

# Les avantages certains de

**«Faites quelque chose, et si cela ne réussit pas, essayez autre chose. (...) Il est dur d'échouer, mais il est pire encore de n'avoir jamais tenté de réussir.»**

**(Franklin Roosevelt, 1882-1945, trente-deuxième président des Etats-Unis)**

Favoriser le développement d'organisations performantes en chirurgie est une des thématiques d'actions devant être inscrites dans le contrat d'objectifs et de performance entre l'Etat et les structures hospitalières publiques et privées. Pour ce faire, la tutelle en charge du secteur de la santé de la population devrait engager des actions et des travaux plus particulièrement axés sur la chirurgie ambulatoire. Avec le développement de la chirurgie ambulatoire, le nombre d'usagers, de patients et de professionnels qui s'intéressent à cette pratique est en croissance constante. Les «nouveaux intéressés» se heurtent souvent à des questions d'ordre médical, réglementaire ou relevant des pratiques professionnelles au sujet desquelles circulent parfois des idées préconçues

**On définit la chirurgie ambulatoire comme l'ensemble des actes programmés nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, avec sortie du patient le jour même de son intervention.**

**Par exemple en France, elle concerne des durées de séjour réglementairement inférieures à 12 heures. La chirurgie ambulatoire a montré ses avantages en termes de bénéfices économiques et de diminution des infections nosocomiales.**

inexactes, ou pour lesquelles il est difficile de trouver des réponses claires et fiables. L'objet de la présente contribution est de mettre en exergue quelques-unes de ces questions.

En effet, le développement de la chirurgie ambulatoire (unité de chirurgie ambulatoire ou UCA) dans un établissement de santé passe obligatoirement par une réflexion de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales. Même si des tensions sont possibles au début de la démarche, l'objectif commun, voire le défi partagé d'une réduction de la durée moyenne des soins (DMS) sont suffisamment fédérateurs pour aplanir les difficultés. Le dialogue d'équipe est même favorisé pour le patient chirurgical en hospitalisation conventionnelle sur d'autres thèmes du chemin clinique (ex : harmonisation des protocoles).

On définit la chirurgie ambulatoire comme l'ensemble des actes programmés nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, avec sortie du patient le jour même de son intervention. Par exemple en France, elle concerne des durées de séjour réglementairement inférieures à 12 heures. La chirurgie ambulatoire a montré ses avantages en termes de bénéfices économiques et de diminution des infections nosocomiales. Elle tend à devenir la norme avec déjà, à titre d'exemple, plus de 70% des patients opérés d'une hernie inguinale dans les pays scandinaves et jusqu'à 87% aux Etats-Unis selon cette approche.

En Europe, la tutelle, à travers les agences régionales de santé (ARS) incitent tous les établissements privés et publics à ouvrir des secteurs de chirurgie ambulatoire. De plus, dans certains établissements, l'ARS a rendu obligatoire la mise sous accord préalable (MSAP) pour pratiquer certaines interventions chirurgicales en hospitalisation conventionnelle plutôt qu'en ambulatoire.

Le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 45% en France alors qu'il était de plus de 65% dans les pays de l'Europe du Nord.

La chirurgie ambulatoire présente de nombreux avantages par rapport à la chirurgie traditionnelle : bénéfices en termes de satisfaction des patients et de qualité des soins associés à des économies de temps et de ressources. Le développement de cette

alternative à l'hospitalisation est fortement soutenu en France par la mise en place de politiques incitatives visant à renforcer l'attractivité des prises en charge ambulatoires. Si le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire s'est accru ces dernières années dans de nombreux pays, il existe un potentiel important de développement en Algérie. Après avoir été lancée, depuis maintenant près de vingt ans dans le monde, par des praticiens (anesthésistes et chirurgiens) considérés par leurs pairs comme des «pionniers», la chirurgie ambulatoire, doit être qualifiée de «priorité nationale» en Algérie et entrer dans une phase de déploiement national. Le ministère de la Santé a probablement inscrit cette forme de prise en charge dans les axes prioritaires de la nouvelle loi sur la santé. Sa mise en œuvre pourra s'effectuer au travers du programme de gestion du risque dans le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé.

En outre, la substitution de la chirurgie ambulatoire à la chirurgie en hospitalisation complète pourra se développer, notamment grâce à des incitations tarifaires ciblées sur certains groupes homogènes de séjour (GHS) et à la procédure de mise sous accord

préalable (MSAP) des prestations d'hospitalisation avec hébergement.

En réalité, il n'y a pas d'un côté la chirurgie ambulatoire et de l'autre la chirurgie dite «conventionnelle». La réflexion sur le développement de la chirurgie ambulatoire doit s'inscrire dans une même démarche de sécurité des soins et de réduction de la durée moyenne de séjour du patient chirurgical («ne pas garder le patient à l'hôpital une heure de plus que nécessaire»).

Cette démarche d'optimisation du séjour ne peut aboutir que si elle réunit, dans une réflexion commune, chirurgiens, anesthésistes et autres soignants avec l'objectif de rédiger des protocoles de prise en charge. Cette démarche est également transversale : les principes fondamentaux qui la guident (renversement du paradigme : «on ne garde à l'hôpital que les patients qui exigent une surveillance ou des soins qui ne peuvent être assurés à domicile») sont applicables de la même façon à toutes les spécialités chirurgicales. Sans exception ! Si bien que le rapprochement des concepts de prise en charge ambulatoire entre disciplines chirurgicales peut faire le lit d'une homogénéisation des pratiques d'hospitalisation conventionnelles et, au-delà, favoriser des formes de mutualisation des lits de spécialités chirurgicales.

Dans une période où l'efficience économique paraît reine, la réduction des coûts d'hébergement induite par le raccourcissement du séjour est un argument dont on se contenterait facilement. Le fait qu'il s'agisse d'une forme inhabituelle, voire audacieuse, de prise en charge a incité les acteurs de la chirurgie ambulatoire à créer une culture adaptée de qualité et de sécurité pour le patient : élaboration des chemins cliniques et protocoles thérapeutiques ad hoc, éligibilité des patients, information de l'opéré, coordination et gestion des flux, mise en place d'indicateurs spécifiques. Avec cette question, comme une évidence : pourquoi ne pas étendre ces acquis à l'ensemble de l'activité hospitalière ?

**Chirurgie ambulatoire : des effets exemplaires**

La chirurgie ambulatoire est une prise en charge performante en termes de qualité et

de sécurité pour les patients. Les gains en ces domaines sont des leviers pour faire évoluer l'organisation globale des établissements de santé, tant en chirurgie qu'en médecine.

Le développement de la transversalité en chirurgie devient un impératif organisationnel. En effet, l'obligatoire pluri-professionnalité de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA), qui constitue une unité de lieu des patients ayant un chemin clinique identique, apprend aux praticiens de différentes spécialités chirurgicales à s'adapter à des règles d'organisation communes, à suivre des indicateurs identiques, à gérer leurs flux de façon homogène. Là encore, l'adaptation est parfois «rueuse» au début mais, une fois assimilées les règles du parcours du patient ambulatoire, la coexistence de patients relevant de spécialités chirurgicales différentes ne pose plus de problème. Au point que l'UCA peut devenir un lieu d'échange de bonnes pratiques transposables dans les unités d'hospitalisation conventionnelle de chirurgie.

Ce rapprochement des pratiques professionnelles et des modes d'organisation est un facteur favorisant une organisation transversale de tous les services de chirurgie d'un établissement.

La coordination au sein du bloc opératoire doit obligatoirement être performante. En effet, les contraintes de temps (notamment la récupération postopératoire) du patient ambulatoire nécessitent de réserver à ce dernier des plages spécifiques dans le programme opératoire, lorsque l'établissement ne dispose pas d'un bloc dédié à l'activité ambulatoire.

Le pilotage de ce programme est pointu et devient complexe lorsqu'on souhaite augmenter la rotation des patients dans l'UCA par l'insertion d'opérés ambulatoires au début de chaque demi-journée de vacation opératoire : l'articulation entre le coordonnateur de l'UCA et celui du bloc opératoire s'avère essentielle. Dans de nombreux blocs opératoires, c'est le développement de la chirurgie ambulatoire qui, en favorisant la création d'un pilotage performant de l'activité, a profité à l'ensemble de la structure.

La diminution de la durée moyenne de séjour en unité conventionnelle de chirurgie devient évidente.

Ainsi, la démarche de développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit complètement dans un processus de réflexion visant à réduire la durée d'hospitalisation au strict nécessaire pour garantir la qualité et la sécurité des soins : toujours se demander ce qu'apporte au patient son maintien dans les

**La diminution de la durée moyenne de séjour en unité conventionnelle de chirurgie devient évidente. Ainsi, la démarche de développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit complètement dans un processus de réflexion visant à réduire la durée d'hospitalisation au strict nécessaire pour garantir la qualité et la sécurité des soins : toujours se demander ce qu'apporte au patient son maintien dans les murs hospitaliers !**

murs hospitaliers ! La réflexion induite par le développement de la chirurgie ambulatoire doit se déployer sur la prise en charge des patients en hospitalisation conventionnelle : admission du patient le jour de l'intervention, amélioration de la récupération postopératoire, organisation du suivi post-hospitalisation en externe ou en partenariat avec les professionnels de santé de ville, etc.

La prise en charge des patients ambulatoires exclusivement en UCA ainsi que la réduction de la durée moyenne de séjour en unités d'hospitalisation conventionnelle de chirurgie ont des effets positifs évidents sur la performance des établissements. L'outil d'évaluation médico-économique de l'activité de chirurgie ambulatoire est nécessaire.

Il permettra d'évaluer les gains potentiels engendrés à la fois par une chirurgie ambulatoire substitutive bien organisée et par une réorganisation des unités d'hospitalisation

Par le P<sup>r</sup> Kamel Sanhadji<sup>(\*)</sup>



conventionnelle. Aussi, la mise en place d'une prise en charge ambulatoire d'un nombre croissant d'actes chirurgicaux a induit une réflexion de grande ampleur pour assurer la qualité et la sécurité des soins d'un patient «qu'on n'aura pas longtemps sous la main». Mais toutes les procédures de sécurisation du patient ambulatoire et de surveillance des indicateurs qualitatifs peuvent évidemment être déployées avec profit dans les unités d'hospitalisation conventionnelle. Et, comme pour le séjour ambulatoire, la collaboration avec les professionnels de santé de ville peut permettre d'écourter l'hébergement en garantissant le suivi du patient en toute sécurité. Les notions de chemin clinique et de parcours patient doivent être étendues. En effet, le chemin clinique revient à décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments successifs du processus de prise en charge du patient au cours de son parcours hospitalier.

Cette démarche a pour but de planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant des besoins de prise en charge identiques. Impérieuse nécessité pour sécuriser le cheminement du patient ambulatoire dans la structure et ne laisser aucune place à l'improvisation, le chemin clinique s'impose progressivement dans les unités conventionnelles de chirurgie.

Son élaboration collégiale et sa mise en œuvre permettent d'y améliorer à la fois l'efficience et la qualité des soins, notamment en standardisant les processus de prise en charge (ex : prévision systématique d'une date de sortie).

Aussi, la mise en place et le suivi régulier d'indicateurs de qualité de fonctionnement de la structure (bloc opératoire + UCA) ont été très tôt reconnus comme des indicateurs de pilotage indispensables pour appréhender, en temps réel, les dysfonctionnements et leurs conséquences afin d'en corriger sans délai la cause. Cette exigence, guidée en chirurgie ambulatoire par des impératifs de sécurité des soins, trouve également sa place en hospitalisation conventionnelle surtout si l'équipe est engagée dans un processus de réduction de la DMS (ex : taux de réhospitalisation précoce).