



Agence **N**ationale
d'**A**ccréditation et
d'**É**valuation en **S**anté

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Juillet 1998

Cette étude a été réalisée, à la demande de la Direction Générale de la Santé
et de la Direction des Hôpitaux, en mai 1997, les conclusions ci-jointes
sont issues d'un argumentaire scientifique par ailleurs publié par l'ANAES.

**L'ANAES ASSUME LES POSITIONS ET LES RECOMMANDATIONS EXPRIMÉES DANS CE DOCUMENT,
QUI N'ENGAGENT AUCUN DES EXPERTS CONSULTÉS, À TITRE INDIVIDUEL**

Le rapport a été réalisé par Madame le Docteur Nathatlie BATAILLE, sous la direction de Monsieur le Docteur Frédéric FLEURETTE, responsable du Service Évaluation Technologique de l'ANDEM et par Mademoiselle Frédérique MAUREL, sous la direction de Madame Suzanne CHARVET-PROTAT, responsable du Service des Études Économiques.

La recherche documentaire a été effectuée par Madame Hélène CORDIER, responsable du Service Documentation, avec l'aide de Mademoiselle Emmanuelle BLONDET et Madame Nathalie HASLIN.

LE GROUPE RÉUNI AU SEIN DE L'AGENCE COMPRENAIT LES PERSONNALITÉS SUIVANTES QUE NOUS TENONS À REMERCIER :

- Monsieur le Docteur Jacques DYEN, Clinique Beauregard, Marseille ;
- Monsieur le Professeur Laurent LAROCHE, Hôpital Saint-Antoine, Paris ;
 - Monsieur le Professeur Frédéric MICHEL, Hôpital du Bocage, Dijon ;
 - Monsieur le Professeur Denis QUERLEU, Centre Hospitalier de Roubaix, Roubaix ;
 - Monsieur le Docteur Jean-Pierre REGNARD, Point Médical, Dijon ;
- Monsieur le Docteur Christian SARTORIUS, Clinique des Cèdres, Clinique de Belledone, Grenoble.

NOUS TENONS ÉGALEMENT À REMERCIER MADAME LE PROFESSEUR MICHÈLE FARDEAU ET MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES MARESCAUX, MEMBRES DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ANDEM, D'AVOIR BIEN VOULU RELIRE ET CRITIQUER CE TRAVAIL.

I N T R O D U C T I O N

Par chirurgie ambulatoire, on désigne la réalisation d'interventions chirurgicales chez des patients rejoignant leur domicile le jour même. Il s'agit d'actes équivalents par leur nature à ceux habituellement effectués dans le cadre de l'hospitalisation classique.

Si dans la littérature la notion de chirurgie ambulatoire apparaît dès le début du XX^e siècle, ce n'est véritablement que dans les années 70 que la chirurgie ambulatoire a commencé à se développer pour connaître une croissance rapide dans les années 80 et en particulier aux États-Unis.

La première partie du rapport est consacrée aux facteurs médicaux et non médicaux à l'origine de l'accroissement du nombre d'interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire.

Des incitatifs médicaux ont contribué au développement des procédures chirurgicales en ambulatoire, il s'agit des avancées en matière d'anesthésie, du développement de nouvelles technologies médicales et/ou chirurgicales et de certaines modalités thérapeutiques.

Une comparaison du développement de la chirurgie ambulatoire aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni a permis de montrer des disparités en matière d'incitatifs d'ordre économique. Ce sont des contraintes financières qui ont motivé principalement le développement de la chirurgie ambulatoire aux États-Unis comme au Canada. Aux États-Unis, cela s'explique essentiellement par les incitations financières qui ont été mises en place par les organismes payeurs publics et privés. Au Canada, ce sont les problèmes de financement des dépenses de santé qui ont motivé des fermetures de lits, favorisant ainsi le développement de la chirurgie ambulatoire. Enfin, au Royaume-Uni, le développement de la chirurgie d'un jour a été principalement initié par la volonté des pouvoirs publics de réduire les listes d'attente en chirurgie.

Dans la seconde partie du rapport, la réflexion a porté sur l'évaluation des conséquences à la fois cliniques et économiques du transfert d'une activité de chirurgie classique vers une activité ambulatoire.

L'analyse de la nature des actes effectués en ambulatoire a permis d'identifier les procédures les plus fréquemment réalisées dans ce cadre. Il apparaît que la plupart d'entre elles ne sont pas, en tant que telles, des procédures chirurgicales, ou qu'elles ont toujours été réalisées sans hospitalisation : interruption volontaire de grossesse, endoscopies digestives ou urinaires avec ou sans biopsies, hystérosopies, excisions de lésions cutanées ou de kystes, poses de drains transtympaniques.

S Y N T H È S E

Parmi les procédures pour lesquelles l'ambulatoire est une réelle alternative à l'hospitalisation, quatre spécialités sont principalement représentées : chirurgie générale, ophtalmologique, orthopédique et gynécologique. Les seules procédures qui ont fait l'objet d'évaluations publiées sont :

- la cure de hernie inguinale ;
- l'extraction de cataracte ;
- la libération chirurgicale dans le syndrome du canal carpien ;
- la chirurgie des tumeurs du sein.

Ces études cliniques présentent certaines limites méthodologiques : faible nombre de patients, groupes comparés trop dissemblables, voire absence de comparaison, modalités de suivi mal précisées.

Pour les cures de hernie inguinale, il ne semble pas y avoir d'obstacles majeurs à leur réalisation en mode ambulatoire en terme de survenue de complications et de récidives. Pour la chirurgie de la cataracte, on note également une absence de différence entre prise en charge ambulatoire et traditionnelle en terme de survenue de complications et de résultats (acuité visuelle à 6 mois). En revanche, pour la chirurgie du canal carpien, il n'existe pas dans la littérature d'études comparatives permettant d'évaluer la pratique de la chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie traditionnelle. Enfin, pour la chirurgie des tumeurs du sein, bien que les études disponibles soient peu nombreuses, il apparaît possible de pratiquer ces gestes en ambulatoire sans augmentation du risque de complication ou de récidive.

L'analyse de la littérature d'évaluation économique portant sur ces indications cliniques montre que la prise en charge ambulatoire mobilise moins de ressources en terme de coût direct. Cependant, la synthèse des études publiées appelle les remarques suivantes :

- les études économiques comparatives retenues proviennent essentiellement des États-Unis, du Canada et du Royaume-Uni, ce qui pose des problèmes de transposition. Seules deux études françaises ont pu être retenues ;
- dans l'ensemble des études analysées, les gains en terme de ressources mobilisées pour la chirurgie ambulatoire tiennent essentiellement à la moindre durée d'hospitalisation, faute de valorisation pertinente d'autres éléments d'arbitrage ;
- enfin, si la revue de la littérature économique ne permet qu'exceptionnellement de trouver une valorisation satisfaisante des coûts indirects et extra-hospitaliers, elle n'a pas non plus permis d'identifier des études coût-efficacité avec calcul de ratios.

Il apparaît donc que la synthèse des informations disponibles ne rend pas compte de la réalité des gains économiques à associer à la réalisation d'un acte opératoire en ambulatoire, puisque ne sont pas valorisés :

- les coûts directs dans une logique de filière de soins en raisonnant en terme d'épisodes de soins s'étendant de la consultation préchirurgicale jusqu'à une période postintervention qu'il reste à définir ;
- les arrêts de travail prescrits par le chirurgien mais aussi éventuellement en post-hospitalisation par le médecin traitant ;
- les coûts « imputables » aux aides bénévoles et aux ressources familiales mobilisées, l'unité pertinente d'analyse devant être la famille ou les proches et pas seulement l'individu.

Au-delà de la justification de la réalisation en ambulatoire de ces interventions chirurgicales, l'analyse de ces études permet d'établir sur quels critères un geste chirurgical pourra demain être pratiqué en ambulatoire. Indépendamment de la nature même de l'indication qui motive sa venue, c'est le patient lui-même qui est au cœur du mode de prise en charge ambulatoire. Ainsi, doit être soulignée l'importance des critères d'éligibilité des patients pour l'une ou l'autre des modalités de prise en charge.

En ce qui concerne ces critères, ils doivent être évalués d'abord sur le plan clinique par l'équipe chirurgicale. En matière de sécurité, la diminution des complications infectieuses nosocomiales et thrombo-emboliques doit être évaluée. La survenue de complications peropératoires ne devrait

pas être en soi un point de comparaison entre chirurgie ambulatoire et traditionnelle puisque les techniques chirurgicales et anesthésiques utilisées sont les mêmes. En ce qui concerne les complications post-opératoires, ce sont leur date de survenue et les modalités de leur prise en charge qu'il serait intéressant d'étudier.

Les critères d'efficacité représentent des facteurs d'évaluation moins discriminants dans la mesure où, le plus souvent, ils sont directement liés au geste lui-même et non pas au mode de prise en charge du patient. D'autres critères de sélection d'ordre socio-économique, voire géographique sont propres au patient et à son entourage.

Enfin, la préférence individuelle du patient devra toujours demeurer un élément d'arbitrage.

Au-delà de ces conditions de transfert de la chirurgie classique vers la chirurgie ambulatoire se pose la question de l'encadrement d'un développement harmonieux de la chirurgie ambulatoire. Or en France, on note un déséquilibre d'activité entre le secteur privé et le public puisque 30 % des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire dans le secteur privé et 5 % seulement dans le secteur public. Ce déséquilibre est sans doute dû aux modalités de tarification, comme à l'application ne prenant pas suffisamment en compte la perspective de substitution qu'offre la chirurgie ambulatoire. Ainsi, un établissement, qu'il soit public ou privé, souhaitant développer une activité ambulatoire devrait considérer la densité de son environnement ou sa connexion possible à des réseaux de soins.

Enfin, demeure le problème du contrôle de l'activité des centres de chirurgie ambulatoire. Est posée ici la question de la réalisation d'une proportion trop importante d'actes exploratoires donnant lieu à une prestation de type « chirurgie ambulatoire » ou de la réalisation d'actes chirurgicaux en cabinets.

Cette question soulève d'abord la pertinence médicale, notamment en matière de sécurité, de la réalisation de certains gestes chirurgicaux en ambulatoire. Il n'existe pas à ce jour de liste d'actes relevant de la chirurgie ambulatoire. Cependant, l'International Association for Ambulatory Surgery (IASS) propose de définir quels actes chirurgicaux peuvent être réalisés en ambulatoire. Si l'ensemble des sociétés chirurgicales y adhérerait également, il reviendrait donc aux professionnels le soin d'y travailler. Le rapport de l'ANAES propose une démarche d'évaluation des conséquences à la fois cliniques et économiques de la réalisation d'un acte chirurgical en ambulatoire, qui permettrait d'y contribuer sur le plan méthodologique.

Enfin, pour le contrôle de l'activité des centres de chirurgie ambulatoire, il est indispensable que les actes chirurgicaux, qui auront ainsi été évalués et validés, représentent la base de l'activité de ces centres. Si des actes de type exploratoire devaient également y être réalisés, ils ne devraient représenter qu'une faible proportion de l'activité chirurgicale de ces centres. Ce niveau d'activité ne relève pas alors d'une évaluation à proprement parler, mais davantage d'une négociation entre les professionnels et les tutelles.