L'Association Française de chirurgie Ambulatoire - l'AFCA - estime que l'atteinte de cet objectif, annoncé
e
par la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès
Buzin
,
est conditionnée avant tout par une profonde restructuration de la chirurgie.

Le recours à l'ambulatoire pour la chirurgie, est incité en France depuis 2009 par les pouvoirs publics avec des objectifs de plus en plus ambitieux. En 2014,
Marisol
Touraine a pris pour cible un taux de chirurgie ambulatoire de plus de 50 % en 2016, ce qui a été atteint. Un objectif à plus long terme a été porté à 6
2
,
3
% pour 202
0
, doublant la progression annuelle (de 2 % à 4 %).
C
e
schéma ambitieux, a été cependant assombri par le rapport de 2017 de
la Cour des Comptes
qui qualifiait la progression
comme
«
toujours insuffisant
e
»
. En octobre 2017, c'est un taux de 70 % qu'Agnès
Buzin
vise pour 2020. L'AFCA se félicite des objectifs ambitieux annoncés par la ministre, rappelant que les
statistiques f

rançais
es
restent toujours très en deçà de ceux
de leur
s
homologues
e
uropéens
mais
conditionne leur atteinte à la mise en œuvre de
mesures
essentielles.

Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire ne consiste pas simplement à décider de réduire la durée de séjour d'un patient opéré au strict minimum,
comme
elle n'est pas non plus
une simple variable d'ajustement économique.
C'
est
un
nouve
au
mode
de prise en charge du patient
opéré
qui implique de repenser les rôles du patient et des professionnels de santé ainsi que l'organisation des soins.

Ces nouveaux paradigmes placent le patient au cœur du dispositif avec un chemin clinique construit pour répondre à ses propres objectifs de satisfaction tout en prenant en compte la qualité et la sécurité des soins. Il doit

alors être mieux informé et impliqué activement d
ans sa guérison en développant d
es programmes de Réhabilitation Améliorée Post Opératoire (RAAC
).
L'objectif principal est
avant tout
,
de rendre au patient sa complète autonomie pour autoriser sa sortie le jour même
(sous tendue
au moins par un score
de sortie
-score de Chung
-
à 9/10)
.

Quant à elle, l'équipe soignante multidisciplinaire et multi professionnelle, élabore à l'avance de manière concertée, un programme précis où chaque intervention est orchestrée minutieusement
pour anticiper et coordonner au mieux.
L
es objectifs pour chaque étape réfléchis, affichés, pertinents, reflétant les meilleur
e
s pratiques, sont définis et validés par l'équipe
qui évalue en outre
,
de manière continue leur
qualité
ainsi que la
sécurité des patients
.

« Les bénéfices de cette prise en charge sont nombreux. Ils combinent qualité des soins, sécurité des patients et
réduction des délais d'attente
.
I
n fine,
avec une meilleure
organisation des soins
, les coût
s

diminuent également grâce à une
:
réduction du taux des infections
nosocomiales (étude C CLIN Nord 201
0
-2011
) et
des phlébites postopératoires
.
» souligne Corinne
Vons
, Présidente de l'AFCA.

Une marge de progression trop lente

La conversion à l'ambulatoire a été soutenue à partir de 2009 par des mesures incitatives tarifai
res in
staurant
une tarification
unique
(somme remboursée par l'assurance maladie à l'établissement de soins)
;
c'est à dire identique
,
que le séjour soit
ambulatoire
(zéro nuit)
ou
en hospitalisation conventionnelle
(quel que soit le nombre de nuitées)
.
Des mesures plus coercitives ont aussi été utilisées
par la CNAM
.
Toutefois,
la
C
our des
Co
mptes, dans son dernier rapport de 2017, note que la France ralentirait fortement sa
progression vers la chirurgie ambulatoire
: la politique tarifaire censée incitative ne serait pas performante.

« Si le développement de ce mode de prise en charge a été facilité par les progrès des techniq ues de chirurgie mini-invasive, d'anesthésie et d'analgésie, ils ne sont pas suffisants ainsi, par exemple la laparoscopie s'est développée en 1995, et seulement 30 % de cholécystectomies sont faites en ambulatoire en 2016
»
précise
Corinne
Vons
.

Une approche toujours plus multidisciplinaire

Les sages de la Cour des Comptes ont identifié une évolution majeure : plus récentes sont les innovations, plus elles
sont
multidisciplinaires (radiologie et endoscopie in
terventionnelle, chirurgie mini-
invasive, technologies, robot
,
...), et multi professionnelles
.
En effet,
le nombre d'intervenants
appartenant à des
spécialités différentes
est
toujours plus important
: c
hirurgien
s
, anesthésistes, radiologues, histologi
ste
s
, ...
et ceci alors que la CA impose déjà un travail en équipe
multi
profession
n
el
médecin, IDE, IADE, IBODE, AS.

Dans ce contexte,
une réflexion sur l'articulation d'un
partenariat
entre
les médecins de ville et les IDE libérales s'impo
se
aussi
.
Ces réflexions mènent
à une conclusion unique
:
en l'état actuel,
la chirurgie ambulatoire
est avant tout conditionnée aux
organisations.

Nouvelles organisations, nouvelles approches à développer

« L'AFCA a déjà mis en avant cette question centrale des organisations, et du fameux plafond de verre à 40 -50 %, qui ne peut être « franchi » sans faire évoluer les organisations. Et ceci dans le bon sens, celui avec comme mot d'ordre : qualité first, économie en conséquence, évaluation des résultats concomitante et permanente. »
remarque
Jean-Pascal
Piermé
, membre du CA de
l'AFCA.

Pour les membres de l'AFCA, la chirurgie ambulatoire doit être pratiquée dans un contexte organisationnel restructuré. Pour aller bien au-delà des 54 % de 2016

, il faut passer
à une
restructuration de la chirurgie
:
d'une logique cloisonnée de services
de chirurgie
à une approche centrée sur le patient et sa pathologie.
D'un point de vue agencement architectural
, cette
re
structuration se traduit
entre autres
par
une organisation avec des
blocs opératoires dédiés
à la chirurgie ambulatoire
, des unités de chirurgie ambulatoire collées voire
,
dans ces blocs
eux-mêmes
,
et
mieux,
de
s
centres indépendants
de chirurgie ambulatoire
. Ces derniers à l'étranger ont prouvé leur efficacité, comme aux Etats-Unis où le taux s'élève à
83,5 %
; les flux de patients sont
physiquement
séparés
entre chirurgie ambulatoire et
chirurgie
conventionnel
le
programmées ou non programmés
,
optimisant ainsi
l'organisation, la professionnalisation de chaque étape
,
notamment
pour
l'information
des patients
et

des partenaires de la ville
.

Evaluer et améliorer la qualité des soins

Pour garantir des soins de qualité et une sécurité des patients aussi bien pendant que après la chirurgie en ambulatoire, il est indispensable de former tous les acteurs à ce mode de prise en charge et à ses fondements : RAAC, travail en équipe, utilisation d'un chemin clinique, suivis des indicateurs de qualité ainsi que de sécurité des soins permettant une évaluation intégrée à la pratique.

A PROPOS DE L'AFCA

L'AFCA est la société savante représentant la chirurgie ambulatoire en France. Elle est membre de l' International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), l'organisme international officiel représentant la chirurgie ambulatoire.

« L'association a pour objet de promouvoir la chirurgie ambulatoire, de contribuer à son progrès et à sa diffusion, dans l'intérêt des patients et de la société. L'association se propose en particulier de :

1. Aider au développement de la chirurgie ambulatoire en France.

1. Promouvoir l'enseignement, la formation et la qualité des soins dans le domaine de la chirurgie ambulatoire.
2. Promouvoir toute procédure d'évaluation de ce type de chirurgie et encourager tout effort d'o rganisation en matière d'assurance qualité.
3. Promouvoir la recherche et assurer par tout moyen la diffusion des travaux scientifiques.
4. Collaborer avec tout organisme extranational poursuivant les mêmes buts.

Ces objectifs concernent toutes les disciplines médico-chirurgicales, paramédicales, économiques, administratives, juridiques ou autres. » (Article 2 des statuts de l'AFCA.)