



institut**Curie**

Hospitalisation traditionnelle versus chirurgie ambulatoire : quels enjeux, quels impacts et pour qui ?

Catherine Noguès, Sandrine Baffert

Journée « Conception innovante des politiques publiques »

28 mars 2013, Salle Raymond Aron, Université Paris-Dauphine

Définitions et périmètres

- Sortie du patient le jour même de son admission
- Concept multidisciplinaire centré autour du parcours du patient

- Sélection de patients
- Standardisation d'un circuit patient
- Qualité et sécurité du patient

- Initialement réservée à la chirurgie simple, aujourd'hui proposée à des chirurgies plus complexes en cancérologie



Hospitalisation complète

- J1 : admission
- J2 : intervention
- J3 : convalescence
- J4 : sortie

Chirurgie ambulatoire

- admission
- intervention
- convalescence
- sortie

en moins de 12 heures

*Pour une même intervention
Chez un patient sélectionné
Avec des techniques équivalentes
Grâce à une organisation particulière*



**Capacité du patient à
assumer sa prise en
charge à domicile**

**Capacité de la
structure à
organiser le circuit**

**Patient au centre
de l'organisation**

Parcours du patient en ambulatoire

Consultations
chirurgie,
IDE,
anesthésiste

- Consultation avec le chirurgien qui prend la décision du type d'hospitalisation ambulatoire
- Consultation avec l'infirmière qui précise les conditions de la prise en charge en ambulatoire et donne les consignes spécifiques
- Consultation avec l'anesthésiste qui valide la décision de chirurgie ambulatoire en fonction des critères d'une prise en charge ambulatoire

Veille de
l'intervention

- L'assistante médicale appelle le jour précédent l'intervention chirurgicale et précise les consignes préopératoires : le lieu, l'heure, les dispositions à prendre

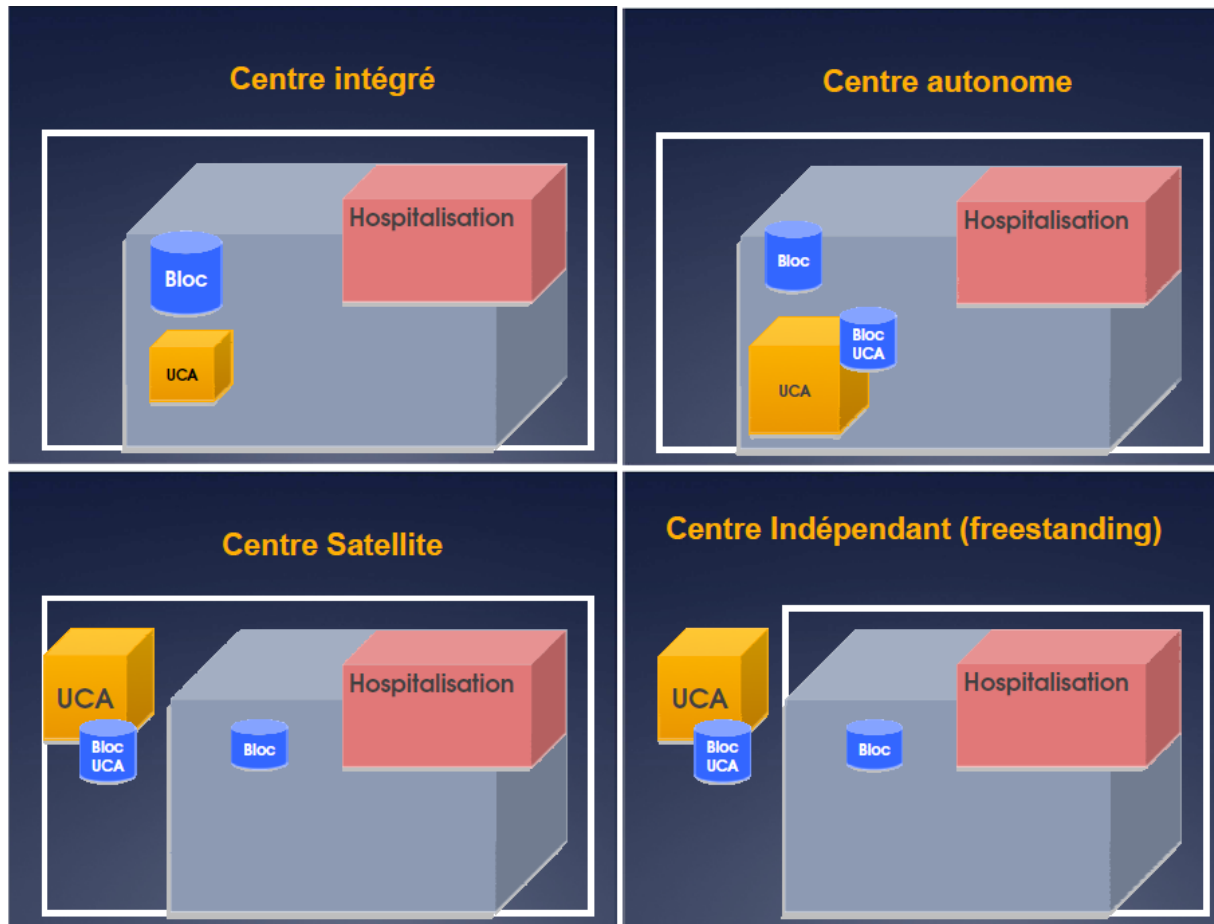
Gestes pré-
opératoires et
chirurgie

- Arrivée du patient
- Intervention: le patient est accompagné au bloc opératoire à pied par un brancardier puis accueilli par le personnel du bloc opératoire qui le conduit en salle d'opération
- Après l'intervention: le patient est pris en charge par le personnel soignant

Le lendemain
de
l'intervention

- L'infirmière appelle pour évaluer les conditions de retour à domicile- surveiller l'état de santé du patient

Différents modèles d'unités de chirurgie ambulatoire (UCA)



Source : « abécédaire » chirurgie ambulatoire Janvier 2009

Eléments de contexte

- ❑ **1901**: Première chirurgie ambulatoire par un chirurgien Ecossais à propos de la prise en charge d'un enfant (James Nicoll, BMJ, 1901)
 - ❑ **1960**: Hôpitaux aux USA, en réaction à la bureaucratie hospitalière, sous une pression budgétaire
 - ❑ **1970**: Loi hospitalière en France autorisant l'alternative à l'hospitalisation

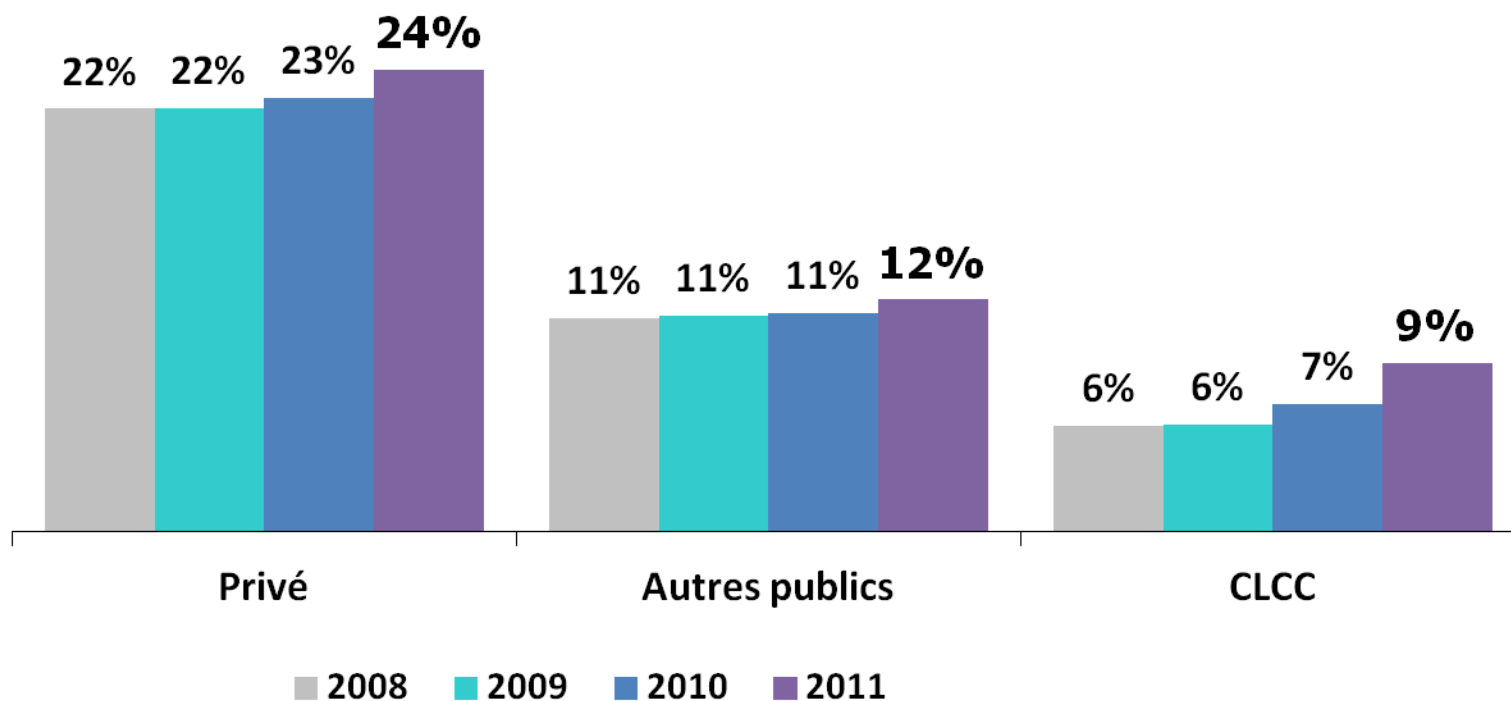
 - ❑ **Aujourd'hui en France**, 8 interventions chirurgicales sur 10 pourraient être réalisées en ambulatoire et 4/10 le sont effectivement (rapport HAS 2010)
 - ❑ **Les centres de cancérologie sont très en deçà des objectifs en dépit des incitations nationales**
-

Calendrier réglementaire

- ❑ **Circulaire d'avril 2008** relative aux conditions d'implantation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux
- ❑ **Décret d'août 2012** relative à la mise sous accord préalable et adaptation des conditions techniques de fonctionnement de l'ambulatoire
- ❑ **Engagement des ARS à travers les SROS (2012-2016)**
- ❑ **Travaux HAS/ANAP**
 - ❑ Note d'orientation en décembre 2011
 - ❑ Diffusion socle de connaissance et note de cadrage en avril 2012
 - ❑ Recommandations organisationnelles **attendues pour avril 2013**
 - ❑ Propositions d'outils de mise en œuvre à partir de l'analyse de la gestion des flux et des risques de 15 sites
 - ❑ Critères d'éligibilité
 - ❑ Indicateurs, certifications et accréditation

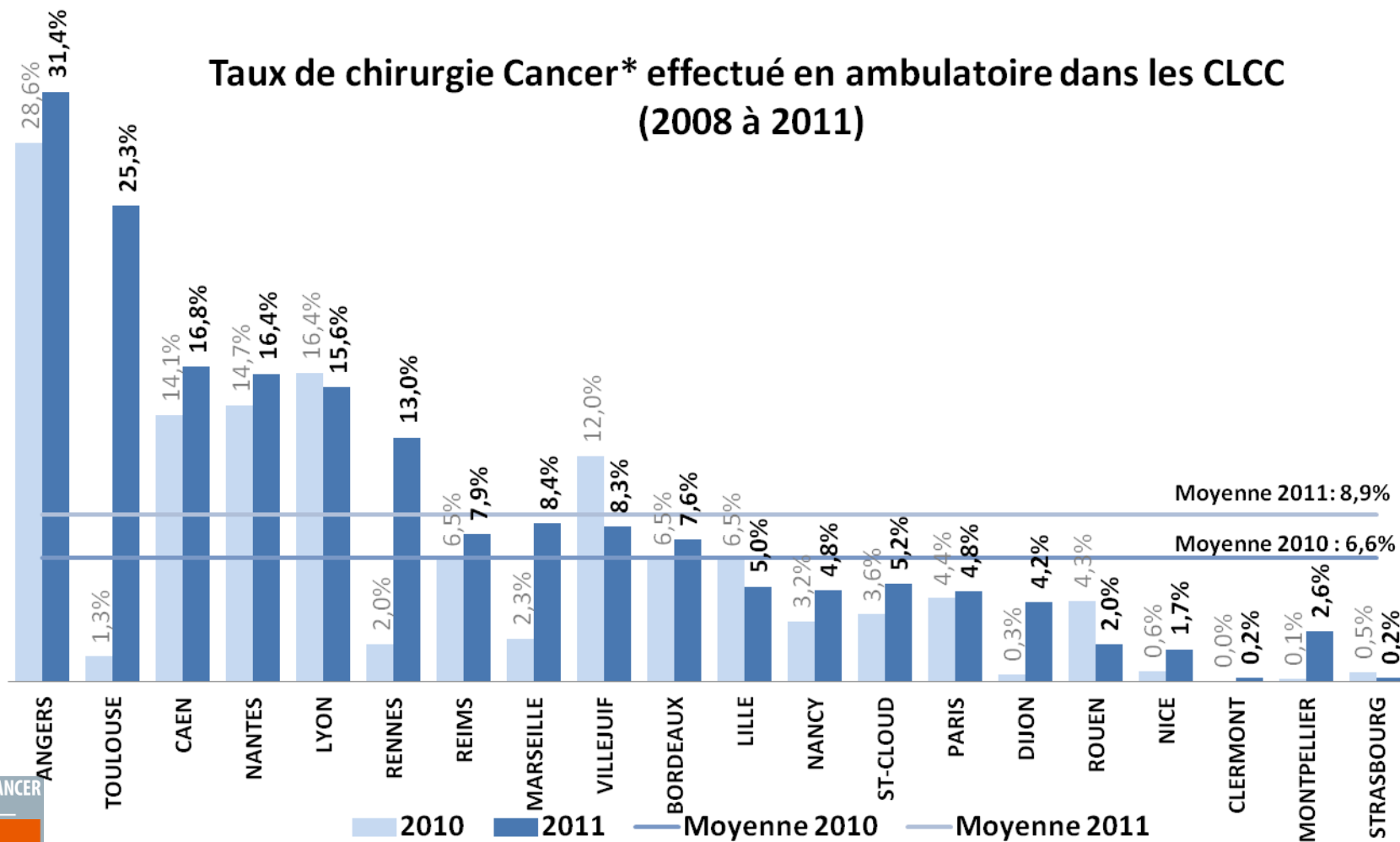
Progression du taux de chirurgie cancer en ambulatoire

Taux de chirurgie Cancer* effectué en ambulatoire
(2008 à 2011)



Evolution taux chirurgie Cancer dans les CLCC

Taux de chirurgie Cancer* effectué en ambulatoire dans les CLCC (2008 à 2011)



Le nouveau projet hospitalier de l'Institut Curie

Institut Curie 2020, leader européen

Consolider les activités de soins phares	Diversifier et développer l'activité	Développer la recherche clinique et translationnelle	Accompagner le patient et ses proches « <i>Esprit Curie</i> »	Améliorer la performance
Consolider la sénologie	Devenir leader sur le digestif, la gynécologie et l'ORL	Développer des programmes de recherche liés à la clinique	Renforcer l'écoute des besoins du patient	Développer la chirurgie ambulatoire
Consolider l'ophtalmologie	Consolider le positionnement généraliste en hématologie maligne	Développer les essais cliniques, en particulier précoces	Développer les soins de support	Optimiser le fonctionnement des plateaux et plateformes
Renforcer la filière personnes à risques	Développer l'urologie, la neurologie et la pneumologie	Implémenter des bases de données clinico-biologiques innovantes	Améliorer la prise en charge des populations spécifiques (personnes âgées, adolescents)	Réduire les coûts des achats
Renforcer la position de leader sur la radiothérapie			Moderniser les conditions d'hospitalisation	Optimiser les dotations besoins / ressources en effectifs
Renforcer la pédiatrie			Accompagner hors hôpital pendant et après le traitement	
Développer les partenariats hospitaliers				

Les différents acteurs autour de la chirurgie ambulatoire

❑ Niveau *micro* (pratiques de soins)

- ❑ Praticiens, équipes de soins,
- ❑ Réseau ville-hôpital
- ❑ Patients et entourage

❑ Niveau *meso* (management de l'établissement de santé)

- ❑ Directions et équipes encadrantes
- ❑ Réseau ville-hôpital

❑ Niveau *macro* (politique de santé)

- ❑ Autorités nationales : ministère (DGOS), agences nationales (HAS, INCa, ANAP), Assurance Maladie
- ❑ Agences régionales de santé

Quels niveaux d'enjeux annoncés de l'ambulatoire ?

Macro

• Au niveau national

- Enjeux financier majeur pour l'Assurance Maladie
- Priorité nationale depuis fin 2010 dans l'organisation des soins, souhait de norme
- Optimiser les plateformes hospitalières, donc les circuits entre hôpital et ville
- Enjeux de Santé publique (amélioration de la qualité de prise en charge, réduction des infections nosocomiales)

•Au niveau de l'hôpital

- Amélioration de la qualité de prise en charge
- Organisation des plateaux techniques et du personnel
- Gestion des risques
- Développement d'une nouvelle offre de soins, de réseaux et partenariats
- Augmentation des parts de marché, de l'attractivité et de la notoriété
- Recherche du maintien de l'équilibre financier

Micro

•Au niveau des professionnels de santé

- Qualité des soins, innovations, progrès de la pratique, confort de travail, valorisation du personnel dédié ?
- Développement de techniques mini-invasives

•Au niveau des patients

- Efficacité de la prise en charge au moins équivalente à celle du secteur traditionnel
- Confort du retour précoce à domicile

Enjeux économiques de l'ambulatoire

- ❑ **Optimisation des plateaux techniques et du parcours patient**
 - ❑ Structure dédiée avec l'organisation d'un circuit patient en flux tendus
 - ❑ Dimensionnement de l'activité, taille de la structure et taux de rotation
 - ❑ Taux d'occupation des blocs opératoires
- ❑ **Redéploiement du personnel**
 - ❑ Equipe dédiée
 - ❑ Taux de productivité
- ❑ **Economies sur les coûts de production**
 - ❑ Réduction des dépenses hospitalières (hôtellerie, frais de garde, nuit et WE des personnels...) estimés entre 40-60% d'après une revue de la littérature (Marla, IJS,2009)
 - ❑ **Tarifs de plus en plus incitatifs**
 - ❑ **Modèle de rentabilité financière à construire localement**
- ❑ **Augmentation des parts de marché**

Quels impacts actuels de la chirurgie ambulatoire ?

Macro

- **Au niveau national**
- « Susciter » l'intérêt et la mobilisation des acteurs...des rapports, des commissions, une circulaire, un décret et bientôt des recommandations

Méso

- **Au niveau de l'hôpital**
- Potentiel de substitution incertain
- Activités et recettes faibles en dépit de la cible affichée dans le PMS
- Impacts organisationnels majeurs
- Modèle économique et financier à adapter localement, arbitrages et recherche d'équilibre non immédiate

Micro

- Impact modeste en cancérologie
- Valorisation des équipes à mieux définir/partager
- Retour des patients et de leur entourage à mieux étudier



Des impacts organisationnels majeurs

- ❑ **Circuits Internes:** flux patients, flux logistiques, flux personnel et visiteurs, interfaces avec les autres départements (hospitalisation, médecine nucléaire, etc.), planification opératoire, impact sur l'activité externe (PPP, consultations non programmées, etc.)
- ❑ **Circuits Externes:** Articulation hôpital-ville (HAD, appels du lendemain, communication spécifique pour le médecin traitant, réseau infirmières libérales à domicile, etc.)

Une dimension stratégique probablement sous estimée

- ❑ **Orientations du projet d'établissement et stratégie gestionnaire**
- ❑ **Positionnement de l'établissement au niveau régional et/ou national face à un environnement concurrentiel**
- ❑ **Développement d'activités nouvelles et des parts de marché**
- ❑ **Recherche de l'intérêt économique**
- ❑ **Réponse aux priorités de Santé Publique et attractivité**

Freins et leviers pour l'adoption de la chirurgie ambulatoire

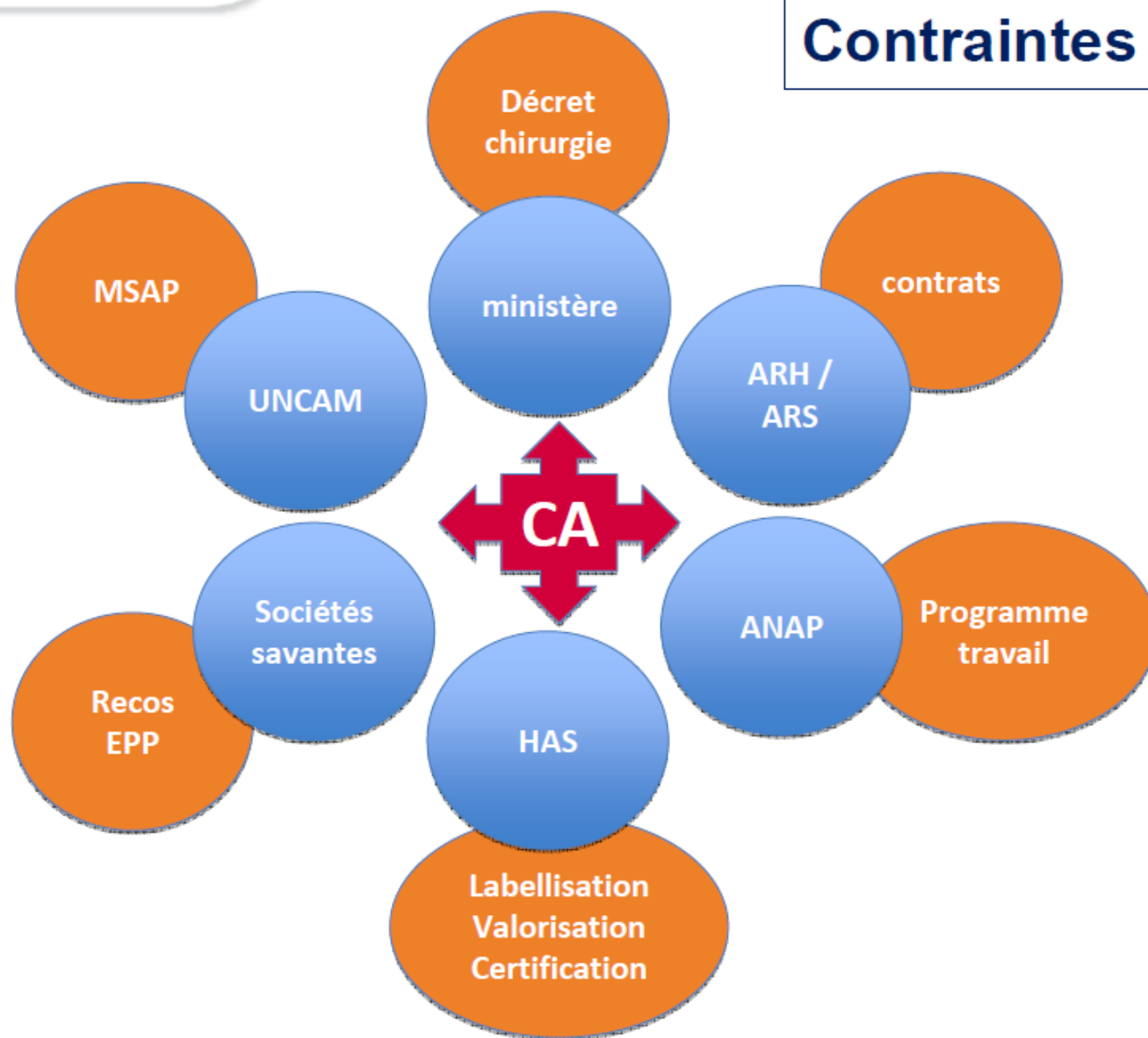
– Freins

- Freins architecturaux, variables localement et contraintes organisationnelles
- Freins culturels, nécessité d'un leader local, pression institutionnelle, contrainte humaine, manque d'adhésion des personnels
- Contrainte tarifaire

– Leviers

- Tarifs ambulatoires incitatifs
- Gouvernance UCA, pilotage et synchronisation forte des acteurs, coordination médicale et gestion quotidienne par le cadre
- Mise à disposition d'un outil de simulation budgétaire pour l'hôpital

Contraintes et leviers



De quels leviers dispose t-on pour diffuser la chirurgie ambulatoire (1) ?

- Pré-requis= L'axiome de base ne porte pas sur l'amélioration directe du soin au patient et donc plus difficile à vendre (substitution imparfaite et incertaine), faut-il construire un modèle spécifique pour ce type d'innovation ?
- Constat= Arsenal assez complet des différents leviers à disposition des autorités nationales, Faut il mener une contractualisation sur des taux cibles ambulatoires ?
- Est-ce utile de faire une communication auprès des patients ? Et comment mener une campagne ?
- Quelles doivent être les modalités de formation/information/communication auprès des professionnels de santé ?

De quels leviers dispose t-on pour diffuser la chirurgie ambulatoire (2) ?

- Quelles sont ou seraient les motivations et les formes de valorisation pour les équipes impliquées ? Distinguer les motivations contradictoires des différents acteurs ? Comment générer des leaders sur ces activités ?
- Quel est le rôle des données probantes dans le processus d'adoption de cette innovation ? Quel est le niveau *d'Evidence Based medicine* dont on dispose pour cette innovation ?
- Les acteurs accordent-ils plus d'importance aux évidences scientifiques qu'au bien-fondé d'une innovation ?
- Les acteurs perçoivent-ils tous les bénéfices et les risques associés de la même manière ?
- La période d'expérimentation engendre-t-elle trop de risques, de potentielles pertes de parts de marché pour l'hôpital ? Et comment réduire ce risque ?