

Ambulatoire en 2011 réglementation, état des lieux national



Textes de référence

- **Deux définitions fondatrices sont complémentaires selon l'assurance maladie et l'a.f.c.a** (*association française de chirurgie ambulatoire*) :

Conférence de consensus de mars 1993

Code de santé publique (art :R712-2-1 et D712-30)

Définition

- Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours au secteur opératoire .
- Ces structures dispensent sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures des prestations habituellement effectuées en hospitalisation à temps complet .
- One day surgery des anglo saxons

Les avantages


- Diminution des perturbations émotionnelles
- Meilleure acceptation de l'acte thérapeutique ou diagnostique
- Diminution des infections nosocomiales et des thromboses
- Réduction du temps de séparation avec les parents
- Gestion du personnel plus aisée (horaires)
- Réduction des coûts de soin
- Réduction du nombre de lits conventionnels
- Réduction du personnel
- Réduction de la durée des arrêts de travail
- L'hôpital se recentre sur le plateau technique ,

- Usa : 94 %
- Danemark : 78%
- Allemagne : 61 %
- France : 40 %

- des actions ont été menées pour développer la chirurgie ambulatoire: enquêtes nationales entre 2001 et 2005 pour évaluer le potentiel d'activité ambulatoire et les dépenses des 2 modes de prise en charge . le bilan actuel est mitigé augmentation de l'ambulatoire avec toutefois un retard important par rapport aux autres pays européens , il existe de nombreuses disparités régionales , public/privé (33 % versus 44 %)selon le type d'actes ...

Quelles actions en France pour développer l'ambulatoire ?

- Accompagnement de 8 établissements volontaires par la **MEAH** (*mission d'expertise et audit hospitalière*) entre 2005 ET 2007. Établissement d'un **bréviaire de l'ambulatoire**.
- Mesures incitatives dans le cadre de la T2A : tarif identique pour un séjour ambulatoire vrai ou un hébergement d'une nuit.
- Convergence des tarifs entre l'hospitalisation complète et l'ambulatoire pour des actes similaires au sein de 15 couples de GHM.
- Article L.162-1-16 du code de la sécurité sociale (décembre 2007) refus possible de prise en charge par la sécurité sociale des prestations d'hébergement pour des actes pouvant être réalisés en ambulatoire (nécessité de demande d'entente préalable).

- 
- **Les actes éligibles**
 - **Les recommandations d'anesthésie(s.f.a.r 2009)**
 - **Les structures ,l'organisation**
 - **Les directives nationales**

Actes marqueurs(référence)

- Arthroscopie du genou
- Extractions dentaires
- Chirurgie de cataracte
- Hernies inguinales ou fémorales
- Dilatation et curetage de l'utérus
- Varices
- Amygdalectomie
adénoïdectomie
- Myringotomie (paracentèse)
- Stérilisation laparoscopie
- Strabisme
- Résection sous muqueuse nasale
- Excision de tumeur maligne ou bénigne
- Interventions dans la région anale
- Circoncision
- Maladie de Dupuytren
- Syndrome du canal carpien
- Orchidopexie-varicocèle
- Ablation de matériel d'ostéosynthèse

Nouvelles recommandations de la sfar(2009)

1)définition :

recommander dès que les conditions de sa réalisation sont réunis.

2)critères d'éligibilité

médicaux chirurgicaux, psycho sociaux et environnementaux

ASA 1.2.3 stabilisé

compréhension accompagnant pour enfant et trouble du jugement , traducteur pour étranger

distance compatible,(durée non exclusive) si nécessaire convention avec hôpital de proximité ,pas de conduite automobile 12 h après AG ,le soir présence d'un accompagnant à évaluer .

3)modalités d'information au patient qui devient acteur du pré et post opératoire; information orale et support écrit

4) éléments du choix de la technique d'anesthésie
consultation obligatoire , visite pré anesthésique
technique tout est possible (préférer les drogues
d'élimination rapide)

5) suites opératoires : douleur la maîtrise est une
clé essentielle à la réussite de l'ambulatoire ;
prévention thrombo embolique ;
risque faible après chirurgie ambulatoire
NVPO prophylaxie classique

6) Quels sont les modalités de procédure de sortie l'aptitude au retour au lieu de résidence , souhaitable d'utiliser un score simple , ne pas imposer une réalimentation;

7) Coordination entre les acteurs et la continuité des soins : remise aux patients des documents nécessaires à la continuité des soins , partage de l'information entre les acteurs de la structure et la coordination des soins avec la médecine de ville

8) l'évaluation et gestion des risques en ambulatoire : recommande de mettre en place une démarche qualité description du processus de prise en charge

9) Spécificités liées à l'âge : la prise en charge ambulatoire est particulièrement adaptée aux patient qu'un éloignement du cadre de vie perturbe (aux âges extrêmes) : pédiatrie >3 mois ou 60 semaines d'âge post conceptionnel , 2 accompagnants pour le retour en voiture
gériatrie : éviter les benzodiazépines .

10) Spécificités organisationnelles et spatiales : le parcours du patient est au centre de l'organisation de la structure ambulatoire

11) Responsabilité de l'anesthésiste réanimateur : pas de différence avec le conventionnel; l'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure

Organisation

- Définir la liste des actes réalisables en ambulatoire dans la structure.
- organigramme par opérateur (planning pré établi) ou par spécialité... modalités pratiques (validation en conseil de pôle).
- Programmation : au centre de l'organisation.
- Chemin clinique centré sur le patient : réalisé dans le cadre d'une démarche qualité.
- Relation avec le médecin généraliste... communication sur l'ambulatoire.

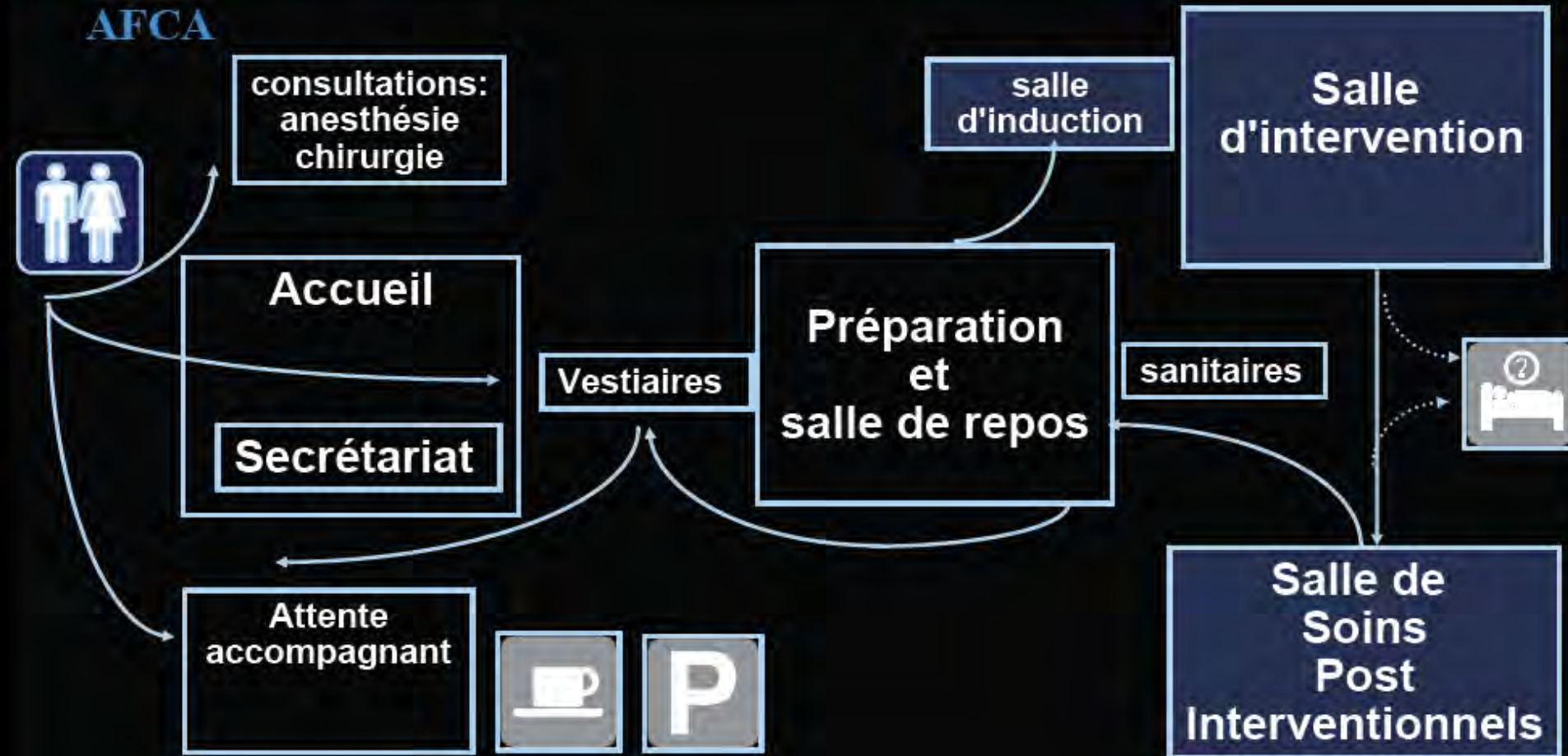
Réflexion sur les structures possibles

- les travaux de la meah
- Les experts de l'afca
- Les expériences étrangères

Locaux dédiés, non dédiés



AFCA

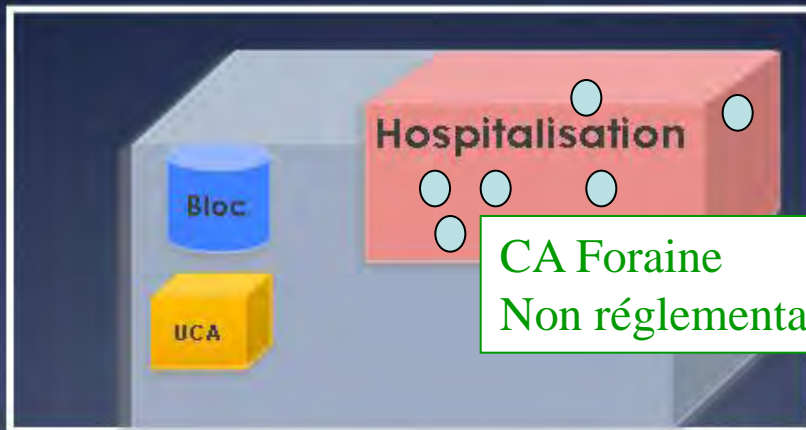


Les locaux dédiés de l'UCA : accueil, secrétariat, attente, salle repos

L'aménagement des espaces de la structure ambulatoire est dicté par le parcours du patient.

Il n'y a pas de modèle, au sens architectural du terme

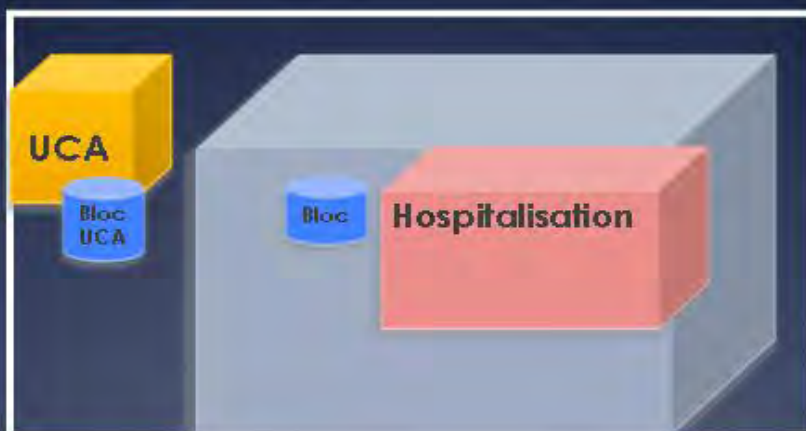
Centre intégré



Centre autonome



Centre Satellite



Centre Indépendant (freestanding)



évolutivité de la structure

Bilan national 2010

Un constat partagé entre la DGOS – la HAS et l'AFCA

retard de la Chirurgie Ambulatoire

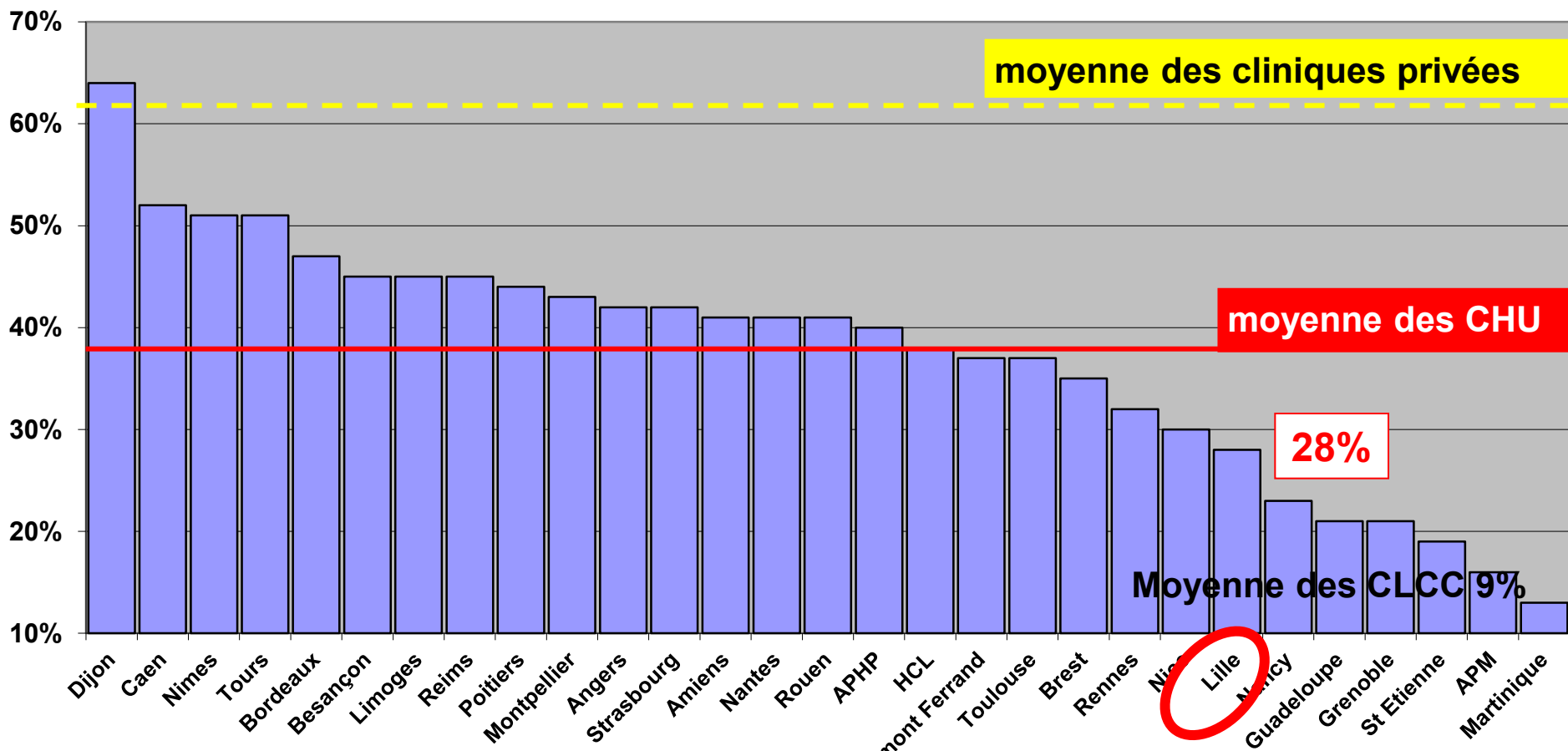
La Chirurgie Ambulatoire en France

61 % en 2007 à 73 % en 2009 sur les actes
marqueurs

**35 % de chirurgie ambulatoire sur
l'ensemble des actes chirurgicaux**

- Retard / Situation aux USA = 83 % de Chirurgie ambulatoire
- Retard et recul / Europe = Nord de l'Europe : 70 % - Portugal : 45 %
- Avec des caractéristiques démontrant :
- des disparités interrégionales importantes voire intra régionales
- des écarts réels entre la part de Chirurgie ambulatoire en public et en privé

Taux de pratique ambulatoire des 29 CHU pour les 18 gestes marqueurs en 2008



Source PMSI 2008

2011 actions prévues pour le développement de l'ambulatoire

- CNAMTS: intègre une dizaine de nouveaux gestes marqueurs à son dispositif d'incitation :MSAP des établissements qui ne pratiquent pas assez de chirurgie ambulatoire (loi de financement de la ss 2008) 700 établissements concernés
- DGOS : propose un indicateur sur le taux global de chirurgie ambulatoire
- ANAP ,HAS, AFCA :colloque novembre 2010
conversion de 48000 lits de conventionnel projection sur 10 ans économie de 5 milliards

Indicateur unique de développement de la CA

HAS novembre 2010, AFCA favorable

« CPOM et cibles de progression triennale »

Etat ↔ ARS → plans d'actions régionaux (DGOS)

Mise sous accord préalable : pour les hôpitaux

AFCA : liste d'actes éligibles en augmentation (analyse bénéfice risque)

Accréditation blocs opératoires : HAS mars 2010

Décret à venir et autorisation des centres autonomes

Pression des patients

Les discussions et orientations en faveur de l'ambulatoire

CPOM intégreront des cibles de progression triennale entre
Etat ↔ ARS → plans d'actions régionaux (DGOS)

Simulations nationales*

↳ **Enjeux de volumes colossaux**

Cible à 80 % des actes chirurgicaux

90 % des patients « éligibles » (SFAR)

Reconversion de 48 000 lits à 10 ans

Économie entre 4 et 5 milliards d'euros

* Gilles Bontemps CNAMTS puis ANAP

conclusion

- La prise en charge ambulatoire est devenue obligatoire (objectif national 80%)
- Cette prise en charge nécessite une organisation centrée sur le patient .
- une analyse bénéfice risque permet d'augmenter le nombre d'actes réalisables en ambulatoire

La chirurgie ambulatoire, les soins où le patient est roi

Hier a été inauguré le service réaménagé de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Huriez de Lille. Cette alternative à l'hospitalisation permet selon ses partisans un accueil de meilleure qualité.

BRUNO RENOU - bruno.renou@ledeco.fr

Imaginez un hôpital dans lequel le personnel serait aux petits soins avec vous, où vous ne seriez pas trimbalé dans un cédé de couloirs pour subir une analyse, mais au contraire, où les différents spécialistes viendraient à vous. Imaginez une intervention chirurgicale au terme de laquelle vous pourriez rentrer chez vous, sans passer la nuit à l'hôpital. Ce type de soins existe : ce sont les soins « ambulatoires ».

Réduction des risques d'infection nosocomiale

Par défaut de la chirurgie ambulatoire, l'hôpital Huriez de Lille a inauguré hier un service entièrement dédié à ce type de soins, et implanté au cœur de l'établissement. On y trouve un plateau technique indépendant, avec deux blocs opératoires, sept salles opérationnelles et une salle de réveil. Ces équipements existent depuis plusieurs années, mais la nouveauté, c'est le doublement de la capacité d'accueil, qui est passé de dix à vingt lits depuis le mois de septembre. Et surtout, les chambres des patients jouxtent désormais le plateau technique. Le



Certains lits sont des fauteuils : dans les services de soins ambulatoires, on ne passe pas la nuit à l'hôpital.

gagne d'un accueil de meilleure qualité. Cette structure est un cas exceptionnel en France de par son autonomie, selon le président de l'association française de chirurgie ambulatoire (AFCO), le professeur Jean-Pierre Triboulet. Le chef du service, le docteur Nadine Ruoff, explique que cette clinique permet une « prise en charge véritablement orientée vers le patient ». Toute l'organisa-

tion est conçue pour que le soir même de l'intervention, vous soyez rentré chez vous. Bien sûr, seuls les patients souffrant de pathologies ne nécessitant pas de traitement lourd ou de suivi. Les adultes peuvent y être admis, après avoir été orientés par un médecin spécialiste. « L'avantage de ce type de structure, c'est qu'on se recentre sur les soins, plutôt que sur l'hôtellerie qui n'est pas le point

“ L'avantage, c'est qu'on se recentre sur les soins, plutôt que sur l'hôtellerie. Qui a envie de passer une nuit à l'hôpital, s'il peut s'en passer ? ”

Dr NADINE RUOFF, chef du service

fort de l'hôpital, admet Nadine Ruoff. Au fond, qui a envie de passer une nuit à l'hôpital, s'il peut s'en passer ? La méthode réduit ainsi le risque de contracter une infection nosocomiale.

Mais si ce type de structure est si efficace, pourquoi n'existe-t-elle sous cette forme qu'à Huriez ? D'après le professeur Triboulet, qui se bat pour l'extension de la chirurgie ambulatoire, une « révolution des esprits » est nécessaire dans ce domaine : « 80 % de nos soins chirurgicaux sont transférables en ambulatoire, estime-t-il. On en est aujourd'hui à 30 %, on est très en retard par rapport aux autres pays européens. Cet objectif de 80 % permettrait, selon lui, de réaliser une économie de 500 millions d'euros par an pour l'assurance-maladie ».