

E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, Décembre 2017

Évaluation de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire ?

Economic impact study of ambulatory surgery ?

Frédéric Bizard

Économiste - Sciences Po - Paris

frederic.bizard@sciences-po.org

Cette étude a été commanditée par les Unions Régionales des Professionnels de santé - médecins libéraux (URPS_ML) des régions Hauts-de-France, Occitanie, Pays de Loire, Nouvelle Aquitaine, Ile de France, Grand Est, PACA et AuRA.

Résumé

Objectifs

Analyser les impacts du développement de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble du parcours du patient hospitalisé en quantifiant de manière rétrospective de 2013 à 2015 les économies générées pour les financeurs institutionnels – Assurance Maladie et organismes d'assurance privés –, les patients et les établissements de santé. Pour chacun des postes, il s'agira d'identifier, si la pratique de la chirurgie ambulatoire a eu un impact sur les coûts et de quelle valeur.

Méthode

Les données de cette étude ont été extraites à partir de l'EGB. Pour l'ambulatoire, les séjours recherchés sont ceux sans nuitée stricte et pour l'hospitalisation conventionnelle (HC) ce sont les séjours de niveau de sévérité 1 (1 ou 2 nuitées). Les trois perspectives « *Assurance maladie, patients, établissements de santé* » ont été adoptées lors de la valorisation des coûts. L'impact économique a été obtenu en multipliant le nombre de séjours ambulatoires additionnels en ambulatoire sur la période par les coûts (ou économies) générées par la conversion d'un séjour d'hospitalisation conventionnel en ambulatoire.

Résultats

La transformation d'un séjour d'hospitalisation conventionnelle en ambulatoire conduit à une baisse des coûts de production de 23% pour l'établissement hospitalier. Les dépenses en indemnités journalières et en transports sanitaires sont moindres avec l'ambulatoire. Il n'y a pas de différence significative sur les réhospitalisations entre les deux types de séjour, ce qui confirme le maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité avec l'ambulatoire. Les dépenses de soins post-opératoires sont comparables en ambulatoire et en HC, ce qui prouve l'absence de déport de soins vers la ville dans le cas de l'ambulatoire (pour le périmètre étudié).

Conclusions

L'équation économique de l'ambulatoire sur l'ensemble du parcours du patient est positive pour l'Assurance maladie, les patients, les établissements, les OCAM et la collectivité. L'impact élevé de l'ambulatoire sur les coûts de production des établissements rend son développement crucial pour renforcer leur situation financière. L'assurance maladie bénéficie de gains indirects (baisse des GHS) et de gains directs (IJ, transports) de l'ambulatoire. La chirurgie ambulatoire représentant un choc organisationnel (immobilier, équipe), la redistribution des gains financiers aux producteurs de soins est une condition de son développement rapide et durable. A terme, toutes les parties prenantes bénéficieront d'un modèle de soins hospitaliers optimisé. Les Pouvoirs Publics ont freiné la promotion de la chirurgie ambulatoire en la considérant avant tout comme une source d'économies financières plutôt que comme un bénéfice patients conséquent.

Mots clés

Chirurgie ambulatoire ; Innovations ; Coût de production d'un séjour ; coût-efficacité ; Activation du patient ; Maîtrise des dépenses de santé ; Assurance maladie ; qualité des soins ; satisfaction des patients.

Abstract

Objectives

Analyse the economic impact of the development of the ambulatory surgery on the global patient clinical pathway by evaluating retrospectively from 2013 to 2015 the savings of the institutional payers – public insurance and private insurers - the patients and the hospitals. For each item, it will be analysed if practicing ambulatory surgery had an impact on costs, and at which value.

Study design

The data of the study are extracted from the EGB and the hospital stays are without a night for ambulatory and the stays with a severity level 1 (1 or 2 nights) for the conventional stays. Three approaches- health insurance, hospitals and patients - were chosen for the costs evaluation. The economic impact was obtained by multiplying the number of additional ambulatory stays during the period by the costs (or savings) generated by the conversion of a conventional stay to ambulatory.

Results

The conversion of a conventional stay to ambulatory generates a decrease of production costs of 23% for hospitals. Expenses for daily allowances and medical transports are lower for ambulatory stays. There is no difference in terms of unscheduled readmission expenses between ambulatory and conventional stays., which confirms the preservation of a high level of quality and security with ambulatory. Post-operational expenses are similar between the two kinds of hospital stays, which confirms that there is no transfer of cost from hospital to non-hospital care with ambulatory (for the perimeter of the study).

Conclusions

The economic model for ambulatory stays on the global patient clinical pathway is favourable for the public and private insurers, the hospitals, the patients and the community. The high economic impact on the production costs of a stay makes the development of ambulatory crucial for the financial situation of hospitals. The public health insurance benefits indirectly (decrease of tariffs) and directly (decrease of daily allowances and medical transports) from the development ambulatory. Being an organisational clash, the savings generated by ambulatory should be used for investing in restructuring hospitals and providing financial incentives for health professionals to speed up ambulatory development. The public authorities spoiled the potential of ambulatory stays by considering it primarily as a source of savings for the health insurance (making it anxious for the hospital staff) and not as a major benefit for patients.

Key words

Ambulatory surgery; innovation; production costs of a hospital stay; cost-effectiveness; quality; patient activation; control of health expenses; patient satisfaction; quality of care; patient satisfaction.

Introduction

Le développement de la chirurgie ambulatoire est considéré comme un levier important par les Pouvoirs Publics pour réaliser le virage ambulatoire nécessaire à l'amélioration de la qualité tout en maîtrisant les dépenses. L'Assurance Maladie a activement promu la chirurgie ambulatoire ces dernières années en ciblant certains actes pour lesquels un "accord préalable" (1) est nécessaire et en valorisant le séjour ambulatoire pour ces actes au niveau du séjour de base (niveau 1) en hospitalisation conventionnelle (HC). Ces incitations s'appliquaient à 5 gestes marqueurs en 2008, 17 en 2009, 38 en 2012 et 55 en 2015 (2).

Si les comparaisons internationales sur la chirurgie ambulatoire sont à interpréter avec prudence du fait des divergences dans la définition même de celle-ci, les enquêtes menées ces dernières années font état d'un retard de la France dans ce domaine par rapport à ses voisins européens, britannique et nordique notamment (3).

Force est de constater qu'il existe peu de littérature sur l'impact économique de la chirurgie ambulatoire. La dernière étude large sur la population française a été réalisée par l'Assurance Maladie en 2001 à partir de dossiers patients. Elle avait abouti à des estimations de coûts inférieures pour la chirurgie ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète (HC).

A ce jour, aucune étude comparative sur les coûts entre un séjour en chirurgie ambulatoire et un séjour en hospitalisation classique n'a été réalisée comprenant l'analyse des dépenses générées sur le parcours complet du patient avant, pendant et après son séjour hospitalier.

Objectifs de l'étude

Cette étude vise à analyser les impacts du développement de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble du parcours du patient hospitalisé en quantifiant de manière rétrospective de 2013 à 2015 les économies générées pour les financeurs – Assurance Maladie et organismes d'assurance privés – et les établissements de santé. Les coûts supplémentaires éventuels induits tels que les ré-hospitalisations et soins de suivi liés à l'ambulatoire (nombre de réadmissions, etc....) seront aussi analysés.

Pour cela, il faut évaluer l'impact de l'évolution de la chirurgie ambulatoire sur les coûts directs et indirects associés aux interventions pour chacune des parties prenantes (Assurance Maladie, Assurance complémentaire, patients et établissements hospitaliers privés et publics).

Les impacts ont été répartis en trois types : impacts sur les coûts de séjours hospitaliers ; impacts sur les coûts des prestations de ville post-opératoires ; impacts sur les taux de réadmission (toutes causes).

Pour chacun de ces postes, il s'agira donc d'identifier, si le fait de pratiquer la chirurgie ambulatoire a eu un impact sur les coûts et, si c'est le cas, de quelle valeur.

Méthodologie

Les données de cette étude ont été extraites à partir de l'Échantillon Général des Bénéficiaires (EGB) (4). Les séjours recherchés sont ceux pour l'ambulatoire, sans nuitée stricte et pour l'hospitalisation conventionnelle (HC) les séjours de niveau de sévérité 1 (1 ou 2 nuitées). Pour travailler à partir d'une population la plus homogène possible, il est considéré que les patients qui ont profité de l'augmentation du taux d'ambulatoire ne seraient restés qu'un ou deux jours à l'hôpital. Cette restriction sur le périmètre de l'étude conduit à des résultats pouvant être

considérés comme conservateurs. Les trois perspectives « Assurance maladie, patients, établissements de santé » ont été adoptées lors de la valorisation des coûts.

Liste des actes étudiés

Le périmètre de l'étude a été établi à partir d'une pré-étude réalisée avec des données de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) qui a permis d'identifier une liste d'actes qui ont contribué au développement du virage ambulatoire de manière significative et sont représentatifs du développement de la chirurgie ambulatoire ces dernières années. Quatorze actes ont été sélectionnés pour lesquels les données disponibles étaient suffisantes.

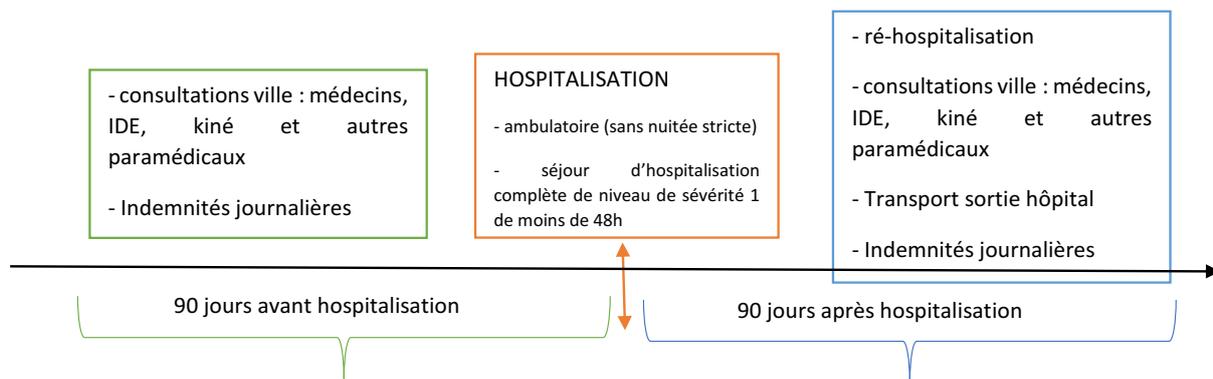
Tableau 1 - Liste des actes composant le périmètre de l'étude

| Actes CCAM | Intitulés |
|------------|---|
| JCLE002 | Pose d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde |
| NDPA011 | Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil |
| BGMA002 | Opération rétinovitréenne associant au moins 4 des actes suivants : coagulation, vitrectomie, endocoagulation avec laser, rétinotomie, tamponnement interne, échange fluide-gaz, dissection de brides, rétinectomie |
| JDFE002 | Résection de 1 à 3 tumeurs de la vessie, par endoscopie |
| HMFC004 | Cholécystectomie, par cœlioscopie |
| EJFA002 | Exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct |
| MEMC003 | Acromioplastie de l'épaule sans prothèse, par arthroscopie |
| QEFA017 | Mastectomie partielle |
| EJGA002 | Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct |
| MEMC005 | Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie |
| EZMA001 | Création d'une fistule artérioveineuse pour accès vasculaire par abord direct sans superficialisation veineuse, chez un sujet de plus de 20 kg |
| QEFA008 | Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire |
| BGPA002 | Dissection de la membrane épirétinienne et/ou de la membrane vitrée [hyaloïde] |
| JDFE001 | Résection de 4 tumeurs de la vessie ou plus, par endoscopie |

Méthode d'évaluation de l'impact économique

Les variables utilisées pour mener à bien cette étude sont les suivantes :

Figure 1 - Schéma des variables étudiées



Pour chaque poste, les différences moyennes de coûts entre les séjours en ambulatoire et les séjours en HC sont analysées en ajustant cette différence à l'aide d'une régression linéaire sur l'âge.

La variable dépendante de cette régression est la différence de consommation de soins 3 mois avant et 3 mois après.

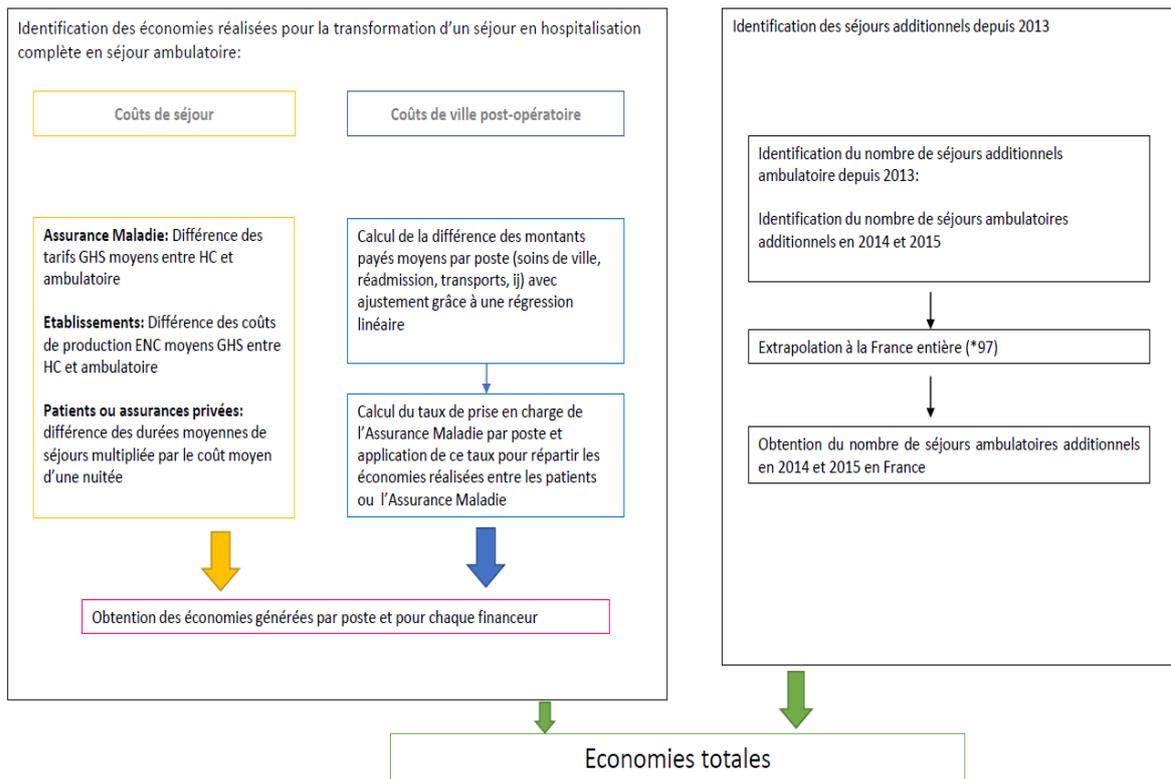
$$C_{3_i \text{ mois avant}} - C_{3_i \text{ mois après}} = \alpha \text{ Poly}(\text{âge})_i + \varepsilon$$

L'impact est ici le coefficient de la variable « ambulatoire » dans la régression linéaire. Afin de répartir cet impact entre les patients et l'Assurance Maladie, il a été évalué un taux de prise en charge par poste et par acte. Il s'agit du taux moyen observé sur les 3 ans de la base de données à disposition. Ainsi, pour chaque acte, l'impact sur les coûts post-opératoires pour les patients et pour l'Assurance Maladie est calculé.

La méthode d'extrapolation de l'impact de la chirurgie ambulatoire est représentée dans la figure ci-dessous.

Figure 2 - synthèse de la méthodologie d'analyse

Par acte sur les séjours de deux jours ou moins



L'impact économique sera ainsi obtenu par la formule suivante :

$$\text{Impact de l'évolution de la chirurgie ambulatoire} = \text{Nombre de séjours ambulatoires additionnels} \text{ lié à l'évolution de la chirurgie ambulatoire} * \text{coûts (ou économies) générés par la transformation d'1 séjour d'hospitalisation complète en séjour ambulatoire.}$$

De manière générale pour cette étude, le seuil de significativité appliqué est celui standard de 5%. Dans une logique comptable pour le calcul des impacts totaux, nous tiendrons aussi compte des différences de coûts entre chirurgie ambulatoire et HC même si la significativité n'est pas positive. En effet, un euro d'économie peut être non significatif au niveau d'un seul acte mais rapporté à l'ensemble des séjours et additionné de l'ensemble des économies, le résultat peut être conséquent.

Résultats

Impact économique positif pour les établissements

Du point de vue des établissements, l'évolution du taux d'ambulatoire entre 2013 et 2015 a permis une économie d'environ 30 Millions d'euros pour les 14 actes étudiés. La baisse des coûts de production pour les établissements d'un acte réalisé en ambulatoire par rapport à un acte réalisé en hospitalisation classique calculé sur le périmètre de l'étude est en moyenne de 23%.

Impact pour l'Assurance Maladie sur les indemnités journalières

Les patients en ambulatoire dépensent en moyenne moins d'indemnités journalières que ceux en HC. Pour la plupart des actes du périmètre, le nombre d'indemnités journalières pris par les patients en ambulatoire est moins élevé que pour ceux qui sont en hospitalisation complète (même après ajustement sur les variables sociodémographiques).

Après isolement d'un acte pour lequel le résultat est fortement en défaveur de l'ambulatoire (7), les économies (en approche comptable) générées par l'ambulatoire sur le poste Indemnités journalières se chiffrent en extrapolation nationale à 414 919 euros.

Sur les coûts de transport

Les patients en ambulatoire dépensent en moyenne moins de transports sanitaires que ceux en HC. Les patients utilisent moins les transports remboursés par l'Assurance Maladie (taxi, VSL, ...) en ambulatoire qu'en HC. La différence extrapolée en national est de 3 701 954 euros pour les 14 actes.

Sur les réhospitalisations

Les différences ne sont pas significatives pour 13 des 14 actes sélectionnés. Ce point est essentiel car il permet de conclure que la prise en charge en ambulatoire ne détériore pas la qualité de la prise en charge. Les économies en ambulatoire se réalisent donc dans un contexte de qualité des soins comparable pour le patient en ambulatoire par rapport à l'HC.

Sur les soins de villes post-opératoires

On observe une quasi absence d'impact de l'ambulatoire sur les soins de ville post opératoires (8). C'est un point positif qui permet de conclure que la chirurgie ambulatoire ne génère pas un report de soins ou une surconsommation de soins par rapport à l'HC sur le périmètre d'actes étudié.

Impact économique positif pour les patients

L'impact de l'ambulatoire est positif pour le patient du fait de l'absence de nuitée, même si la place d'ambulatoire peut être facturée au patient, le coût est plus faible qu'en cas d'hospitalisation classique. Sur le périmètre étudié, l'impact mesuré est de 11,2 millions d'euros en faveur des patients. Les économies générées bénéficient avant tout aux organismes de complémentaire santé qui couvrent 96% de la population française.

La différence de reste à charge des soins post-opératoires entre les deux modes opératoires est faible. Ce résultat est cohérent avec l'absence d'impact de l'ambulatoire en post-opératoire pour l'assurance maladie.

Discussion

Tout en prenant en compte les limites de l'étude liées au périmètre de 14 actes, les résultats permettent de mieux comprendre l'équation économique globale de l'ambulatoire sur l'ensemble du parcours du patient opéré.

Une baisse sensible des coûts de production pour les établissements

Le principal impact du développement de la chirurgie ambulatoire se situe sur la baisse des coûts de production des séjours pour les établissements. La suppression des équipes de nuit et de weekend induit des économies de masse salariale auxquelles s'ajoute une réduction des charges logistiques et hôtelières. Une fois l'unité de chirurgie ambulatoire stabilisée, des gains de productivité peuvent être générés en augmentant le taux de rotation des patients (9). A terme, la réorganisation de l'offre hospitalière à l'échelle des territoires, du fait de la baisse de l'activité en

chirurgie conventionnelle, doit aussi générer des économies liées aux adaptations des capacités des hôpitaux.

Le développement de la pratique de l'ambulatoire, mis en œuvre par l'équipe chirurgicale, a ainsi permis de renforcer l'équilibre économique de nombreux établissements, en particulier ceux qui sont les plus en avance sur cette activité. La baisse des GHS survenue suite à la baisse des coûts de production oblige les établissements à maintenir un rythme de développement de l'ambulatoire pour rester compétitif.

C'est une nécessité pour le privé comme pour le public afin de dégager une capacité d'investissement dans les structures (réorganisation des bâtiments), le personnel (formation, réorganisation) et les technologies. L'erreur des Pouvoirs Publics est de penser que l'ambulatoire génère immédiatement des économies alors que la pratique impose d'abord de lourds investissements pour mettre l'offre en adéquation.

La capacité de financement des restructurations nécessaires au développement de l'ambulatoire est étroitement liée à leur situation actuelle sur l'ambulatoire. Les établissements qui ont raté le virage ambulatoire ont un double handicap : une assise financière fragile (course aux économies) et un outil de production inadapté à l'ambulatoire.

Plusieurs sources d'économie pour l'assurance maladie

Les bénéfices de l'ambulatoire pour l'Assurance Maladie ne sont pas seulement dus aux moindres coûts de production des séjours (gains indirects) mais aussi à un moindre recours aux arrêts maladies et aux transports (gains directs). En favorisant un retour plus rapide à la vie active, l'ambulatoire a un impact positif sur le développement économique du pays et sur le bien-être individuel.

1. Pour les coûts de séjour, l'application du tarif unique entraîne une absence d'impact économique direct pour l'assurance maladie. Cependant, la baisse des GHS bénéficie à l'assurance maladie les années suivantes.

2. Pour les indemnités journalières, une analyse plus ciblée sur une population active pourrait permettre de voir dans quelle mesure la chirurgie ambulatoire en comparaison de l'hospitalisation complète perturbe moins leur activité professionnelle. Les résultats de cette étude tendent à montrer que les personnes bénéficiant de l'ambulatoire recourent moins aux indemnités journalières que les autres mais ce résultat peut différer pour certains actes.

Cet impact globalement favorable de l'ambulatoire sur les indemnités journalières vient renforcer les bénéfices médico-économiques de cette pratique. Le patient se sent davantage capable de reprendre plus précocement son activité professionnelle quand il est opéré en ambulatoire, ce qui peut avoir plusieurs causes. L'ambulatoire pourrait « *dédramatiser* » l'acte chirurgical ; le fait de ne pas passer de nuit à l'hôpital signifierait pour le patient qu'il peut reprendre rapidement une activité normale.

Une autre explication serait que le patient soit tenu plus actif tout au long de son parcours, ce qui lui permet de récupérer plus rapidement que s'il reste au moins une nuit à l'hôpital. La chirurgie ambulatoire favoriserait l'activité économique grâce aux gains de productivité générés par des usagers plus actifs et donc aussi le financement de l'assurance maladie qui est assis en partie sur les revenus du travail.

3. La baisse des dépenses de transports remboursés par la sécurité sociale pourrait venir de l'obligation de la présence d'un accompagnant pour opérer un patient en ambulatoire et du phénomène de dédramatisation qui inciterait moins à l'usage de transports médicalisés. L'équipe chirurgicale exige que le patient ne soit pas seul quand il rentre chez lui, l'accompagnant assurant souvent le transport du patient. Les personnes seules ne sont en principe pas éligibles à l'ambulatoire, sauf si le concept d'hôtels hospitaliers (10) le permettait. Les patients n'ayant pas

besoin d'une hospitalisation mais ne pouvant pas rentrer chez eux (car vivant seules ou avec un éloignement trop important) le jour même se verraient proposer un hébergement avant ou après leurs soins dans des locaux distincts.

Que ce soit la baisse des coûts de transports et de ceux des indemnités journalières, on constate une mobilisation des ressources individuelles pour rester plus actif tout au long du parcours lors de l'ambulatoire. Cela pose deux questions : la prise en compte des différences socio-économiques pour s'assurer que tous les patients soient bien en capacité d'assumer dans de bonnes conditions l'ambulatoire et le surcroît d'accompagnement des patients (besoin d'information entre autres) que cela impose aux soignants.

4. L'étude a révélé l'absence d'impact significatif des effets de l'ambulatoire sur le recours aux soins post-opératoires. Que ce soit les consultations médicales ou paramédicales en post-opératoire et les réhospitalisations, la pratique de l'ambulatoire n'entraîne pas de changement significatif sur le parcours du patient en post-opératoire concernant sa consommation de soins.

Les craintes que la sortie plus précoce des patients génère un déport des dépenses sur les soins de ville sont invalidées par cette étude. Cela ne remet pas en cause l'importance de la transmission de toutes les informations au médecin traitant mais met en lumière le fait que les clés de la réussite de l'ambulatoire sont avant tout dans les mains de l'équipe chirurgicale.

Si l'ambulatoire s'étendait de façon importante à des gestes chirurgicaux plus complexes tels que la prothèse totale de hanche ou du genou, il n'est pas sûr qu'une consommation plus importante de soins post-opératoires ne soit pas constatée en ville. La récupération améliorée après chirurgie (11) (RAAC) est un levier de développement de l'ambulatoire à des gestes plus lourds.

Leviers d'optimisation de la chirurgie ambulatoire

Le développement de l'ambulatoire est un choc organisationnel pour les équipes opératoires comme pour les établissements. Le secteur privé n'a pas eu d'autre choix que de mener à marche forcée cette réorganisation pour rester viable économiquement. Même si le secteur public s'est en partie converti à l'ambulatoire, il existe des freins structurels et culturels à un développement plus poussé de l'ambulatoire. La preuve en est la hausse de 1,2 point du différentiel de taux d'ambulatoire de 2012 à 2016 entre le secteur privé et le secteur public (différentiel de 17,9% en 2016 vs 16,7% en 2012) (12).

Les capacités d'adaptation des établissements - avec notamment le régime des demandes d'autorisation pour toute activité en lits et places auprès des Agences régionales de santé et la suradministration de l'hôpital - ne sont suffisantes pour suivre le rythme des innovations technologiques chirurgicales. A l'exception de certains établissements, il n'a pas été mis en place un grand plan de refonte des structures hospitalières publiques à la hauteur des transformations de pris en charge à venir. Dans le privé, c'est probablement une réflexion sur un nouveau type d'établissement, pensé à partir de la chirurgie ambulatoire qu'il faut développer.

Les outils en place pour développer l'ambulatoire ont démontré leurs limites

L'équation économique globale de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble du parcours du patient en pré, per et post-opératoire est positive pour l'assurance maladie, les patients, les OCAM et la collectivité. L'IGAS a chiffré en 2014 le potentiel d'économie de l'ambulatoire à 700 millions d'euros d'ici à 2018 (13), ce qui supposait un taux de chirurgie ambulatoire de 65,6%, inatteignable dans la situation actuelle. Par rapport aux scénarii de développement de l'époque, la France se trouve en 2017 dans un scénario de développement faible à moyen, ce qui confirme que des marges d'optimisation existent et sont nécessaires par rapport à la politique actuelle en matière d'extension de la chirurgie ambulatoire.

Les pouvoirs publics ont plombé la promotion de la chirurgie ambulatoire en la justifiant avant tout comme une source d'économies financières

Les multiples discussions suscitées par cette étude avec les professionnels de santé montrent une certaine confusion autour de la perception de la chirurgie ambulatoire. La chirurgie ambulatoire est une pratique à promouvoir pour les bénéfices apportés aux patients (en lui permettant de rester moins longtemps à l'hôpital, de retrouver plus rapidement une vie active), au personnel hospitalier (baisse du travail de nuit et de weekend...) et à la collectivité (dont une reprise plus précoce de l'activité des patients).

Or, les Pouvoirs publics assèment chaque année avant tout un objectif d'économies pour l'ambulatoire et fixent des objectifs de taux d'ambulatoire en fonction des niveaux d'économies. Ils ont donc réussi à faire de cette pratique un enjeu uniquement financier, voire même une pratique anxio-gène pour le personnel hospitalier. La focalisation des Pouvoirs Publics sur les objectifs de baisse des coûts négligent les besoins d'investissements nécessaires pour développer l'ambulatoire et le changement culturel impliqué par cette pratique (déshospitalisation).

Inciter financièrement et positivement les acteurs de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est un choc organisationnel pour les établissements et exige d'investir massivement dans les innovations, dans la restructuration, dans la réorganisation des équipes et dans la formation du personnel. Il faut donc d'abord réinvestir et redistribuer tout ou partie des gains économiques aux producteurs de soins avant d'en faire bénéficier pleinement les financeurs. L'ambulatoire donne la capacité d'investissement nécessaire pour son déploiement et in fine gérer un modèle productif de soins optimal pour le bien-être du patient et soutenable économiquement.

Plutôt que d'intégrer l'intégralité des gains économiques à la baisse des dépenses publiques, il serait judicieux d'en redistribuer une part à ceux qui décident et font les opérations en chirurgie ambulatoire. Cela pourrait se faire sous forme de bonus (sur salaire dans le public et coefficient modificateur sur les actes CCAM des honoraires dans le privé) ou sous forme de dotation pour le pôle ou le service ambulatoire permettant de pouvoir améliorer les conditions de travail. Aucun mécanisme de réaffectation financière n'existe à ce jour.

Les expérimentations de paiement à la performance (P4P) sont nombreuses dans le monde. L'assurance maladie vante régulièrement les bénéfices en ville du ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) des professionnels libéraux, ce qui illustre l'intérêt d'une incitation financière sur des objectifs communs de prise en charge.

Libre choix et satisfaction des patients

Outre les aspects économiques de l'ambulatoire, la satisfaction des patients et la qualité de leur prise en charge doivent rester des critères de décisions prioritaires. L'équipe chirurgicale propose aux patients en amont de l'hospitalisation d'être opéré en ambulatoire. Il semble naturel que la grande majorité des patients accueille favorablement la possibilité de rentrer le jour même à leur domicile. Leur adhésion est donc très largement acquise, ce qui n'empêche pas que leur libre choix soit à conserver (ce que ne permet pas totalement le concept de MSAP).

Les bénéfices financiers révélés par cette étude pour les patients sont atténués par l'intermédiation des organismes d'assurance privés dans le financement (hors assurance maladie) de leur séjour hospitalier, dont les primes de leurs contrats ne cessent d'augmenter de l'ordre de 3% chaque année malgré les économies générées par l'ambulatoire et les plafonnements des remboursements des consultations médicales appliqués en 2014 aux contrats responsables.

A l'heure actuelle, quelques études ont été publiées sur la satisfaction des patients sur l'ambulatoire versus l'hospitalisation complète. L'étude de Canouï Poitrine et al (2008) (14) a interrogé les professionnels de santé et les patients sur leur satisfaction à l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Bicêtre. Les taux de satisfaction sont bons (taux de l'ordre de 80%). Toutefois, ils sont bien meilleurs parmi les médecins que parmi les autres professionnels de santé (cadres et infirmières), qui trouvent que l'attente des patients et la gestion de la sortie du patient

ne sont pas optimales. Une publication plus récente (Denobo et al (2017) (15)) montre que le taux de satisfaction par les patients est satisfaisant et reste bon pendant la période post-opératoire.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêt en relation avec cet article.

Références

- (1) Mise sous accord préalable : Afin de développer la chirurgie ambulatoire, certains actes chirurgicaux avec hospitalisation d'au moins une nuit sont, dans certains établissements hospitaliers, soumis à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie. Cette procédure concerne 55 gestes chirurgicaux.
- (2) <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/vous-informer/accord-prealable-et-chirurgie-ambulatoire/les-gestes-chirurgicaux-concernes.php>
- (3) Les comptes de la sécurité sociale - Juin 2015
- (4) Sous-échantillon du SNIIRAM (Système National Inter régime de l'Assurance Maladie) au 1/97^{ème}. Cet échantillon est représentatif de l'ensemble de la population des assurés constituée des bénéficiaires du régime général, du régime agricole et de neufs autres régimes de sécurité sociale. Cette base de données contient des informations anonymes sur les caractéristiques sociodémographiques et sur les prestations de soins des bénéficiaires.
- (5) Données ATIH - Étude nationale des coûts à méthodologie commune : enquêtes annuelles menées par l'ATIH dans les établissements de santé publics et privés en médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD) sur un format de comptabilité analytique commun.
- (6) Principe du tarif unique instauré par l'Assurance Maladie en 2014 entre les séjours ambulatoires et ceux de HC de niveau 1
- (7) L'acte MEMC005 : *Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie* pour lequel il serait pertinent de creuser les caractéristiques patients et les pratiques médicales.
- (8) L'impact mesuré sur le périmètre d'étude est positif de 69 960 euros
- (9) Ce taux de rotation dépend aussi de la complexité du geste opératoire. L'extension de l'ambulatoire vers des gestes plus lourds induira un ralentissement de la progression des taux de rotation des places.
- (10) Un arrêté du 6 Juillet 2017 fixe la liste d'une quarantaine d'établissements hospitaliers autorisés à expérimenter ce concept.
- (11) RAAC : Approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période péri-opératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures. Elle vise à réduire significativement la mortalité et la morbidité et a aussi pour conséquence *in fine* de réduire les durées d'hospitalisations.
- (12) Bases de données : PMSI MCO 2012 à 2016 (données regroupées en V2016) - Taux d'ambulatoire de 36,5% en 2012 et 44% en 2016 (ex DG), de 53,2% en 2012 et 61,9% en 2016 (ex OQN).
- (13) Rapport IGAS, IGF : « Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France », Juillet 2014
- (14) Canoui Poitrine et al, 2018, Évolution de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire.
- (15) Denobo et al, 2017, Outpatient Lumbar Microdiscectomy in France : From an Economic Imperative to a Clinical Standard-An Observational Study of 201 Cases. World Neurosurg.