique. Par rapport à certains pays, peu d'efforts sont réalisés pour inciter les patients à choisir une alternative plutôt qu'un mode de prise en charge traditionnel.

De plus, les patients ressentent en général une certaine méfiance par rapport à la chirurgie ambulatoire. Cette résistance psychologique de nature culturelle constitue un véritable frein. En effet, nombreux sont ceux qui considèrent que la chirurgie ambulatoire offre moins de sécurité que la chirurgie traditionnelle. La fermeture le soir et en fin de semaine des services de chirurgie ambulatoire, l'idée de se retrouver seul chez soi en cas de complications, l'absence de surveillance médicale ou paramédicale 24 heures sur 24 ou encore le risque d'une hospitalisation imprévue sont les principaux éléments à l'origine de l'angoisse des patients.

4.1.2 Des freins imputables aux praticiens

- **Une formation inadaptée**

D'une manière générale, la formation des praticiens est inadaptée à la prise en charge ambulatoire qu'il s'agisse de la formation initiale au cours du cursus universitaire ou de la formation continue. Cette inadéquation de la formation aux nécessités du contexte ambulatoire entraîne des résistances plus répandues chez les médecins traitants, amenés à assumer une surveillance post-opératoire et très souvent désarmés pour le traitement de la douleur.

La réticence se fait aussi sentir du côté des médecins anesthésistes qui n'ont pas forcément reçu un enseignement adapté en matière d'anesthésie loco-régionale.

- ***Des responsabilités plus lourdes à assumer***

Le suivi postopératoire d'un patient ayant subi une intervention chirurgicale en ambulatoire constitue pour le médecin traitant une lourde responsabilité à assumer. Il suppose, en effet, une disponibilité plus importante, des réponses à des appels d'urgence le jour ou la nuit. De plus, ce suivi postopératoire pose le problème de partage de responsabilités entre le médecin traitant et l'équipe chirurgicale.

Pour l'équipe hospitalière, la pratique ambulatoire ne modifie pas les règles de la responsabilité sur le plan juridique mais renforce le devoir d'information préalable du patient et l'obligation de rigueur. En effet, si la chirurgie ambulatoire est considérée comme potentiellement peu risquée (interventions souvent bénignes, aux suites prévisibles), elle n'exclut pas la survenue éventuelle de complications. Celles-ci sont en général liées à la santé du patient ou aux techniques anesthésiques employées. Le médecin anesthésiste, au même titre que le chirurgien peut alors redouter les conséquences médico-légales d'un acte défaillant. Il doit veiller à ce que les procédures d'anesthésie soient bien codifiées et à ce que l'organisation des interventions soit étroitement réglée comme le définit la S.F.A.R. (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) dans ses recommandations.

- ***Des obstacles culturels***

L'application d'un taux de change défini dans les décrets d'octobre 1992 devrait à terme entraîner une réduction des places en hospitalisation complète et un redéploiement du personnel hospitalier vers les structures alternatives. Mais, si aujourd'hui le volume d'activité et la qualité du plateau technique sont devenus des critères beaucoup plus pertinents que le nombre de lits pour apprécier l'activité des établissements, le lit reste la référence par excellence. Il permet de mesurer la taille d'un service ou d'un établissement et donc son importance. Ainsi, la suppression de lits reste toujours synonyme de perte de pouvoir pour les chefs de service. Cette mesure de conversion mal vécue par le monde hospitalier constitue un obstacle au développement de la chirurgie ambulatoire.

Un deuxième obstacle culturel persiste, celui d'un défaut de communication entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Pourtant, la chirurgie ambulatoire apparaissait à l'origine comme un outil de meilleure collaboration entre ces deux producteurs de soins dans un but conjoint d'efficacité et de qualité des soins.

- ***Un engagement pour le personnel***

La chirurgie ambulatoire nécessite un investissement personnel en termes de disponibilité pour le médecin traitant et impose également un certain nombre de contraintes pour l'équipe hospitalière. En effet, si l'organisation du service s'impose en chirurgie classique, elle doit être rigoureusement parfaite en chirurgie ambulatoire. On parle d'obligation de performance, « zéro défaut », de créativité organisationnelle, d'écoute et de pédagogie.

4.1.3 Des freins imputables à l'organisation de la pratique

L'absence de décrets d'application à la loi hospitalière du 31 décembre 1970 sur les alternatives à l'hospitalisation a entraîné pendant de longues années l'absence de reconnaissance de l'activité de chirurgie ambulatoire. Deux autres freins, aujourd'hui, directement imputables à l'organisation de la pratique de la chirurgie ambulatoire entravent son développement : la présence indispensable d'un entourage et l'ampleur des investissements à réaliser.

Le retour au domicile des patients ne peut s'effectuer sans la présence d'un entourage disponible, à la fois capable d'apporter un réel soutien psychologique et d'effectuer les soins postopératoires à domicile.

Suite aux décrets du 2 octobre 1992 instaurant un taux de change entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie classique, la fermeture de lits à l'hôpital met en avant le problème du redéploiement du personnel de l'établissement vers la chirurgie ambulatoire, touchant principalement le personnel paramédical

4.2 Les facteurs de développement de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est appelée à se développer en France pour des raisons à la fois psychosociales, médicales et économiques.

4.2.1 Des motivations psychosociales

La prise en charge ambulatoire présente de nombreux avantages, tant du côté des patients que du côté de l'équipe soignante.

- ***Un mode de prise en charge adapté au confort 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. La continuité des liens du patient avec son environnement familial et social sont préservés, la reprise de l'activité professionnelle est en général plus rapide, la réadaptation n'en est que plus facile.

Diverses enquêtes témoignent de la grande satisfaction des patients ayant bénéficié d'un acte chirurgical en ambulatoire. Dans une enquête CEGOS¹⁶ réalisée en 1990, 90 % des patients étaient prêts à renouveler cette expérience. Une enquête au centre hospitalier de Béziers obtient des résultats de satisfaction similaires : 96 % réitéreraient volontiers l'expérience de chirurgie ambulatoire. D'autres sondages corroborent les résultats de cette étude. Toutefois, certaines études (CF. Encadré n° 2) sont moins concluantes : la satisfaction des patients ne diffère pas selon le mode de prise en charge (hospitalisation complète ou chirurgie ambulatoire).

¹⁶ Commission Générale de l'Organisation Scientifique.

- ***Une meilleure organisation des conditions de travail du personnel hospitalier***

Une plus grande communication au sein de l'équipe facilite les rapports entre le chirurgien, l'anesthésiste et l'équipe soignante. Par ailleurs, supprimant les services de nuit et les permanences du week-end, la chirurgie ambulatoire améliore la qualité de vie du personnel soignant de ses structures.

4.2.2 Des motivations médicales

- ***Un risque d'infection nosocomiale réduit***

Un argument médical très souvent invoqué en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire est celui de la réduction du risque d'infection nosocomiale [30]. En effet, en raison de la brièveté du séjour, la probabilité de contracter une maladie est considérablement réduite par rapport à une hospitalisation traditionnelle. Selon certaines sources, le risque d'infection nosocomiale en chirurgie ambulatoire tourne autour de 1 % en 1993 [31]. Dans les services de chirurgie des hôpitaux, le taux d'infection nosocomiale des patients opérés est de l'ordre de 10 % en 1996¹⁷.

- ***D'autres avantages médicaux***

La chirurgie ambulatoire permet de raccourcir l'incapacité postopératoire et le temps de convalescence. Elle réduirait également le risque de complications thromboemboliques causé en partie par l'alitement [8, 31, 32]. De plus, le nombre d'examens préopératoires, moins élevé qu'en hospitalisation traditionnelle, permet de diminuer le risque d'irradiation.

- ***Un « mieux être » psychologique***

La pratique chirurgicale en ambulatoire permet de personnaliser la prise en charge du patient. Si parfois, elle induit une certaine méfiance chez les patients, elle peut aussi pour certains patients réduire le stress psychologique associé à l'hospitalisation et dédramatiser ainsi l'acte opératoire. Elle responsabilise le patient pour le respect des consignes pré et post opératoires.

¹⁷ *Enquête Nationale de prévalence des infections nosocomiales, Comité Technique National des infections Nosocomiales, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, juin 1997.*

4.3 Un enjeu économique

Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, la chirurgie ambulatoire, comme les autres alternatives, a été perçue comme un élément de contribution à la diminution des dépenses hospitalières. Pour l'organisme payeur, l'économie ne sera effective que si la surveillance et les soins postopératoires dispensés en ville après la sortie donnent lieu à une facture d'un montant inférieur à celle qui aurait résulté du prix du séjour dans l'établissement. Pourtant, aujourd'hui, aucune étude ne permet de valider l'intérêt économique de cette pratique. Certains arguments nous permettent d'adhérer à ce point de vue, d'autres le remettent partiellement en cause. De plus, il ne faut pas omettre d'envisager cet enjeu économique du côté du patient auquel incombe la prise en charge des coûts indirects. L'argument économique ne peut être considéré aujourd'hui ni comme un frein, ni comme un facteur de développement.

4.3.1 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. En effet, elle permettrait une diminution des coûts directs par le biais de la réduction de la durée de séjour, d'une moindre utilisation des ressources et de gains de productivité ainsi qu'une diminution des coûts indirects.

- **Une réduction de la durée de séjour**

La chirurgie ambulatoire entraîne une réduction de la durée de séjour hospitalière permettant de réduire le coût global de la prise en charge du patient. Les économies en termes de coûts directs pourraient s'élever à environ 30 % selon l'étude réalisée au Centre Hospitalier de Béziers (Cf. Encadré n° 1). Ces coûts varient principalement en fonction de la durée de la prise en charge hôtelière (12 heures ou 24 heures).

- **Une utilisation moindre de ressources**

Une évaluation médico-économique réalisée sur des patients pris en charge dans les établissements hospitaliers de la région Rhône-Alpes (Cf. Encadré n° 2) montre que la chirurgie ambulatoire, moins coûteuse que la chirurgie classique en termes de durée de séjour hospitalier, est également moins coûteuse en termes d'utilisation de ressources sur l'ensemble de la période (avant, pendant et après l'hospitalisation). En effet, la chirurgie classique utilise plus de ressources que la chirurgie ambulatoire pour les actes en Z, en temps de soins, en temps d'utilisation des structures, en prescriptions médicamenteuses et en nombre de consultations ou visites de médecins. Par contre, les prescriptions des actes en B au domicile sont plus importantes en chirurgie ambulatoire qu'en hospitalisation classique avant l'intervention. De la même façon, les visites du généraliste sont plus fréquentes dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire pour la période postopératoire ; elles sont compensées par la fréquence trois fois plus importante des visites de spécialistes en hospitalisation classique.

Encadré n° 1

La chirurgie ambulatoire ou de court séjour : analyse d'une expérience au centre hospitalier général de Béziers

A. Decaux et F. Demont (*Inspection de la Santé - D.D.A.S.S, Tours*), Ph. Legroux (*chirurgien chef de service, Centre Hospitalier Général de Béziers*), B. Grandbastien, P. Sagnier, Ph. Brillet et J. Drucker (*Service d'Information Médicale et d'Hygiène, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours*).

Revue Médicale de l'Assurance Maladie n°1, Janvier-Février 1991

◆ **Objectif de l'étude** : impact de la durée moyenne de séjour sur le coût des interventions ?

◆ **Méthodologie** :

- Etude médico-économique réalisée sur 99 hernies inguinales et sur 50 appendicites opérées en chirurgie ambulatoire ou de court séjour de 1987 à 1989 au Centre Hospitalier Général de Béziers.
- Population : surtout des hommes d'un âge médian de 61 ans ayant pour la plupart des antécédents pathologiques
 - 25 patients pris en charge en hospitalisation de 24 heures
 - 74 patients pris en charge en hospitalisation de jour
- Enquête sur dossiers et par questionnaires auprès des patients, chirurgiens et médecins.

◆ **Résultats**

→ **Evaluation de la qualité des soins**

- Complications : pour une quinzaine de cures de hernie (ecchymoses simples, orchite, réaction sur fil...).
- Surveillance postopératoire : entre 5 et 10 jours pour les deux interventions
- Reprise de la marche : sans douleur pour la moitié des patients (moins de 10 jours après l'intervention)
- Satisfaction : 96 % des patients sont prêts à recommencer l'expérience ambulatoire.

→ **Evaluation économique**

- Coût total moyen d'une cure de hernie significativement plus élevé en hospitalisation de 24 heures qu'en hospitalisation de jour (4 126 francs contre 3 030 francs). Celui-ci regroupe le bilan préopératoire, le séjour hospitalier et la surveillance postopératoire.
- Les coûts constatés diffèrent en raison de la durée de la prise en charge hôtelière laquelle varie entre 12 et 24 heures.

⇒ **Cette étude montre que pour certaines pathologies, ce type de chirurgie peut aider à la maîtrise des coûts, tout en conservant, voire en améliorant la qualité des soins.**

- **Des gains de productivité**

La pratique chirurgicale sur le mode ambulatoire améliorerait l'utilisation du bloc opératoire et permettrait de ce fait d'augmenter l'activité chirurgicale. En termes micro-économiques, la chirurgie ambulatoire est génératrice pour les établissements de gains de productivité importants. Par exemple, les structures ambulatoires réalisent en moyenne, par rapport au nombre de places, une intervention par jour et par malade alors que les établissements traditionnels réalisent en moyenne une intervention par malade tous les trois jours.

- **Des coûts indirects moindres**

Certains auteurs tentent de démontrer que la chirurgie ambulatoire, mieux adaptée au confort des patients, permet de réaliser des économies sur les coûts indirects tels que la diminution des arrêts de travail et la meilleure productivité à la reprise du travail (Interventions du Pr BLOCH [33] et du Pr GILBERT à l'Institut Français de la main [34], [11]). L'étude du Docteur FOUCHER (spécialiste de la chirurgie de la main à Strasbourg) sur 37 patients opérés d'un syndrome du canal carpien montre que la chirurgie ambulatoire diminue la durée d'arrêt de travail. Celle-ci est de 23 jours en ambulatoire contre 34 jours dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle [35].

Mais ces résultats se trouvent infirmés par certaines études, telles l'étude de KORNHALL ET OLSSON (1976) [35] et l'étude de B. FANTINO réalisée dans les Bouches du Rhône (Cf. Encadré n° 2). En effet, la durée de l'arrêt de travail apparaît similaire quel que soit le mode de prise en charge. Elle dépend étroitement de la discipline concernée.

4.3.2 Un intérêt économique difficile à apprécier

L'Assurance Maladie n'a pas un intérêt économique à développer ce mode de prise en charge quel que soit le type d'établissement.

- Pour un établissement sous dotation globale, la prise en charge en ambulatoire constitue toujours un surcoût pour l'Assurance Maladie car des soins postopératoires préalablement inclus dans la dotation globale sont désormais externalisés vers la ville et facturés en plus. Plusieurs auteurs confirment ce transfert de charges de l'intra-hospitalier vers l'extra-hospitalier, induit par le mode ambulatoire. La surveillance et l'hébergement postopératoires étant externalisés, de nombreux recours au médecin traitant, aux laboratoires d'analyses et aux services paramédicaux lors du retour à domicile peuvent s'avérer fort coûteux. Ils risquent de remettre en cause les économies dégagées à l'hôpital.

Encadré n° 2
Chirurgie ambulatoire et chirurgie classique :
évaluation médico-économique de 161 patients randomisés

B. Fantino (C.P.C.A.M. de Lyon), F. Fantino, Hospices Civils de Lyon.), B. Systchenko (Hôpital Jules Courmont, Lyon), J. Fabry (Hôpital Jules Courmont, Lyon), J.C. Mabriez (ERSM., Lyon), Revue Médicale de l'Assurance Maladie, n°4-1996

◆ **Objectif de l'étude** : comparaison des deux modes de prise en charge chirurgicale, ambulatoire et classique

◆ **Méthodologie**

- Etude réalisée dans quatre services de chirurgie de la région Rhône-Alpes (Lyon et Grenoble) en gynécologie, gynéco-obstétrique, en chirurgie digestive et en proctologie.
- Population : essai randomisé sur un échantillon de 161 patients, dont 83 inclus en chirurgie ambulatoire et 78 en chirurgie classique (bonne comparabilité des 2 groupes tant au niveau des caractéristiques sociales que des caractéristiques médicales)
- Enquête par questionnaires, période d'observation de l'étude : un mois

◆ **Résultats**

→ **La satisfaction**

- La satisfaction des patients et de leur entourage et la qualité de vie ne diffère pas d'un groupe à l'autre.

→ **Les résultats cliniques**

- Les taux de complication et leur nature ne diffèrent pas significativement d'un groupe à l'autre. La fréquence des réinterventions et l'incapacité entraînée par le geste opératoire sont identiques.

→ **Evaluation des coûts**

- 1/ La chirurgie ambulatoire est moins coûteuse en termes de durée de séjour (0,2 nuits passées à l'hôpital dans le groupe ambulatoire, contre 2,2 dans le groupe de chirurgie classique).
- 2/ La chirurgie ambulatoire est moins consommatrice de ressources lorsqu'on analyse l'ensemble de la période (avant, pendant et après l'hospitalisation). Ces ressources regroupent l'ensemble des examens pratiqués en ville et à l'hôpital, l'utilisation des ressources en personnel et en plateau technique pendant l'hospitalisation, les consommations pharmaceutiques. La chirurgie ambulatoire utilise significativement plus de ressources que la chirurgie classique sur deux postes : la prescription des actes en B au domicile avant l'intervention et les visites du généraliste après l'intervention.

Ratio d'utilisation des ressources de la chirurgie classique par rapport à la chirurgie ambulatoire

Avant l'hospitalisation	Ratio*	Pendant l'hospitalisation	Ratio*	Après l'hospitalisation	Ratio*
actes en Z	1,9	actes en B	1,4	visites de généralistes	tend vers 0
actes en B	0,5	actes en Z	1,4		
		montant moyen des prémédications	1,4		
		soins infirmiers préopératoires	7,3		
		postopératoires	9,9		
		soins aides soignantes			
		préopératoires	4,2		
		opératoires	2,2		
		postopératoires	13,8		
		salle d'opérations	1,3		
		salle de réveil	1,8		
		contacts avec le médecin	2,4		
		contacts avec le spécialiste	3		

* Par exemple, les actes en Z sont 1,9 fois plus prescrits dans le cadre de l'hospitalisation classique. A l'inverse, les actes en B sont 2 fois moins prescrits en hospitalisation classique.

- En clinique privée, plusieurs textes législatifs récents sont venus compléter le dispositif de tarification de la chirurgie (circulaire de la CNAMTS du 24 décembre 1992, accord tripartite du 27 janvier 1993, arrêté du 24 février 1994) (Cf. Encadré n° 3 et Annexe 6).

Ainsi, en chirurgie ambulatoire, l'Assurance Maladie verse, en dehors des honoraires et des KFSO, un forfait de jour (FAS) en remplacement du forfait de soins et d'hébergement (FSH) de l'hospitalisation classique. Tous les soins postopératoires ultérieurs ainsi que les transports éventuels du domicile vers la clinique, de la clinique vers le domicile donnent également lieu à facturation. Par contre, en hospitalisation complète, outre les honoraires et les KFSO, la facture comporte autant de prix de journée (FSH) que de jours d'hospitalisation. Il n'y a pas d'honoraires supplémentaires perçus si la durée d'hospitalisation n'excède pas 20 jours, sauf en cas de complications. Par conséquent, l'efficacité économique d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire dépend du nombre de soins postopératoires prodigués, mis en balance avec le nombre de journées d'hospitalisation.

- ***Un problème de substitution***

Le problème de la substitution de l'offre ambulatoire à l'offre traditionnelle est lié à l'importance des places créées sans contrepartie depuis le début des années 1990 et à la nature essentiellement exploratoire des actes réalisés en ambulatoire.

Une offre additive au début des années 1990

L'intérêt économique des structures de jour dépend avant tout de leur caractère substitutif et non additif aux structures d'hospitalisation complète. Or, depuis le début des années 1990, l'offre en chirurgie ambulatoire s'ajoute plus qu'elle ne se substitue à l'offre traditionnelle existante.

En effet, l'offre en ambulatoire s'est surtout développée dans le secteur privé avant l'application du taux de change, notifié dans le décret du 2 octobre 1992 (Cf. 2.1.1.). Ainsi, entre 1990 et 1993, plus de 4 400 places ont été créées dans le secteur privé alors que sur la même période 1 800 lits de chirurgie ont été fermés dans ce même secteur privé¹⁸.

Une prolifération de petits actes

La chirurgie de jour dispose désormais d'un secteur opératoire constitué d'un plateau technique performant. Mais ce secteur opératoire est aussi utilisé pour des petits actes qui, auparavant, étaient réalisés en cabinet de ville ou en consultation externe. Ces actes facturés comme de la chirurgie ambulatoire constituent un surcoût pour l'assurance maladie. Les pouvoirs publics redoutent aujourd'hui une inflation de certains actes exploratoires (comme par exemple les endoscopies) dans le cadre des structures de chirurgie ambulatoire.

¹⁸ Chiffres issus des actes du premier congrès national de chirurgie ambulatoire, AFCA, 1997.

Encadré n° 3

Valorisation des actes chirurgicaux

Dans les établissements privés, la valorisation des actes chirurgicaux ambulatoires se fait à partir de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Pour les actes chirurgicaux traditionnels, la valorisation est égale à l'addition de 4 paramètres : la valeur propre de l'acte, la valeur de son anesthésie, la valeur de son environnement et la valeur de l'hébergement ou de l'accueil.

- **La valeur propre de l'acte** = lettre clé * coefficient

- Lettre clé K = actes de petite chirurgie ou actes d'exploration, lettre clé KC = actes chirurgicaux
- La valeur du coefficient varie en fonction de l'importance de l'acte.

- **La valeur de l'anesthésie** = lettre clé * coefficient

La NGAP utilise la lettre K lorsque le coefficient de l'acte est inférieur à 35 et la lettre KC lorsque celui-ci est supérieur à 35. Le coefficient de l'anesthésie vaut 25 par défaut, lorsque celui-ci n'est pas indiqué dans la NGAP.

- **La valeur de l'environnement** correspond soit aux frais de location de la salle d'opération, soit pour un acte moins lourd, aux frais d'utilisation du secteur opératoire. Ces actes sont classés en deux listes (une et deux).

- Lettre clé - FSO (Forfait de salle d'Opération) pour les actes de la liste n°1
- FSE (Forfait de Sécurité et d'Environnement), pour les actes inscrits en liste n°2.
- La valeur du FSO varie selon le type d'établissement et selon le type de salle d'intervention. La valeur du FSE est égale à 75 % de la valeur du FSO
- Le coefficient est la plus souvent égal à la somme des coefficients de l'acte chirurgical ou endoscopique et de l'anesthésie.

- **La valeur de l'hébergement** = FAS (Forfait d'Accueil et de Suivi du patient)

Ce nouveau tarif de prestations est déterminé en fonction de l'appartenance de l'acte réalisé à la liste n°1 (500 francs) ou 2 (300 francs). Ce forfait, facturé une seule fois vient en remplacement du Forfait Soins et Hébergement en hospitalisation classique, qui est facturé chaque jour d'hospitalisation. Le jour de l'intervention, il couvre l'ensemble des dépenses de soins y compris infirmiers et des prestations hôtelières afférentes aux patients.

Encadré n° 4

La chirurgie ambulatoire dans huit établissements de santé privés des Bouches-du-Rhône

G. Chiche, F. Ripoll, J. Androver, G. Morel, J. Campocasso, M. Brunel, Revue Médicale de l'Assurance Maladie, n°1-1995

Une activité d'expertise en santé publique a été réalisée au premier semestre 1994 par une équipe composée de médecins conseils et d'agents administratifs de Marseille pour connaître la nature des interventions réalisées et contrôler l'application de la nouvelle réglementation en matière de facturation. Huit établissements représentant le quart des places autorisées dans le département ont été contrôlés.

La population entrant dans le champ de l'étude est représentée par les séquences thérapeutiques facturées en discipline médico-tarifaire de chirurgie ambulatoire. Une séquence thérapeutique comprend les actes effectués par l'opérateur et l'anesthésiste au cours de la même intervention. L'étude a porté sur 840 séquences thérapeutiques.

Les résultats montrent que 38 % des dossiers contrôlés comportent une anomalie de facturation. Les endoscopies digestives représentent le tiers de l'activité des structures. Les fibroscopies gastriques sont mal facturées dans les trois quart des cas (elles sont pratiquement toujours accompagnées d'une anesthésie alors qu'elles ne devraient pas). 6 % des actes réalisés sont des soins externes facturés indûment en chirurgie ambulatoire. Cette proportion est variable selon les établissements.

La chirurgie ambulatoire dans les établissements privés en Bretagne

Etude réalisée dans le cadre du Protocole Régional d'Action Concertée 1994 par l'ensemble des caisses et des services médicaux du régime Général, de la Mutualité Sociale Agricole et de la Caisse Régionale des Artisans et commerçants de Bretagne.

L'objectif affiché de cette étude est d'« éviter le développement de pratiques non conformes à la réglementation et aux autorisations délivrées dans les établissements chirurgicaux privés de la région ». Cette évaluation concerne 33 établissements privés répartis dans les quatre départements bretons.

Les résultats de l'étude permettent de constater notamment un nombre d'anomalies élevé, lié soit à une mauvaise application de la nomenclature générale des actes professionnels, soit à une mauvaise application de l'accord tripartite réglementant la facturation par les structures des divers forfaits d'hébergement et d'environnement spécifiques de ce mode de prise en charge chirurgicale. Ces anomalies représentent 6 % des dépenses engagées, soit un montant annuel de 13 millions de francs en Bretagne.

L'analyse détaillée de la nature des actes réalisés montre que globalement l'activité de chirurgie ambulatoire dans les établissements privés de Bretagne ne répond que partiellement à sa vocation d'alternative à l'hospitalisation comme en témoigne le pourcentage d'actes marqueurs (indicateur de transfert de l'hospitalisation vers l'ambulatoire). Beaucoup d'actes simples notamment ORL ou portant sur les tissus cutanés relèvent d'une petite chirurgie habituellement pratiquée en externe.

Certains travaux, comme en témoignent l'étude de CHICHE G. réalisée dans les établissements de santé des Bouches du Rhône, et celle de la CNAMTS dans les établissements privés en Bretagne font état de certaines anomalies de facturation liées à ces petits actes, constituant un surcoût pour l'assurance maladie. Par exemple, dans la première étude, 6 % des actes réalisés sont des soins externes, facturés indûment en chirurgie ambulatoire (Cf. Encadré n° 4).

- ***Un investissement financier important***

La chirurgie ambulatoire nécessite un investissement financier important pour l'adaptation de locaux spécifiques et de circuits nécessaires imposant des changements architecturaux coûteux et complexes à réaliser. L'hôpital public sous dotation globale ne peut en attendre de recettes complémentaires. Dans le secteur privé, à l'exception de certaines spécialités, la rentabilité des investissements reste parfois incertaine.

- ***Un intérêt économique variable selon le type d'intervention...***

Si la chirurgie ambulatoire permet une moindre utilisation des ressources (Cf 4.3.1), son intérêt économique est déterminé par deux composantes : 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 (Etude de CONTANDRIOPOULOS...) ¹⁹. Ainsi, dans le cas du traitement d'une hernie inguinale (Etude de la Mutualité Sociale Agricole de l'Oise, Cf. Encadré n° 5), la prise en charge en ambulatoire s'avère plus onéreuse qu'une hospitalisation classique (soit respectivement 2 257 francs et 1 966 francs hors frais de structure).

..., mais aussi différent pour une intervention de même nature

Si l'intérêt économique varie selon le type d'intervention, comme le montrent plusieurs auteurs, il est surprenant de trouver des résultats inverses pour une intervention de même nature issue de sources différentes. Ainsi, le traitement d'une hernie inguinale plus onéreux en chirurgie ambulatoire dans l'étude réalisée au Centre Médico-chirurgical des Jockeys de Chantilly s'avère au contraire moins coûteux dans le cadre de l'étude réalisée au Centre Hospitalier de Béziers (soit respectivement 3 030 francs en ambulatoire et 4 126 francs en hospitalisation de 24 heures) (Encadrés n°5 et 1). Ces résultats mettent en relief la difficulté d'évaluation des coûts en matière de chirurgie ambulatoire.

¹⁹ Etude de Contandriopoulos, Pineault R., Valois M., Lance J.M., Mconnel-Bastian M.L. « Evaluation d'un programme de chirurgie d'un jour. Méthodologie et Résultats », Université de Montréal, 1982.

Encadré n° 5

Evaluation médicale de la chirurgie ambulatoire

Etude réalisée par la Mutualité Sociale Agricole de l'Oise, en collaboration avec le centre médico-chirurgical des Jockeys à Chantilly, en partenariat avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de l'Oise, la Caisse Régionale de Picardie de l'Assurance Maladie des Professions indépendantes et l'aide méthodologique de la cellule Evaluation du Département Action Médicale de la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole

◆ **Objectif de l'étude :** analyse comparative de type coût bénéfice, selon le type de l'intervention chirurgicale, entre la pratique traditionnelle et la pratique ambulatoire

◆ **Méthodologie :**

- Etude réalisée de 1991 à 1996 dans le centre médico-chirurgical des Jockeys de Chantilly, (établissement hospitalier privé participant au service public), sur quatre interventions : la ménissectomie arthroscopique du genou, le traitement de première intention de la hernie inguinale, le curetage biopsique utérin et le drainage des sinus de la face ;
- Population : pour la ménissectomie arthroscopique, 57 patients pris en charge en ambulatoire et 57 en hospitalisation classique. Pour les hernies inguinales, 33 patients en ambulatoire et 48 en hospitalisation classique ;
- Enquête longitudinale par questionnaires.

◆ **Résultats :**

→ ***Evaluation médicale***

- La prise en charge ambulatoire de la ménissectomie arthroscopique du genou et du traitement de hernie inguinale ne modifie ni la qualité des résultats médicaux, ni la qualité de vie des patients opérés. La prise en charge ambulatoire du traitement de hernie inguinale reste cependant plus anxiogène que la prise en charge traditionnelle.

→ ***Evaluation économique***

- La ménissectomie arthroscopique du genou, prise en charge en ambulatoire, permet de dégager une économie sur les coûts, hors frais de structure, de l'ordre de 20 % par rapport à l'hospitalisation (durée moyenne de séjour égale à 2,13 jours). Le coût total moyen enregistré en ambulatoire est de 2 211 francs contre 2 750 francs en hospitalisation classique.
- Le traitement de hernie inguinale est plus coûteux en ambulatoire qu'en hospitalisation classique (durée moyenne de séjour égale à 4 jours). Le surcoût de la prise en charge ambulatoire est de l'ordre de 6 % en ne tenant pas compte des soins postopératoires et hors frais de structure. Ce surcoût atteint alors 14 % quand on tient compte de ces soins (soit un coût total moyen de 2 257 francs en ambulatoire contre 1 966 francs en hospitalisation classique).

Références bibliographiques

- [30] **MALEY E.** « *Chirurgie ambulatoire : l'âge de raison* », Clinic International n° 65
Octobre 1994
- [31] « *Chirurgie sans hospitalisation* », Conférence de Consensus, Fondation de
l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 22, 23 et 24 Mars 1993.
- [32] **GERMOND M.** « *Chirurgie sans hospitalisation* », Conférence de Consensus,
Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 22, 23 et 24 Mars
1993.
- [33] **BLOCH P.** « *Chirurgie sans hospitalisation* » Conférence de Consensus,
Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, 22, 23 et 24 Mars
1993.
- [34] **GILBERT A.** « *Chirurgie ambulatoire - Hospitalisation de jour, quelle stratégie,
quel avenir ?* »...
- [35] **HOOP P.** *Les potentialités de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital Henri Mondor*,
Ecole Nationale de la Santé Publique, Décembre 1994, Rennes, 100 pages.

Conclusion

Initiée dans le monde anglo-saxon, la chirurgie ambulatoire connaît un développement tardif en France, au début des années 1990. Alors qu'aux Etats-Unis, 50 % des interventions chirurgicales se font en mode ambulatoire, cette alternative à l'hospitalisation reste en France une pratique inégale et encore peu répandue, représentant 20 % de l'ensemble des interventions chirurgicales. Cette activité est beaucoup plus soutenue dans le secteur privé qui réalise 32 % des interventions chirurgicales en mode ambulatoire et 18 % des actes en K. Quant au secteur public, qui réalise de façon générale des interventions plus complexes, l'activité ambulatoire représente 7 % des interventions chirurgicales et 3 % du nombre total de K.

Pourtant, aujourd'hui, l'intérêt médical de la formule n'est plus à démontrer. Ses indications sont multiples et concernent de nombreuses disciplines. Pouvant susciter une certaine méfiance chez les patients, ce mode de prise en charge peut aussi procurer une certaine satisfaction. Enfin, depuis les décrets de 1992, elle bénéficie d'un cadre juridique qui l'officialise comme une véritable alternative à l'hospitalisation.

Mais, pressentie à l'origine comme un élément de contribution à la maîtrise des dépenses hospitalières, le développement de cette alternative s'essouffle, freiné par un certain nombre de blocages culturels, politiques et économiques, traduisant probablement le doute sur l'intérêt économique de la formule. De plus, si cette pratique génératrice de gains de productivité, a su répondre aux problèmes de listes d'attente dans certains pays, tels le Canada²⁰ ou la Grande-Bretagne, l'inexistence de ce problème en France n'a pas encouragé le développement de cette pratique.

Cet état des lieux est curieusement similaire à celui d'une autre alternative, plus ancienne, l'hospitalisation à domicile. Celle-ci doit faire face, elle aussi, à des réticences culturelles du côté du patient, des réticences de la part du monde hospitalier encore attaché au nombre de lits ou encore à une coopération difficile entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. De plus, le développement de l'hospitalisation à domicile comme celle de la chirurgie ambulatoire s'accompagne aujourd'hui d'un manque de volonté politique.

Pourtant, l'avenir de la chirurgie ambulatoire nous semble plus optimiste que celui de l'hospitalisation à domicile. En effet, la chirurgie ambulatoire contrairement à l'hospitalisation à domicile reste une innovation, fondée principalement sur le développement des technologies de pointe. Quant à l'hospitalisation à domicile offrant avant tout une prise en charge globale du patient, les applications du progrès technique ne sont pas aussi prioritaires. Si aujourd'hui, l'intérêt économique de la chirurgie ambulatoire n'est pas démontré, on ne peut mettre de côté le progrès technique, facteur essentiel et garant du développement de cette alternative.

²⁰ *Bocognano A., Mireault J. et Sourty-Le-Guellec M..J. : « Développer la chirurgie ambulatoire, l'exemple du Québec, CREDES, n°1191, Octobre 1997 » .*

Bibliographie générale

A.F.C.A. (Association Française de Chirurgie Ambulatoire), Congrès National de Chirurgie Ambulatoire des 7 et 8 juin 1996, notion d'actes marqueurs, l'accréditation australienne, Février 1997, 690 pages.

ALMERAS J-P. « *Le consentement dans la chirurgie ambulatoire* » Le Concours Médical, 115-29, Septembre 1993, pages 2508-2509.

BANCO P. « *Orthopédie et chirurgie ambulatoire* » Journées d'études européennes sur le maintien à domicile, Centre d'Etudes et de formation hospitalières, Octobre 1991, pages 66-68.

BANDELIER-WITZ O., LENARQUE E., VIGLIANDI S. « *Dossier chirurgie ambulatoire* », Clinic International n°39, pages 20-25.

BATAILLE N., FLEURETTE F., MAUREL F. et CHARVET-PROTAT S. *La chirurgie ambulatoire*, A.N.D.E.M, Avril 1997, 122 pages.

BAUDURET J-F. « *Conférence de consensus sur la chirurgie sans hospitalisation* », Hospitalisation Privée n°317, Mai-Juin 1993.

BAZY MALAURIE C., VIENS G., LANGLOYS J... « *Quels espaces pour l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire* » Les journées ARCHIMED de l'innovation 6-7 Décembre 1996, Hôpital Cochin, Paris. Techniques Hospitalières n°614 Mars 1997, pages 23-37.

BELIN V. « *La chirurgie ambulatoire, mythe et réalités* » Décision Santé, n° 99, Juillet 1996, pages 18-20.

BERNARD J. « *L'actualité de la tarification* », Hospitalisation privée N°317, Mai-Juin 1993, pages 7-8.

BERTHELIER S. « *Le bus pour la chirurgie ambulatoire* » La Santé de l'homme n°307, Septembre/Octobre 1993, pages 17-19.

BLOCH P. « *Bruxelles : l'avenir de la chirurgie ambulatoire* » Cahiers de chirurgie n°78, Février 1991, pages 32-33.

BOITEUX A. « *La chirurgie ambulatoire s'impose dans le privé* » Décision Santé n°73, Février 1995, pages 19-22.

BONHOMME C. « *Chirurgie ambulatoire à l'hôpital : une marginale en quête d'avenir* », Revue Hospitalière de France, n° 1, Janvier/Février 1993, pages 6-16.

BOCOGNANO A., MIREAULT J., SOURTY-LE GUELLEC M-J. « *Développer la chirurgie ambulatoire : l'exemple du Québec* », CREDES, 1997, 29 pages.

BURRUS O., TRABACCHI G., BAZY-MALAURIE C., VIENS G. « *Soins et espaces ambulatoires* », Revue de l'infirmière n° 25, Mars 1997, pages 17-51.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Direction du Service Médical de la Région Rhône-Alpes *Chirurgie ambulatoire, une pratique avantageuse - Situation, consensus, évaluation médico-économique*, 1994, 455 pages.

Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Bretagne *La chirurgie ambulatoire dans les établissements privés de Bretagne : aspect quantitatif et qualitatif de la pratique*, 1995, 50 pages.

CHABRUN ROBERT C. « *La chirurgie ambulatoire* » *Le Concours Médical*, 115-29, Septembre 1991, pages 2502-2506.

CHICHE G., RIPOLL F., ANDROVER J., MOREL G., CAMPOCASSO J. et BRUNEL M. « *La chirurgie dans huit établissements de santé privés des Bouches-du-Rhône* » Journées interrégionale Clermont-Ferrand - Marseille du 23 Septembre 1994, *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, n°1-1995, pages 54-61.

COM-RUELLE L., DUMESNIL S. *L'activité chirurgicale et obstétricale en hospitalisation complète*, N°1149, CREDES, Septembre 1996, 150 pages.

DE LATHOUWER C., HABARER J.P., LIENHART A., L'HOSTIS A., DE LA SELLE P. *Techniques Hospitalières* n° 591, Décembre 1994, pages 52-59.

DECAUX A., DEMONT F., LEGROUX Ph., GRANDBASTIEN B., SAGNIER P., BRILLET Ph. et DRUCKER J. « *La chirurgie ambulatoire ou de court séjour : analyse d'une expérience dans un centre Hospitalier Public Français* », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, n°1, Janvier - Février 1991, pages 17-25.

DELFORGES P., GILBERT A., GIORDANO V. « *Chirurgie ambulatoire - Hospitalisation de jour, quelle stratégie, quel avenir ?* », pages 24-34.

Direction générale du recouvrement de la santé du Québec « *propositions pour une nouvelle gestion des ressources de courte durée* » *Les alternatives à l'utilisation des lits de courte durée*, Février 1992, 52 pages.

FANTINO B., FANTINO F., SYSTCHENKO B., FABRY J. et MABRIEZ J-C. « *Chirurgie ambulatoire et chirurgie classique : évaluation médico-économique de 161 patients randomisés* », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, n°4-1996, pages 51-64.

FELLMANN A. « *La chirurgie ambulatoire, clé du futur* », *Professions Santé & Plateau Technique* n° 10, Août-Septembre 1996, pages 11-12.

Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée Conférence de Consensus « *Chirurgie sans hospitalisation* », 22, 23 et 24 Mars 1993, Paris, 209 pages.

FOULON D. « *L'activité des établissements de santé en 1994* », Résultats provisoires SAE 1994, *Informations rapides*, n°70, Février 1996, 4 pages.

GAME F. « *Chirurgie ambulatoire : un frein aux dépenses de santé ?* », *Futurible* n°182, Décembre 1993, pages 63-66.

Groupe CRISS « *Chirurgie ambulatoire, un marché de dupe* », Espace Social Européen, Mai 1994, pages 17-18.

HOET T. *L'hôpital confronté à son avenir : actualiser l'hôpital et le préparer au XXI^{ème} siècle*, Editions Lamarre, E.N.S.P, Rennes, 1993, 236 pages.

HOLLENDER L-F., « *La chirurgie sans hospitalisation, rapport de la conférence* », Revue Hospitalière de France n°2, Mars - Avril 1995, pages 156-165.

HOOP P. *Les potentialités de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital Henri Mondor*, Ecole Nationale de la Santé Publique, Décembre 1994, Rennes, 100 pages.

JOHANET H., MARICHEZ P., GAUX F. « *Chirurgie ambulatoire, organisation et résultats à propos de cinq ans d'expérience* » *Chirurgie*, Masson, Paris, pages 35-38, 1997.

KANTER P. « *Chirurgie ambulatoire, qui freine encore ?* » *Tonus*, Septembre 1991, n°1447, pages 13-15.

KOZAK L. J., HALL M.J., POKRAS R. et LAWRENCE L. National Center for Health Statistics « *Ambulatory surgery in the United States, 1994* » *Advance Data* n°283, Mars 1997, 16 pages.

LANGLOYS J. *Anesthésie ambulatoire*, Editions Arnette, 1992, 98 pages.

LE PERFF M-G. « *La remise en ordre* », *Impact Médecin*, Octobre 1996, page 40.

MALEY E., EMICA R. « *Chirurgie ambulatoire : l'âge de raison* », *Clinic International* n° 65, Octobre 1994, pages 14-20.

MANSAT C., BANCO P. *Chirurgie ambulatoire*, Editions Masson, Décembre 1993, 205 pages.

MENGUY R., ROTH R.M « *La chirurgie ambulatoire aux USA, ses raisons d'être et son avenir* » *Chirurgie*, Masson, Paris, pages 579-585.

MOUQUET M-C « *Les pathologies traitées dans les services de soins de courte durée* » Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993, Informations rapides premiers résultats, S.E.S.I., n°1 Juillet 1996, 8 pages.

MUNK M. « *La chirurgie ambulatoire en sursis* » *Décision Santé*, Mars 1991, pages 36-37.

Mutualité Sociale Agricole de l'Oise, Centre Médico Chirurgical des Jockeys *Evaluation Médicale de la chirurgie ambulatoire*, 1996, 16 pages.

OLLAND P-L « *La chirurgie ambulatoire* » *Le généraliste*, Avril 1996, pages 6-9.

PAILLARD J. « *Chirurgie ambulatoire : des expériences en quête de reconnaissance* », *Panorama du médecin* n°3100, Janvier 1990, pages 3-4.

PARMENTIER G. « *Problèmes administratifs et financiers posés par l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire dans le secteur privé* » Cahiers de Chirurgie n°90, 2/1994, pages 37-48.

PARMENTIER G., BAZIN G. « *Chirurgie ambulatoire : où en sommes-nous ? Eléments de réponse...* », Ann Fr Anesth Réanim, Masson, Paris, 1995, pages 383-386.

Pitié Salpêtrière *Anesthésie du patient ambulatoire*, Anesthésie - Réanimation, Editions Arnette, J.E.P.U, 1991, 207 pages.

PONSEILLE M. « *Planification et chirurgie ambulatoire* », Hospitalisation Privée n°309, Décembre 1991.

RACT Y. « *Intérêt économique de la chirurgie ambulatoire* », Janssen-Cillag Anesthésie-Réanimation, Spécial Anesthésie Ambulatoire, n°3, Septembre 1995, pages 13-14.

RAIKOVIC M. « *Chirurgie ambulatoire : les dangers du rapport coût/efficacité* » Décision Santé, Février 1992, pages 20-22.

ROUDEN C. « *Chirurgie ambulatoire : la Sécu ne veut pas entendre parler des urgences de nuit* », Le Quotidien du Médecin, Juillet 1994, page 38.

R.G. « *La chirurgie ambulatoire : un espoir réalisé...une crainte apaisée...mais des blocages à lever* », Cahiers de Chirurgie, n°95, Mars 1995, pages 74-76.

S.E.S.I. « *Les établissements d'hospitalisation privés en 1987, en 1989, en 1990, en 1991, en 1992, en 1993* », Résultats Nationaux, Enquêtes E.H.P. 1987, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, respectivement n°72, n°121, n°152, n°179, n°201, n°227.

S.E.S.I. « *Les hôpitaux publics en 1988, en 1989, 1990, 1991, 1992, 1993* », Documents statistiques, Résultats H80, respectivement n°87, n°122, n°?, n°178, n°197, n°223.

S.E.S.I. « *Statistiques des établissements de santé : équipement, activité et personnel* », Séries Nationales.

S.E.S.I. *Comptes Nationaux de la Santé*, rapports 1996,1995, 1994, 1993, 1992.

S.E.S.I. « *Statistique Annuelle des Etablissements de Santé 1994* » Décembre 1996.

SCHUTYSER K. « *Les alternatives à l'hospitalisation en Europe* » Gestions Hospitalières, n° 334, pages 227-232, Mars 1994, pages 227-232.

Second European Congress on Ambulatory Surgery, 19 et 20 Mars 1993, Brussels, Programme & Abstracts, 99 pages.

STARKMAN M.,VENUTOLO F. « *Problèmes posés par la création d'une unité indépendante de chirurgie ambulatoire* » Cahiers d'anesthésiologie n°5, 1993, pages 537-541.

THEVENIN-LEMOINE B., ALLAIN M., ALLACHI M., CARDINALE H., CHABRY C., TRUTT B. « *La chirurgie ambulatoire dans les établissements privés du Val d'Oise* », Revue Médicale de l'Assurance Maladie, n°4-1996, pages 32-37.

TWERSKY R.S. « *To be an outpatient, or not to be - selecting the right patients for an ambulatory surgery* » Ambulatory Surgery, Butterworth-Heinemann, volume 1, n°1, Mars 1993, pages 5-14.

ULPAT A. « *Chirurgie ambulatoire : plus de 1 000 places en Ile de France* », Impact Médecin, Mai 1994, page 37.

VAUGHAN R.W., ALUISE J.J., Mc LAUGHLIN C.P. « *Ambulatory surgery and the hospital* » Health Care Manage Rev, 1991, pages 15-26.

VINCENT J-P, GABILLAT C. « *Chirurgie ambulatoire : un enjeu de pouvoirs* », Impact Médecin Hebdo, n°326, Juin 1996, page 31.

Annexe 1

Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991

Annexe 2

Décret n° 92-1100-1101-1102 du 2 Octobre 1992

Annexe 3

Arrêté du 7 Janvier 1993

Annexe 4

Décret n° 94-1050 du 5 Décembre 1994

Annexe 5

Accord tripartite du 27 Janvier 1993

*Listes des tableaux et
des graphiques*

Liste des tableaux

Tableau n° 1	
Evolution de l'activité des hôpitaux publics et privés en hospitalisation de jour.....	20
Tableau n° 2	
Evolution de l'activité chirurgicale des cliniques privées à but lucratif et non lucratif de 1991 à 1993, en ambulatoire et sur l'ensemble des hospitalisés	20
Tableau n° 3	
Comparaison de l'activité réalisée en ambulatoire et en hospitalisation complète ou de semaine, dans les secteurs opératoires et obstétricaux en 1994	28
Tableau n° 4	
Evolution comparée des principaux indicateurs d'activité des structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.....	29
Tableau n° 5	
Répartition comparée en % des places installées et des venues de chirurgie ambulatoire par statut juridique.....	29
Tableau n° 6	
Les principales techniques ou indications médicales en chirurgie ambulatoire.....	37

Liste des Graphiques

Graphique n° 1	
Répartition régionale des places autorisées de chirurgie ambulatoire.....	24
Graphique n° 2	
Répartition des places installées de chirurgie ambulatoire selon le statut des établissements	24
Graphique n° 3	
Répartition des places installées dans le secteur public selon la catégorie d'établissement	25
Graphique n° 4	
Répartition des structures de chirurgie ambulatoire selon leur taille.....	26
Graphique n° 5	
Répartition des actes réalisés en chirurgie ambulatoire, selon leur nature	36

Achevé d'imprimé le 5 décembre 1997
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Décembre 1997